

**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Tese de Doutorado**

ANDRÉA RUF

**MAS, AFINAL,
QUEM É O SUJEITO DA MUDANÇA?**

**Uma análise da dimensão tecnológica e
intersubjetiva das Práticas de Saúde do Programa
Saúde da Família**

Abril de 2007





**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Tese de Doutorado**

ANDRÉA RUF

MAS, AFINAL,

QUEM É O SUJEITO DA MUDANÇA ?

Uma análise da dimensão tecnológica e intersubjetiva das Práticas de Saúde do Programa Saúde da Família

Tese apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título em Doutora em Saúde Pública, área de concentração Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Carmen Teixeira

Abril de 2007

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu gostaria de conceder o meu reconhecimento à “Força Criativa” que inspira, modela e vivifica tudo que há dentro e fora de nós mesmos. É a fonte de inspiração de novos e eternos sonhos, e nos dá a certeza de que podemos realizar muitos dos nossos projetos, mesmo quando nós nem sabemos exatamente como começá-los...

E por falar em começo, gostaria de agradecer ao meu grande amor, Marc pelo carinho e companheirismo em todas as horas.

À minha família pela rica e amorosa convivência: os meus pais Diva e Assis, os meus irmãos Tina, Paulo e Márcia e os meus queridos sobrinhos Murilo, Janna, David, Ana Clara, Gabriella e Milena.

À minha querida orientadora, Professora Carmen Teixeira pelos momentos de intensa elaboração criativa e confiança no meu trabalho.

Aos Professores do doutorado, Jairnilson Paim, Lígia Vieira e Ordep Serra pelos inquietantes debates, os quais me fizeram chegar até aqui.

Às amigas de trabalho e de companheirismo Arlene, Denize, Leila, Ieda, Mônica, Eva, Liana, Ana e Gisélia pelo apoio nos momentos de alegria, angústia e dúvida que emergiram durante o processo. Aos amigos do CEEAS pelos momentos de paz e de auto-conhecimento tão confortantes.

Aos amigos e professores da Universidade de Zurique pelo aprendizado teórico e de vida em uma língua tão especial como a língua alemã.

Aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador e aos membros das equipes de saúde pela dedicação diária e que, tão gentilmente, compartilharam comigo seus saberes, anseios e limites na consolidação do Programa de Saúde da Família. Mais que agradecimento, dedico a eles meu profundo respeito e admiração por materializarem silenciosamente a Reforma Sanitária.

RESUMO

A sociedade brasileira tem enfrentado o desafio de conformar um sistema de saúde para 170 milhões de habitantes, sendo que, desse total, 100 milhões são dependentes exclusivos da rede pública de saúde (Brasil, 2001), sendo o PSF a principal estratégia apresentada para ampliação do acesso aos serviços de saúde. No entanto, deve-se problematizar a prática dos seus agentes em equipe não como algo dado por uma norma ministerial, descolado da dimensão humana, mas como qualquer outra ação sujeita a inúmeras questões que ultrapassam as fronteiras da dimensão técnica dos serviços de saúde. Nesse sentido, a presente investigação analisa as possibilidades da mudança das práticas de saúde no cotidiano de uma ESF no município de Salvador-Ba, considerando a *dimensão tecnológica* e *dimensão intersubjetiva* das ações em saúde. As referidas categorias foram discutidas a partir da reflexão de Mendes-Gonçalves sobre processo de trabalho, teoria da competência comunicativa de Habermas e psicologia dos grupos operativos de Pichon-Rivière. Através de um estudo de caso qualitativo (uma equipe), a pesquisadora desenvolveu em cinco meses e meio de campo (2005-2006) uma investigação em profundidade utilizando entrevistas abertas e semi-estruturadas, questionários estruturados, observação participativa, diário de campo com elaboração de crônicas do processo grupal da equipe, revisão documental e registro fotográfico das atividades da equipe estudada. Como resultado, identificou-se a fragmentação do processo de implantação do Programa no município e a dificuldade da SMS em retomar a condução da gestão do PSF, devido a interferências de empresas terceirizadas na relação da SMS com os profissionais, lideranças sindicais e com a comunidade local. De fato, a implantação e implementação do Programa se deram em meio a disputa de correlação de forças entre diversos atores. Com relação à equipe, identificou-se uma articulação de atividades de diversos níveis de atenção, inclusive de promoção da saúde, mas limitadas aos grupos específicos (hiper-dia, materno-infantil) e a organização dos serviços ainda regida pela alta demanda espontânea. Além disso, a análise da trajetória profissional dos membros da equipe nos mostrou que a principal motivação em atuar no PSF está diretamente ligada à necessidade de inserção no mercado de trabalho e/ou desemprego. O estudo ainda apontou que o papel técnico dos profissionais pouco diferenciado dos desempenhos tradicionais: enfermeira como a “chefe da equipe”, a médica como aquela que cura (acumulação tecnológica), o dentista como um profissional autônomo, as auxiliares (enfermagem e odontologia) como aquelas que dão suporte aos profissionais de nível superior e ACSs como mensageiros da equipe. Com relação à dimensão intersubjetiva, há sem dúvida uma disponibilidade da equipe em estar junto e desenvolver estratégias que facilitem a convivência conjunta e o processo grupal, tais como: a conversa, o acordo, o respeito ao outro. No entanto, a análise do processo grupal apontou que a equipe ainda apresenta dificuldades em desenvolver espaços para a problematização da divisão técnica do trabalho. Esse obstáculo discursivo se mostra mais ainda evidente entre as categorias que tem diferenças no acúmulo histórico de saberes técnicos, a exemplo, ACS e profissionais de nível superior. Assim, o PSF sem dúvida possibilita a ampliação do acesso, mas ainda é uma proposta em construção, seja com relação aos aspectos técnicos como intersubjetivos. Palavras chaves: PSF; Práticas de Saúde; Processo de Trabalho; Processo Grupal; Comunicação Grupal.

ABSTRACT

The Brazilian society has the challenge of arranging a health system for 170 million inhabitants, whereas, of the totality, 100 million are completely dependent of the public health system (Brazil, 2001), considering the PSF the main strategy offered for the enlargement on access to health service. Whereas, we must not consider the practice of your agents in group like something given by a proceedings ministry, disunited of the human dimension, but like any other action subjected to innumerable query that surpasses the boundary of technique dimension of health services. So, this present investigation evaluates how the subjects (member of an ESF) can unleash the change of their own process of collective work, considering two dimensions of the change of practices of health: *technology dimension* and *personal dimension*. The categories recited had been discussed thence the reflection of Mendes-Gonçalves about process of work, theory of the communicative competence of Habermas and psychology of operative groups of Pichon-Rivière. Through a study of qualitative case (a group) in the town of Salvador-Ba, the searcher developed in five months and a half of camp (2005-2006) one investigation in profundity utilizing opened and semi systematized interviews, systematized questionnaire, participation observation, camp diary with elaboration of chronicles of the group process, documental revision, and photography register of activities of the studied group. On the result, it was identified the fragmentation of the process at the implantation of the Program in the town and the difficulty of the SMS on resume the conduct of the management of PSF, due to interferences of enterprise on the relation of the SMS with professionals, headman syndicate and local community. Really, the implantation of the Program happened during a dispute of co relation of strong between many actors. Regarding, the group, it was identified a preponderance of activities, inclusive on the promotion of health, but it was limited to specific groups (hyper day, motherly – infantile) and the organization of services still conducted by high natural demand. Beyond, the assay of professional trajectory group members showed us that the main motivation on perform on PSF is directly correlated to necessity on insertion on market of work and/or unemployment. The study had point that the task technical of the professionals few differentiated of traditional acting: nurse like leader of the group, the doctor like that who cures (technology storage), the dentist like a self professional, the auxiliaries (nurse and odontology) like who gives support to professionals of superior level and ACSs like messenger of the group. Regarding to *personal dimension*, there is without doubt an availability of the group on been together and develop strategies that facilitates lives together and the group process, like: talk, agreement and the respect each other. Moreover, the process group assay showed that the group still shows difficulty on develops spaces for discuss technique division of the work. This hurdle show more evident between the categories that have difference on historic accumulation of know technical, like ACS and professionals of superior level. So, the PSF without doubt possibilities enlargement of access, but it is a proposition in construction, in relation to technical aspect like *personal dimension*.

Key words: PSF, Heath practice, Work Process, Group process, Group communication

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 01

As categorias analíticas das práticas de saúde das equipes de saúde da família

DIAGRAMA 02

Modelo explicativo dos sentidos da mudança

DIAGRAMA 03

Relações entre os atores no caso PSF em Salvador

DIAGRAMA 04

Correlações de forças entre os atores no caso PSF em Salvador

DIAGRAMA 05

As trajetórias profissionais dos membros

DIAGRAMA 06

Níveis de saber e poder fazer

DIAGRAMA 07

Convergências do trabalho da equipe

DIAGRAMA 08

Níveis de articulação discursiva da prática de saúde

DIAGRAMA 09

Proposta da Vigilância da Saúde (em anexo)

DIAGRAMA 10

Quadro das categorias operacionais das práticas do PSF: dimensão tecnológica (em anexo)

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01

Distribuição percentual dos níveis de prevenção da equipe por atividades referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

GRÁFICO 02

Distribuição percentual das atividades de *promoção da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

GRÁFICO 03

Distribuição percentual das atividades de *proteção da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

GRÁFICO 04

Distribuição percentual das atividades de *assistência à saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006

GRÁFICO 05

Distribuição percentual das atividades de *reabilitação da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

GRÁFICO 06

Distribuição percentual das atividades de *planejamento e gestão em saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

OUTRAS FIGURAS

MAPA 01

Área de Abrangência da ESF, Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente, LOUS – Lei de Ordenamento do Uso e Ocupação do Solo, versão 1.2, 2002)

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REFERÊNCIAS TEÓRICAS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	23
	Recortando o objeto da pesquisa	
	Dialogando com Mendes-Gonçalves	
	Dialogando com Habermas	
	Dialogando com Pichon-Rivière	
	Os sentidos da mudança das práticas de saúde da ESF	
3.	A ESTRATÉGIA DE PESQUISA	42
4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
	Capítulo I - Análise do Cenário: PSF no Nível Municipal	
	Capítulo II – Análise do Cenário Local: o Território	
	Capítulo III – A Cena Principal: A Equipe, seus Membros e seu Processo Grupal	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte 1 - Trajetórias de vida e trajetórias profissional: encontro e desencontros ▪ Parte 2 - A percepção do próprio trabalho e do trabalho do outro ▪ Parte 3 - Os sujeitos e o processo grupal 	
	Capítulo IV – O PSF, a Equipe e o tema Mudança	
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	207
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214
7.	ANEXOS	229

1. INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira tem enfrentado o desafio de conformar um sistema de saúde para 170 milhões de habitantes, sendo que, desse total, 100 milhões são dependentes exclusivos da rede pública de saúde¹. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tem emergido diferentes propostas e estratégias de organização dos serviços de saúde e de reorientação das práticas de saúde (Campos, W. S., 1989; Campos, G. W. 1996, 2000; Merhy, 1992, Schraiber, 1992, 1993a; Mendes, 1988, 1999a, 1999b; Silva Júnior, 1998; Paim, 1999; Teixeira, Paim e Vilasboas, 1998; Teixeira, 2000). Nesse contexto, o Ministério da Saúde lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, entendido como estratégia de “reversão do modelo assistencial vigente” (Brasil,1997:8)².

Desde a criação do PSF até então, a sua implantação tem apresentado uma tendência ascendente do número de equipes, saltando de 328 equipes implantadas em 1994 para 25.141 equipes em 2006. Indubitavelmente o PSF representa uma conquista substantiva no processo de ampliação da cobertura assistencial para determinados grupos como um dos reflexos da luta da reforma sanitária em prol da universalização da atenção. E mais ainda, representa a possibilidade de desenvolvimento de tecnologias a partir da noção de território.

No entanto, alguns estudos evidenciam que o Programa herdou “antigos” problemas relacionados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família – SF, tais como a preponderância de ações voltadas à assistência a doentes em detrimento às ações de

¹ Embora 25 % das famílias tenham planos de saúde privados, ainda assim dependem, muitas vezes, da área pública em situações de emergência ou no caso de cirurgias e tratamentos de alta complexidade (Brasil, 2001a).

² A conformação do PSF enquanto programa ministerial deu seguimento à estratégia de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Inicialmente, o PACS configurou-se como uma intervenção localizada e focalizada, e aos poucos, passou a ser uma estratégia nacional de reorganização dos serviços básicos de saúde no âmbito municipal (Viana e Poz, 1998). Já em 1994, foi elaborado o PSF, incorporando médicos e auxiliares de enfermagem à equipe básica do PACS, configurando-se assim, as chamadas equipes de Saúde da Família (Brasil, 2000).

prevenção e promoção da saúde, inclusive articulação intersetorial (Silva, 2002³; Capozzolo e Campos, 2003, Pinto et al 2003; Ariza et al, 2003; Ianni e Quitério, 2003; Coelho, 2003; Litoc et al, 2003); o processo de trabalho centrado na figura do médico, fortalecendo, assim, o modelo curativista, a fragmentação na definição de objetos, meios e dos espaços de intervenção da equipe (Silva, 2003; Capozzolo e Campos, 2003; Rocha, 2003; Silva, 2004; Alves, 2004; Medina, 2006); a cristalização dos processos de trabalho de enfermagem, tradicionalmente identificada com a administração, treinamento e assistência ao usuário (Nozawa et al, 2001⁴; Fautino et al, 2003; Franco e Panizzi, 2003); falta de preparo dos profissionais para atuarem na estratégia proposta (Carvalho et al, 2003; Favoreto et al, 2003); não reconhecimento, por parte dos profissionais das próprias equipes do programa, do PSF como parte de um sistema integrado de referência e contra-referência (Giovanella, 2003); a precariedade dos contratos de trabalho e rotatividade dos profissionais (Viana e Poz, 1998; Favoreto et al, 2003; Mendonça et al, 2003); concepção ampliada de saúde dos profissionais como exigência para incorporação de atividades de promoção da saúde que favoreçam o “empowerment” organizacional e comunitário (Caputo, 2006).

Outros estudos sobre equipes multiprofissionais e processo de trabalho sinalizam que tais problemas não são recentes, nem exclusivos das equipes de saúde no Brasil, e muito menos, restritos ao PSF. Em 1979 Donnangelo já destacava que o “trabalho médico coletivo” deflagrado nos anos 60 incluiu o uso do trabalho auxiliar de outras categorias

³ O estudo foi desenvolvido com uma equipe de SF no Município de Vitória da Conquista – BA e identificou a preponderância das ações de controle de danos, notadamente a assistência de doentes, tanto no que se refere às ações da equipe como um todo, correspondendo a 84,3% das atividades referidas, como no perfil das atividades por cada membro da equipe (ACS, 88,3%; Auxiliares de Enfermagem, 86,8%; Auxiliar de Odontologia, 100%; Odontologa, 77,6%; Enfermeira, 84%; Medica, 71,2%). As ações de promoção da saúde, de um modo geral, foram, proporcionalmente, as menos referidas pelos membros da equipe estudada: não ultrapassa 35 pontos percentuais (Silva, 2002).

⁴ A assistência como principal atividade e poucas atividades coletivas e de promoção da saúde foram também evidenciadas por um diagnóstico da prática de 233 profissionais de enfermagem em Campinas (Nozawa et al, 2001).

profissionais, sem, no entanto, diluir o saber nem o poder médico. Nessa mesma linha de reflexão, Mendes-Gonçalves (1994) realizou uma investigação em 11 centros de saúde de São Paulo, identificando o processo de trabalho dos médicos como “atender doentes”, e das enfermeiras, como uma atenção principalmente voltada para a saúde da criança através dos programas ministeriais em centros de saúde.

A partir das evidências da revisão bibliográfica, pode-se concluir que as práticas desenvolvidas por equipes de SF estão imersas em questões muito mais complexas do que o “programa” preconiza. Deve-se problematizar a prática dos seus agentes em equipe não como algo dado por uma norma ministerial, descolado da dimensão humana, mas como qualquer outra ação social sujeita a inúmeras questões que ultrapassam as fronteiras da dimensão técnica dos serviços de saúde.

Mas a questão que o presente projeto apresenta está centrada na **possibilidade da mudança das práticas de saúde das ESF** (equipes de saúde da família). No entanto cabe a pergunta: qual é o sentido dessa mudança ? ou melhor, **quais são os sentidos da mudança ?**

Nascido no contexto da Reforma Sanitária, o SUS está alicerçado numa *proposta ético-ideológica de mudança do modelo de atenção*, baseada nos princípios constitucionais, tais como: universalização da saúde, integralidade da atenção, igualdade da assistência, participação comunitária e descentralização (Brasil, 1990 a, b).

Como estratégia de reorganização do modelo assistencial do SUS, o PSF ainda resgata e reedita não só as bases conceituais e ideológicas, mas também *tecnológicas* das reformas médicas contemporâneas, tais como, a crítica à especialização, a defesa do princípio da integralidade da atenção, a incorporação de saberes da epidemiologia e

ciências sociais da Medicina Social e Preventiva⁵; a busca de racionalidade dos serviços de saúde através da noção de regionalização, hierarquização dos serviços, priorização dos grupos excluídos, agregada à participação comunitária e multiprofissionalidade da Medicina Comunitária⁶; e a proposta de humanização na prestação dos serviços, a escolha da unidade familiar como objeto de intervenção e a priorização dos cuidados primários de saúde da Medicina Familiar⁷ (Paim, 1986, 1997).

Além dos elementos acima colocados, o discurso da Promoção da Saúde como política pública internacional⁸ desencadeada pela OMS – Organização Mundial de Saúde, fortalece a noção de intersetorialidade e de ambientes saudáveis para intervenções locais e territoriais como o PSF (OPS, 1992; Brasil, 1996; Buss, 2000; Teixeira, 2001).

Mas o sentido da *mudança tecnológica* das práticas das ESF está no centro do debate na Saúde Coletiva sobre mudança do modelo assistencial como um todo. Vários

⁵ Influenciado por elementos da Medicina Social européia do século XVIII e XIX, o movimento da Medicina Preventiva e Social (MPS) tomou corpo nas décadas de 40 e 50 nas Escolas Médicas americanas. No Brasil, teve seu início na segunda metade da década de 50, especialmente após os seminários de Viña del Mar e Tehuacan. No entanto, a ampliação do movimento se deu nos anos 60 com a criação dos departamentos de medicina preventiva e social e a inclusão das disciplinas de MPS das escolas médicas com a Reforma Universitária de 1968.

⁶ A Medicina Comunitária foi testada e difundida no anos 70 pelos Estados Unidos como um novo esquema da reforma médica, operacionalizando o movimento ideológico da Medicina Integral (Paim, 1986).

⁷ O movimento da Medicina Familiar se constituiu nos Estados Unidos a partir de 1966 com a elaboração das bases da medicina familiar pela Associação Médica Americana como forma de garantir a autonomia da figura do médico liberal. Na América Latina, a difusão da estratégia iniciou com o seminário de Campinas em 1978. No Brasil, o movimento foi introduzido pela OMS e a ABEM em 1973 com o Seminário a “Formação do Médico da Família como a primeira entre inúmeras tentativas de resgatar a figura do médico da família, ignorando a lógica capitalista que permeia o setor saúde, bem como, obscurecendo os determinantes sociais do processo saúde-doença (idem)

⁸ A promoção da saúde enquanto proposta de políticas públicas só se constituiu mais recentemente com incorporação de outros elementos. Em 1974, o Relatório Lalonde apresenta o conceito de “campo da saúde” o qual amplia a intervenção em saúde com a inclusão da biologia humana, ambiente, estilo de vida e sistema de organização de serviços na formulação de políticas. O referido conceito obteve repercussão ao inspirar a agenda política mundial de encontros internacionais em saúde. Em 1978, realizada em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde desencadeou o movimento Saúde para Todos no ano 2000 – SPT 2000 e a Atenção Primária à Saúde. Posteriormente, em 1986, em Ottawa no Canadá, a 1ª Conferência de Promoção da Saúde, promovida pela OMS originou a *Carta de Ottawa* a qual aborda, como temas principais, o significado das ações de promoção da saúde, as políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, a importância da ação comunitária, a reorganização dos serviços e a ação intersetorial. O movimento na busca da promoção da saúde inaugurou uma série de encontros internacionais subsequentes e suas respectivas declarações com o objetivo de fortalecer a proposta lançada em Ottawa. Em 1988, a Conferência de Adelaide, Austrália, foi voltada para as *políticas públicas saudáveis*; em 1991, a Conferência de Sundsvall, Suécia, abordando *ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento sustentável à qualidade de vida*; em 1992, a Conferência de Bogotá, Colômbia, onde se reuniram 550 representantes de 21 países a fim de *definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para se conseguir atingir bons níveis de saúde para os seus povos* (OPS, 1992; Brasil, 1996; Buss, 2000; Teixeira, 2001).

atores têm apresentado diferentes aspectos tecnológicos com relação ao processo de mudança⁹, tais como: as **ações programáticas de saúde**¹⁰ (Schraiber, 1993a, 1993b, 1995, 1996); **vigilância da saúde**¹¹ (Mendes, 1999a; Paim, 1999; Teixeira, 1994; Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998; Teixeira, 2001, 2002); o **acolhimento**¹² (Merhy, 1994; Cecílio, 1994; Merhy, 1997).

Além disso, no debate sobre mudança das práticas, tem-se discutido a viabilidade dos sujeitos em construir e materializarem um projeto coletivo. Peduzzi (2001), a partir da reflexão sobre processo de trabalho e teoria do agir comunicativo, aponta para o desafio de integrar objetos e instrumentos de um processo de trabalho tradicionalmente fragmentado entre profissionais de saúde, e ainda, destaca a comunicação entre os agentes do trabalho.

Nessa mesma direção, Sá (1995, 1999, 2001) e Sá, Azevedo, Neto (2002), a partir de contribuições da Bauman, Castoriadis, Dejours e da “Psicossociologia Francesa” de Enriquez, discutem o papel dos processos subjetivos que subsidiem a mudança e adesão dos agentes a um projeto coletivo no setor saúde. Assim, os autores analisam a mudança a partir de algumas categorias como vínculo entre os indivíduos, governabilidade, autonomia, criatividade, idealização, diferenciação / massificação dos sujeitos, investimento afetivo, desejo e pulsão. O mais importante da reflexão apresentada é a noção de processos de mudança, entendida como um acontecimento que, antes de ser material, objetivo, é psíquico e, portanto, subjetivo.

⁹ Síntese apresentada por Carmen Teixeira no artigo “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde” (Teixeira, 2000) elaborado para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.

¹⁰ Programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho a partir da identificação das necessidades de saúde da população.

¹¹ Articulação das ações de controle de causas e de risco com as ações de controle de danos, superando a dicotomia entre as ações tipicamente preventivas das ações de assistência à doentes.

¹² Reestruturação da porta de entrada dos serviços de saúde, fortalecendo o vínculo entre o usuário e os profissionais de saúde, melhorando o agendamento de consultas e a programação dos serviços prestados.

A partir da contribuição apresentada por Peduzzi e Sá et al, identifica-se o terceiro elemento do sentido da mudança¹³: a *intersubjetividade dos agentes do trabalho*. Cabe então pensar até que ponto os membros das ESF dispõem de habilidades inter-subjetivas que sustentem o processo de mudança ? Até que ponto a equipe é capaz de desencadear um movimento grupal que não se restrinja ao nível meramente discursivo da mudança ?

Longe de querer reafirmar o mito do “Super Programa de Saúde da Família”, no qual a equipe tem poderes de resolver todos os problemas e obter sucesso nas condições mais adversas, coloco em questão até que ponto é possível desencadear mudanças? E mudança em que direção ?

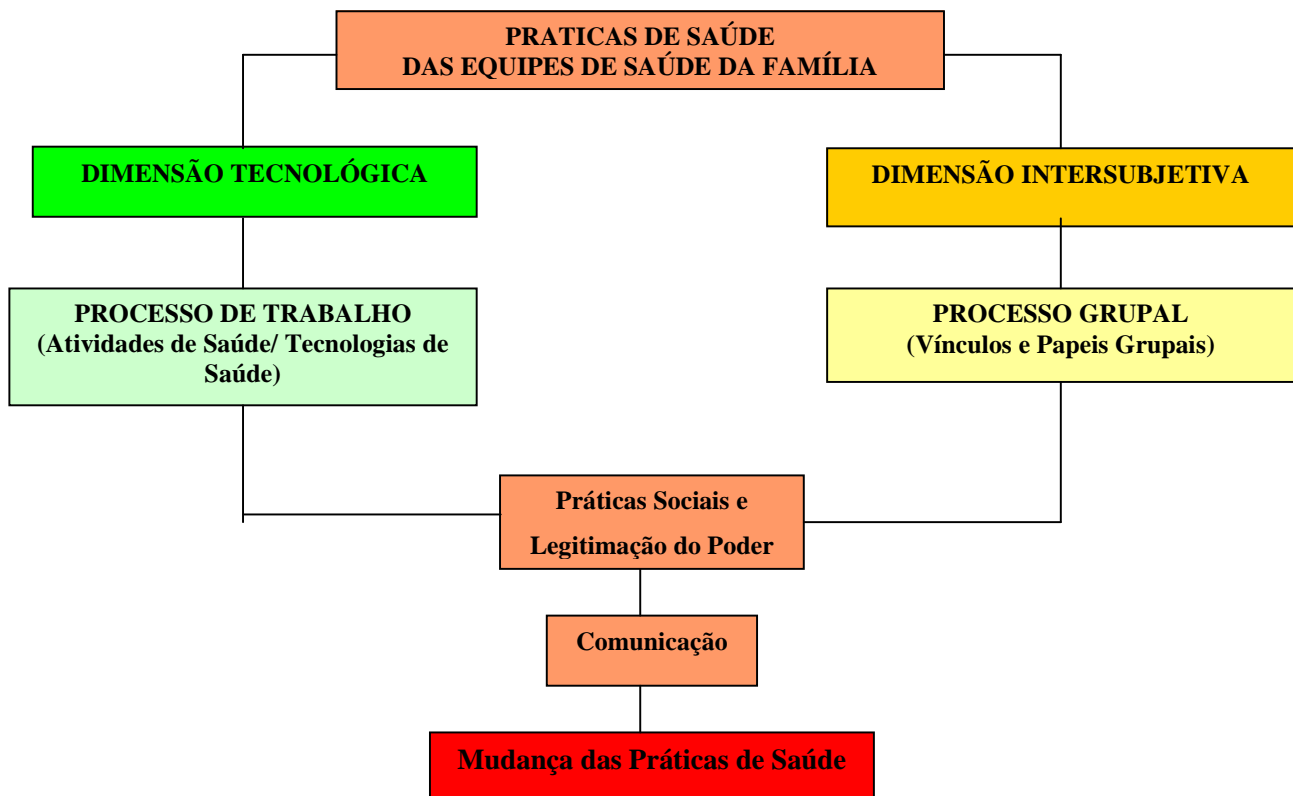
Pensando nas questões acima colocadas, a presente investigação tem como objetivo analisar as possibilidades da mudança das práticas de saúde a partir do cotidiano de uma equipe do PSF no município de Salvador – Ba.

¹³ O primeiro aspecto da mudança apontado foi o sentido ético-ideológico; o segundo, tecnológico e o terceiro a intersubjetividade dos agentes do trabalho.

2 - REFERÊNCIAS TEÓRICAS

Recortando o objeto de investigação ...

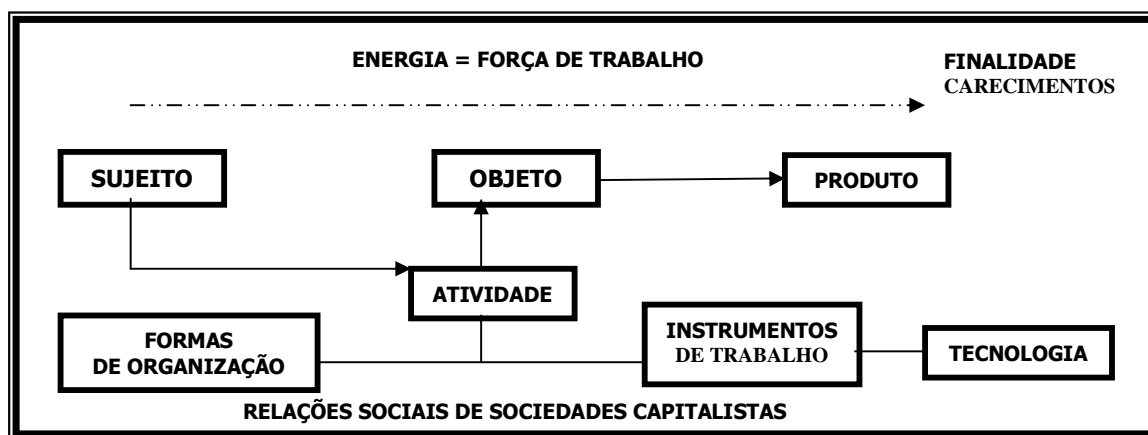
A partir das questões acima colocadas, eu iniciei a reflexão sobre a atuação dos profissionais de saúde num contexto do PSF, tendo em vista o discurso da mudança das práticas de saúde. Para tanto, decompus as práticas de saúde em duas categorias analíticas principais (Diagrama 01): **a dimensão tecnológica** e **a dimensão intersubjetiva do trabalho das equipes do PSF**.



Mas o que seria essa **dimensão tecnológica**? Quais as categorias que se articulam na execução do trabalho? Para compreender as práticas de saúde, resgato aqui as contribuições de Mendes-Gonçalves sobre o processo de trabalho em saúde.

1 – Dialogando com Mendes-Gonçalves ...

O processo de trabalho em saúde, como qualquer trabalho humano, está longe de ser “espontâneo” ou casual. Dá-se pela processualidade que conjuga **sujeito** e objeto, energia e transformação através das **atividades, instrumentos de trabalho e formas de organização**; dá-se pelo encontro da subjetividade com a objetividade de modo inseparável. Enquanto o objeto é transformado (metabolização da natureza), o sujeito se reproduz, constituindo, assim, um processo histórico para ambos (Mendes-Gonçalves, 1988, 1992).



Por outro lado, a inter-relação dos elementos do processo de trabalho não se dá de forma isolada, individual, mas a partir do enquadre social onde o sujeito opera a transformação do objeto e a reprodução social; é a reprodução das **relações sociais** que moldura o processo de trabalho.

Deve-se levar em conta que a reprodução dessas relações se dão, atualmente, numa sociedade capitalista na qual há uma apropriação privada do excedente de produção. Assim, estabelece-se uma distribuição desigual dos resultados da produção entre os homens. Essa mesma dinâmica se revela e repercute (como desigualdade) em todos os momentos do processo de trabalho: desde dos carecimentos que definem o movimento e a finalidade da ação, passando pela possibilidade ou não de apreender o objeto, pelo domínio dos instrumentos (tecnologias), poder de definir as formas de organização de trabalho, as formas hierarquizadas da **divisão do trabalho** até a apropriação do produto acabado.

Somente a partir da compreensão do processo de trabalho e da reprodução das necessidades, os sujeitos coletivos podem identificar possibilidades e fazer uso dos instrumentos de trabalho dados – **tecnologias** - para desencadear mudanças na produção de resultados, inclusive no desenvolvimento das práticas de saúde. É na atividade e na forma de operar a tecnologia que se pode dar concretude ao processo de mudança das práticas de saúde no processo de trabalho.

Para tanto, é necessário redefinir a noção de tecnologia como uma “coisa em si”, como simples deliberação da ciência que normaliza através do seu caráter tecnicista, obscurecendo a natureza social das necessidades. Vale ressaltar o valor da tecnologia “como não-autônoma, mas integrada à prática; não reificada, mas encontrando nas relações sociais que viabiliza, por nelas ter-se gerado, seu significado mais íntimo; não técnica que pode ser politizada, mas política enquanto técnica” (Mendes-Gonçalves, 1988:9).

Vale antes de tudo, recuperar a **historicidade da tecnologia** para readequar as práticas de saúde em uma “outra” intencionalidade. O autor denomina de “**tecnologia apropriada**” o ato de reconhecer características qualitativas e quantitativas adequadas aos

projetos de mudança social como possibilidade de diminuir o fosso de grupos sociais da apropriação privada do excedente acumulado. Dessa forma, pode-se fazer um contraponto com a noção economicista das tecnologias baseadas na eficácia e na produtividade. Assim, Mendes-Gonçalves reafirma a “tecnologia apropriada” como:

“o conjunto da organização técnica do processo de produção enquanto processo social e histórico que inclui a reprodução social, reservando-se o termo instrumento de trabalho para as coisas que servem para intermediar a ação humana sobre os objetos conforme todo esse conjunto de determinações” (Mendes-Gonçalves, 1988:24).

Além disso, o autor coloca que a técnica só é compreensível em um processo de produção no qual suas características possam suportar/expressar as relações sociais. Portanto, a organização tecnológica em saúde não está à margem do processo de reprodução social de sociedades capitalistas que não pode ser reduzida aos aspectos técnicos.

Assim, Mendes-Gonçalves (1988) suscita a reflexão das práticas de saúde enquanto práticas sociais que se dão em **relações de poder**, pois todo saber assegura uma forma específica de dominação (Foucault, 1998). Portanto, as unidades de saúde do PSF são locais de cura (aplicação da tecnologia através da atividade), e por isso mesmo também, um espaço de produção, acúmulo e transmissão de poder em meio ao processo de trabalho.

Mas não existe só um poder ou só uma proposta tecnológica. Nos espaços de atuação das equipes de saúde da família, seja na unidade ou fora da unidade, os seus sujeitos podem estabelecer relações tanto de cooperação como de disputa das propostas. Assim, o estar na equipe é atuar através da tecnologia e do saber visando um resultado, mas num espaço de enfrentamentos.

Mas como é possível legitimar um projeto de mudança em meio a essas relações de poder? Como é possível engendrar a mudança considerando as **atividades para além dos aspectos técnicos**? Apostando no papel emancipador dos sujeitos, acrescento às minhas reflexões as contribuições de Habermas sobre o processo de legitimação do poder e seus mecanismos que impedem a emancipação dos sujeitos.

2 – Dialogando com Habermas ...

Na sua **Teoria Crítica da Sociedade**, Habermas (1963, 1969, 1973b) fundamenta uma reflexão sobre o Estado e a Sociedade. Através da análise do *Spätskapitalismus* (capitalismo tardio, subsequente), o filósofo alemão analisa as categorias **poder e ideologia, teoria e a prática**.

A sobrevivência das sociedades do capitalismo tardio depende da crescente intervenção do Estado na estruturação econômica, o que representa uma manutenção e manipulação da infra-estrutura material e social (setor de transportes, comunicações, sistema de saúde, sistema educacional e outros), os investimentos diretos em empresas de alto custo e de baixo rendimento, a fim de manter a competitividade do mercado. Para tanto, o Estado se apropria da ciência e da tecnologia como instrumentos, sem os quais o crescimento econômico não é progressivo. Nesse momento a ciência e a tecnologia são colocadas em destaque como novas formas de legitimação do poder. A ideologia de troca de equivalentes, que legitimava a existência do Estado Liberal, agora pode ser abandonada em favor da ciência e da técnica. Essas assumem, assim, também o papel de ideologia (Freitag, B., Rouanet, P, 2001).

Essa **Ideologia Tecnocrática**, como qualquer outra ideologia, tem a função de **impedir tematização dos fundamentos do poder**. As normas vigentes não são discutidas

por serem colocadas como legítimas. Embora a ideologia tecnocrática também impeça a problematização, ainda se distingue das outras ideologias do passado por que é a única que visa esse resultado sem fazer o uso da legitimação das normas, mas pela supressão através das **regras técnicas**, das quais não se exige que sejam justas, mas eficazes. Para Habermas então não há nesse caso o que se legitimar, mas uma técnica a ser seguida, uma lógica das coisas que não pode ser alterada (Freitag, B., Rouanet, P, 2001).

Assim, Habermas chama atenção para a capacidade da Ideologia Tecnocrática em minar a estrutura da ação comunicativa por privilegiar a ação instrumental. Enquanto as ideologias se baseiam numa intersubjetividade fundada em *normas*, que precisam ser justificadas (mesmo que tal justificação se baseie em falsas legitimações), a ideologia tecnocrática se baseia em *regras* que não exigem justificação.

Através do poder da *Sachzwänge* (coação, constrangimento) da racionalidade técnica, há uma redução das decisões políticas a uma minoria, a **nova elite de tecnocratas**. Isso se mostra como uma forma de dominação, gera um esvaziamento da problematização e das decisões práticas em todas as instâncias da sociedade e garante a sua manutenção. Então, o que diz respeito a uma coletividade agora são colocadas como problemas técnicos, em nome de uma racionalidade¹⁴ (Dupouey, P, 2001, Freitag, B., Rouanet, P, 2001).

¹⁴ Ao estabelecer um diálogo com Popper, Habermas crítica o positivismo (*Positivismusstreik*) pelo seu caráter afirmativo, conservador, reproduzindo as coisas como elas são. Por outro lado, ele também critica a hermenêutica (Dilthey, Gadamer e Heidegger) pelo seu caráter contemplativo e o valor excessivamente dado à tradição, gerando o imobilismo de uma atitude perante o mundo. Em *Erkenntnis und Interesse* (Conhecimento e Interesse) Habermas (1973a) fundamenta a **Teoria dos Interesses Cognitivos**, na qual identifica uma unidade indissociável entre o conhecimento e o interesse. Para ele, há uma questão apriorística do conhecimento tanto das ciências naturais como das ciências histórico-hermenêuticas. Assim, Habermas desconstrói a idéia de neutralidade de ambas por já terem em si mesmas um determinado interesse frente ao mundo: **interesse técnico** das ciências empírico-analíticas é o domínio da natureza pela ação instrumental; **interesse prático** das ciências histórico-hermenêuticas, as ciências humanas (*Geisteswissenschaften*). Para Habermas essas últimas estabelecem a comunicação entre um sujeito do conhecimento (presente) e seu objeto (que é um outro sujeito simbólico e cultural do passado). Para tanto elas utilizam a interpretação preliminar que é ao mesmo tempo uma auto-interpretação (*Selbstverständnis*). Vale destacar aqui que a comunicação tem um caráter conservador e apriorístico; **interesse emancipatório** das ciências críticas qualificadas por ele como a psicanálise freudiana e a crítica das ideologias (em especial, Marx). Essas guardam em si um caráter emancipatório por desencadearem uma reflexão crítica (*Selbstreflexion*) através dos desbloqueios da comunicação (racionalização no sentido freudiano e a ideologia no sentido marxista). Só através da crítica como auto-reflexão e auto-questionamento, é possível trazer à luz os momentos reprimidos

Não considerando uma resposta para todas as perguntas, a **Teoria da Competência Comunicativa** (Habermas, 1987)¹⁵ apresenta exigências de validade, ou melhor, *Geltungsansprüche*, destacando as condições sob as quais a comunicação pode ser de fato emancipatória para os sujeitos:

- os conteúdos transmitidos são compreensíveis;
- os interlocutores são verazes. Deve satisfazer à exigência de sinceridade ou, mais precisamente, de veracidade, ou seja, ser conforme a realidade subjetiva de nosso próprio mundo interior;
- o enunciado (conteúdos proposicionais) deve ser verdadeiro, ter relação com a realidade exterior da experiência;
- o locutor, ao praticar o ato lingüístico tinha razões válidas para fazê-lo, agia dentro das normas. Ou seja: deve-se ser “certo” (*right*), estar em relação com as normas intersubjetivas em vigor entre os sujeitos cuja interação possibilita.

A interação é estável quando existe um consenso entre essas 4 exigências de validade. Quando qualquer uma delas é contestada, não se há consenso. As duas primeiras podem ser problematizadas e resolvidas no próprio contexto da interação, como por exemplo: se o locutor estava sendo verídico ou não se tinha alguma dúvida quanto à inteligibilidade dos conteúdos.

e distorcidos do processo histórico do conhecimento para serem reelaborados e conscientizados, permitindo a emancipação. Mas Habermas faz ressalvas de como essa teoria psicanalítica é aplicada no coletivo, sem um caráter positivista e sem qualquer referência a libido. Ele relativiza o modelo psicanalítico e volta-se para a idéia de reconstrução, que é um desvelamento do implícito, ou seja, a explicitação sistemática de um saber pré-teórico. A nível individual a *Selbstreflexion* seria apenas uma interiorização do discurso terapêutico, uma espécie de colóquio psicanalítico solitário, onde o sujeito se transforma por meio do próprio processo de comunicação. No nível coletivo seria então reconstruir o que foi reprimido a partir dos vestígios deixados na história pelos episódios da comunicação expostos á repressão (Dupouey, P, 2001; Freitag, B., Rouanet, P, 2001).

¹⁵ Habermas (1987) apresenta na sua Teoria da Ação Comunicativa uma discussão sobre ação teleológica (voltada uma finalidade), ação estratégica (voltada a influenciar a decisão dos outros atores), a ação dramaturgica (voltada para uma representação mútua, a “performance”) e ação comunicativa (tomando a linguagem como meio de entendimento).

Mas a problematização tanto do conteúdo proporcional (o que está sendo dito) como da norma subjacente ao comportamento só poderá acontecer fora do contexto interativo, numa forma de comunicação especial, que Habermas chama de **Diskurs**. No discurso, os *Geltungsansprüche* são deixados de lado até que a afirmação seja confirmada ou refutada e a norma considerada legítima ou ilegítima. Assim, a Discusividade é a dimensão isenta de dominação, de interesses ligadas à ação e livre das injunções da experiência. Isso não quer dizer que tanto a afirmação como a norma não possam ser debatidas. Ao contrário: a afirmação problematizada num discurso teórico quanto a sua validade ou falsidade (verdadeira ou falsa); e a norma num discurso prático, quando é consensualizado sobre a legitimidade ou ilegitimidade da norma¹⁶.

No entanto, é evidente que o filósofo alemão estrutura o *modelo de ação comunicativa pura* e de consenso a partir de uma **situação lingüística ideal** determinada pelas *Geltungsansprüche*. Essa pode parecer a principal limitação da reflexão habermasiana para um pesquisador, principalmente de um campo aplicado como a Saúde Coletiva. Mas ao mesmo tempo, essas contribuições filosóficas oferecem elementos preciosos para fundamentação mais crítica sobre mudança das práticas em equipes de saúde da família. A situação ideal da comunicação exclui deformações do sistema de comunicação e coloca às claras a necessidade de que todos os interessados possam participar do discurso e que tenham oportunidades idênticas de argumentar, dentro dos sistemas conceituais existentes, com as mesmas chances de refutar recomendações. Assim, o discurso só se processa, de

¹⁶ A partir dessas reflexões Habermas se contrapõe aos positivistas desde de Hume, ao considerar as questões normativas passíveis de validação, o que era somente atribuído às proposições prescritivas. Com sua Teoria Consensual da Verdade, Habermas admite o atributo de *Wahrfähigkeit* (capacidade de serem verdadeiras) às das posições prescritivas (ligadas a valores). Mas “verdadeira” não é uma afirmação que corresponde a um objeto ou a uma relação real, mas uma afirmação considerada válida num processo de argumentação discursiva.

fato, se os participantes puderem agir de acordo com as normas que lhe parecem justificáveis e não movidos pela coação.

No entanto, o próprio autor faz o contraponto: na história da humanidade, e até hoje, as instituições decidiram esse processo pela violência, pela legitimação ideológica ou ambas estratégias a fim de **excluírem da comunicação pública certos temas e motivos inconvenientes para o sistema de poder**. Nesse caso, ao lado da argumentação comunicativa, a ação estratégica continua sendo válida. Nesta última, o objetivo não é o entendimento mútuo (a situação lingüística ideal), mas a competição de poder travada entre grupos cujos interesses antagônicos, quando não são dadas as condições para uma tematização discursiva (Dupouey, P, 2001, Freitag, B., Rouanet, P, 2001, Stieltjes, 2001).

Assim, a luta política se desdobra em vários níveis:

- o da **ação estratégica**;
- o da **elucidação pedagógica**: uma espécie de discurso terapêutico coletivo, restaurando a capacidade dos sujeitos de participar dos discursos práticos, ou seja, tematizar as normas, neutralizando uma ideologia – a exemplo, a tecnocrática;
- os **discursos práticos**: a serem conduzidos entre todos aqueles que sejam “discursivamente competentes”, e que, idealmente, deveriam incluir todos os interessados.

Mas como a reflexão habermasiana contribui para minha tese sobre a mudança das práticas de saúde? Habermas nos ajuda a desconstruir o discurso da mudança das práticas de saúde que normalmente é atribuída às equipes de saúde da família. Dentro dessa perspectiva teórica, a interação dos sujeitos não é um fenômeno “dado”, natural ou espontâneo e as possibilidades de entendimento não se consolidam sob qualquer

circunstância. Ao contrário, só é possível na medida em que as normas podem ser tematizadas discursivamente pelos interessados. A partir desse ponto, é possível se pensar **na mudança das práticas de saúde para além de uma simples agregação de competências técnicas, mas, acima de tudo, de competências discursivas**. Mais precisamente, refiro-me a existência de espaços relacionais nas equipes que possibilitem mediar as normas sócio-historicamente colocadas e, sobretudo, a ideologia tecnocrática, na qual transcorrer do processo grupal. Será que é possível tal estágio de comunicação ?

Na tentativa de visualizar como os membros da equipe desencadeiam ou não essas possibilidades discursivas, incluirei nas minhas reflexões teóricas categorias mais empíricas para entender a dinâmica grupal. Para tanto, um outro autor que também pensou sobre a interação comunicativa dos sujeitos, tendo em vista a mudança: Enrique Pichón Rivière.

3 – Dialogando com Pichon-Rivière ...

Nascido na Suíça em 1907, aos três anos de idade, o psiquiatra imigrou com sua família para Argentina, onde desenvolveu toda uma reflexão sobre grupos e desenvolvimento da tarefa grupal. A partir das noções da psicanálise de Freud e Melanie Klein, da psicologia social de Kurt Lewin e do psicodrama de Moreno, Pichon-Rivière fundamentou a **Psicologia Social dos Grupos Operativos**, a qual concebe a mudança como uma possibilidade a ser vivenciada pelo grupo, na medida em que as dificuldades de comunicação são examinadas, verbalizadas e declaradas pelos seus próprios membros. A Psicologia dos Grupos Operativos tem em vista analisar processos que dinamizem que a execução da tarefa grupal a partir da compreensão horizontal (a leitura do discurso do grupo) e a vertical (a leitura do discurso de cada sujeito).

Para isso, Pichon-Rivière desenvolveu a Técnica de Grupos Operativos baseada na análise das redes de comunicação e dos vínculos interpessoais voltada para a mudança social planejada, em especial em pequenos grupos: grupos de pacientes psiquiátricos, familiares de pacientes, grupos comunitários e equipes de trabalhos, entre outros. Para Pichon-Rivière (1998a:169), o grupo consiste num conjunto de pessoas articuladas por mútua representação interna, que se propõem explicita ou implicitamente a execução de uma tarefa, que constitui sua finalidade. Podemos então dizer que a estrutura, função, coesão e finalidade, junto com um número determinado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar. A estrutura e função de um grupo, qualquer que seja seu campo de ação, estão pelo interjogo de mecanismos de assunção e adjunção de papéis. Estes representam modelos de conduta correspondentes à posição dos indivíduos nessa rede de interações.

4 – Mas, então qual é o sentido da mudança?

A partir das reflexões acima apresentadas é possível pensar sobre os sentidos que estão sendo atribuídos à categoria mudança. De um lado, há uma expectativa política de que o Programa implemente os princípios da Reforma Sanitária, ampliando não só o acesso aos serviços de saúde, bem como, promovendo uma mudança na forma de prestação desse serviço. Como política contra hegemônica, seu processo se dá em meio a embates de propostas muitas vezes antagônicas. É nesse contexto que se dá o processo de trabalho (a dimensão tecnológica da mudança) e o processo grupal das equipes de saúde da família (a dimensão intersubjetiva). Pensando nesses sentidos da mudança, trago aqui um diagrama explicativo:



5.1 – Dimensão tecnológica da mudança

A dimensão tecnológica do trabalho das equipes do PSF se materializa no cotidiano das unidades através das **atividades** desenvolvidas pelos seus membros. Na realidade, trata-se do que os sujeitos fazem, como fazem e para quem fazem. Mas como os sujeitos materializam a mudança através das atividades? O que seria então a mudança dessas práticas ? Incorporando as reflexões sobre Vigilância da Saúde (Paim, 1999; Teixeira, 1994; Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998; Teixeira, 2001, 2002, 2006), entende-se como mudança tecnológica a articulação de atividades dos diversos níveis de atenção à saúde de forma que se supere a velha dicotomia entre as práticas individuais e curativas do modelo médico hegemônico e as práticas coletivas sanitárias, tomando como base para intervenção a leitura de um território em contínuo processo de saúde-doença, que por sua vez, é constituído por atores locais.

Assim, entende-se por “**atividade**” da equipe do PSF como qualquer ação desenvolvida na prestação dos serviços de saúde, nos três níveis de prevenção e as ações administrativas/gerenciais, realizadas pelos membros das equipes sobre as famílias e/ou grupos, envolvendo, assim, sujeitos e objetos, saberes e tecnologias, bem como, instrumentos de trabalho no seu desenvolvimento.

Para a classificação das diversas atividades incluídas nessa conceituação geral, toma-se como ponto de partida a clássica noção de História Natural das Doenças - HND (Leavell e Clark, 1976)¹⁷. Apesar do modelo original da HND ter sido elaborado com a

¹⁷ O referido modelo dispõe de um conjunto de ações de saúde em três níveis de prevenção, a saber: 1 - **prevenção primária**¹⁷, contemplando a promoção da saúde e proteção específica como modalidades de intervenção sobre o período de pré-patogênese; 2 - **prevenção secundária** com o diagnóstico precoce e tratamento imediato, bem como, a limitação da incapacidade; 3 – **prevenção terciária** através da reabilitação.

intenção de organizar o conjunto possível de atividades a serem realizadas pelo “médico preventivista”, considera-se que ele permite uma compreensão estruturada das ações de saúde desenvolvidas pelo conjunto de profissionais e trabalhadores da área. Desse modo, foi utilizado por Paim (1999a), com o objetivo de esquematizar a distribuição das ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação, um eixo estruturante que possibilitou a localização das diversas estratégias de organização da prestação de serviços existentes em cada nível, quais sejam, as “políticas públicas saudáveis”, a “vigilância sanitária” e “epidemiológica”, as “ações programáticas de saúde” e as ações assistenciais propriamente ditas, sejam ambulatoriais, laboratoriais ou hospitalares (vide o diagrama da Vigilância da Saúde em anexo).

A proposta de Paim significa uma certa “atualização” e redefinição do modelo original, subsidiando a definição das categorias operacionais. Assim, entendemos que as atividades realizadas por cada membro da equipe de Saúde da Família e da equipe como um todo podem ser classificadas segundo se caracterizem como ações de “Controle de causas”, “Controle de riscos” e “Controle de danos”.

Para Paim, o **controle de causas**, se configura a partir das determinações sócio-ambientais do modo de vida e necessidades sociais de saúde da população, e controladas através de intervenção social organizada e políticas públicas transeitoriais. O **controle de riscos**, por sua vez, inclui a identificação da *exposição* ou da *ausência da exposição*, desde que esta última seja fundamental para saúde de um indivíduo ou de um grupo. Assim, a intervenção nesse nível está direcionada ao controle dos indícios do risco. Antecedendo a exposição há o próprio risco, tanto real como potencial, identificado pelas ações de proteção da saúde das ações programáticas de saúde/oferta organizada e da vigilância

sanitária e epidemiológica¹⁸. O **controle de danos**, finalmente, refere-se ao controle dos *indícios dos casos até casos já detectados*. O primeiro tipo de dano se refere aos indivíduos assintomáticos detectados através de *screening*, exames periódicos, diagnóstico precoce durante a consulta e outros. O segundo tipo de dano inclui doenças e a intervenção está dirigida, portanto, a curá-las, evitando mortes e prevenindo seqüelas através da assistência médico-hospitalar nos hospitais, ambulatorios ou na unidade de saúde da área de abrangência (Paim, 1999).

5.2 - Dimensão intersubjetiva da mudança

Tratando-se de equipes de saúde, a análise do processo de trabalho se dá no momento da interação entre os sujeitos da ação, ou melhor, tem também a sua dimensão intersubjetiva. É no ato da ação que essa dimensão se revela, se mostra através da natureza do **vínculo** que os membros estabelecem uns com os outros, do tipo de **papel** que é atribuído a cada membro e das possibilidades de se problematizar a rede de **poder** tendo em vista o desencadeamento da tarefa. Nessa dinâmica, **a comunicação** é o que media os vínculos, os papéis e as possibilidades de emancipação dos sujeitos, como já mostra o diagrama das categorias do estudo.

Embora tenham sido apresentadas separadamente, ambas as dimensões se atualizam no processo de trabalho da equipe. Elas tomam movimento através dos sujeitos em um determinado cenário; são representadas pelos atores em determinadas cenas da vida cotidiana. A fim de compreender o funcionamento da dinâmica grupal, Pichon-Rivière concebeu três princípios articuladores de um grupo de trabalho: **a tarefa; os papéis; o vínculo** (Pichon-Rivière, 1998a, 1998b).

¹⁸ A vigilância epidemiológica - VE tanto atua no controle dos riscos como no controle dos indícios de danos. Dessa forma, no presente estudo, as atividades de VE podem ser encontradas nas categorias de proteção da saúde e de assistência à saúde.

A **tarefa** é o processo pelo qual o grupo atinge seu objetivo comum formulado a partir das necessidades dos integrantes. A tarefa tem aspectos explícitos, conhecidos por todos, e portanto, observáveis, e até concretos e palpáveis. No entanto, há também aspectos implícitos que podem ser sentimentos ou idéias que não são colocados na mesa e que representam um obstáculo para dinâmica grupal. Pichon-Rivière definiu três momentos do processo de desenvolvimento da tarefa: *a pré-tarefa, tarefa e o projeto*. Na pré-tarefa as formas defensivas, que estruturam o que se denomina de resistência à mudança, são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda e de ataque. Isso significa uma tendência grupal de postergar a elaboração dos medos básicos, que por sua vez, estes últimos, aos se intensificarem, operam como obstáculo epistemológico na leitura da realidade. Assim, esses medos alimentam uma distância entre o real e o fantasiado. A pré-tarefa aparece como mecanismos defensivos ou momento de resistência à mudança, de tensão pré-criadora, quando “como se” se tivesse executado o trabalho especificado. O grupo entrega-se então a uma série de “tarefas” que lhe permitem passar o tempo como um mecanismo de postergação, ao ocultar a impossibilidade de suportar frustrações de início e término de tarefas, causando paradoxalmente uma constante frustração. Os membros apresentam um certo nível de angústia por não ainda terem desencadeado a tarefa de fato e, por conta dessa frustração, aumentam mais ainda a ansiedade perante um novo recomeço.

Para se iniciar a tarefa é necessária uma elaboração das ansiedades, na qual o objeto a ser conhecido torna-se penetrável pela ruptura de uma pauta dissociativa e estereotipada, que vinha funcionando como um fator de estancamento da aprendizagem da realidade e de deteriorização da rede de comunicação. A tarefa é o âmbito da elaboração da estratégia, da tática, da técnica e a logística necessárias para intervir nas situações e provocar transformações.

Assim, o sujeito se situa, o que significa obter uma percepção global dos elementos em jogo com a possibilidade de manipulá-los e com o contato com a realidade. Esse é o momento possível à execução da sua ação, o *projeto*, quando se consegue a pertença dos membros. O autor ainda ressalta que essa passagem da pré-tarefa para a tarefa e o conseqüente projeto consiste num salto qualitativo, fruto da acumulação do sujeito, o qual passa a se personificar e estabelecer uma relação com o outro, diferenciado dentro do grupo, definindo, assim, o seu papel.

Em todo grupo há o desempenho de **papéis** que podem ser conhecidos como rótulos, atribuições, cargos ou funções a depender do contexto. No caso do presente estudo, iremos analisar a dinâmica dos papéis em duas dimensões: *a técnica e a interativa*. A primeira diz respeito ao desempenho de competências técnicas em saúde, as quais são previamente estabelecidas como atribuições de cada categoria profissional: ACS, Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de Cirurgião Dentário – ACD, Enfermeira, Odontólogo e Médico. Por outro lado, cada categoria tem sua própria história, a qual já indica um determinado lugar na equipe, além de saberes e poderes no processo de trabalho em saúde. No entanto, essa história é re-atualizada de acordo com a história individual e visão de mundo do sujeito que representa determinada categoria profissional no momento da interação. Essa convergência dinâmica entre diversos elementos vai subsidiar o desempenho do que eu estou chamando aqui de *papel interativo*.

Papel interativo surge no processo grupal, no relacionamento eu-grupo que Pichon-Rivière (1998a) chamou de condutas organizadas para satisfazer necessidades, expectativas individuais e grupais. O grupo estrutura-se num interjogo de papéis, dos quais ele destacou 3 principais: o *porta-voz*; *bode-expiatório* e *líder*. Esses papéis não são necessariamente

estereotipados, podem ser funcionais e rotativos. O *porta-voz* de um grupo é o membro que em um determinado momento consegue fazer a leitura do processo grupal e verbalizar as fantasias, ansiedades e necessidades do grupo. Ele fala não só por si, mas pelo grupo, conjugando a verticalidade (a história pessoal do sujeito) e a horizontalidade (o processo aqui e agora na totalidade dos membros) no desenvolvimento da tarefa. Ele explicita o que está implícito, o que permite uma tomada de consciência do grupo e a superação de obstáculos à tarefa. Já o papel do *bode-expiatório*, se apresenta para o grupo como o depositário dos aspectos negativos e atemorizantes do grupo ou da tarefa num acordo tácito, no qual tanto o membro como os demais do grupo estão comprometidos. O bode-expiatório pode ser no grupo um porta-voz mal sucedido, o qual expõe aspectos do grupo que os outros membros não querem ou não suportam confrontar-se, tornando-se alvo de crítica e rejeição. Em um outro pólo, o *líder* é depositário de aspectos positivos do grupo, por representar uma ou várias das categorias como: cooperação, pertença, identificação com o processo grupal, pertinência. Mas cada grupo atribui tais características ao líder de acordo com a sua própria concepção e suas necessidades de representação. Enfim, o líder é um porta-voz bem sucedido, pois o grupo acata sua explicitação. Tanto o bode-expiatório como o líder estão intimamente ligados, já que o bode-expiatório surge como forma de preservar a figura do líder, num processo de dissociação, ou seja, ressalta-se os aspectos negativos de um para fortalecer o outro como um jogo de luz e sombra.

È claro que existem outros papéis como o sabotador (o líder da resistência à mudança), o disciplinador, o que ouve e nada fala, o que interrompe a todos, entre outros. Na realidade, esses “desempenhos” não são certos ou errados, mas para desenvolver o projeto grupal é necessário que eles não se cristalizem em determinados membros, caso contrário, há um empobrecimento da interação intersubjetiva e da experiência grupal.

Esse jogo é todo baseado no **vínculo** estabelecido, que a partir da Psicologia dos Grupos Operativos pode ser entendido como uma estrutura complexa entre sujeitos, interagindo a partir de uma determinada necessidade ou uma constelação de necessidades mútuas que podem ser biológicas, afetivas, financeiras, culturais, intelectuais, simbólicas ou, até mesmo, necessidades de saúde (o acesso a um determinado serviço de saúde, por exemplo).

Seja qual for à natureza do vínculo, esses “encontros” são determinados por processos de comunicação e aprendizagem, implicando numa modificação de ambos. Nesse interjogo dialético e dinâmico, há atualizações de imagens intrasubjetivas, as quais foram adquiridas pelo próprio sujeito em toda a sua história vincular. Por isso, o vínculo para Pichon-Rivière apresenta-se ao mesmo tempo como *bi-polar*, por ser entre duas pessoas, e *tri-pessoal*, por que ambas dialogam com uma terceira pessoa, um ausente-presente na relação vincular, o qual está intimamente ligado com as imagens intrasubjetivas. Esse terceiro elemento pode dificultar a codificação ou a decodificação da mensagem que está sendo trocada, provocando ruídos de comunicação (Gayotto, 1999).

Toda relação vincular tem aspectos simbióticos, uma tendência à massificação, a uma fusão de elementos de cada sujeito, constituindo uma interdependência ou ficando ambos mutuamente confundidos. Mas a medida em que o processo relacional vai diferenciando o “eu” do “outro”, há um reconhecimento mais definido do papel de cada um. Assim, há espaço suficiente na relação para a reafirmação de uma identidade própria, o que facilita a articulação operativa entre as pessoas em torno da tarefa comum. Nesse momento, mudanças são operadas na estrutura estereotipada das relações inter-pessoais. É claro que vínculos entre sujeitos totalmente diferenciados, distantes, sem pontos de

unificação, leva a uma situação de distanciamento progressivo, ou até mesmo, indiferença, o que fragmenta o tecido coletivo e a tarefa perde, assim, o sentido de existir.

Sem dúvida, a Psicologia Social de Pichon-Rivière é bastante instrumental na compreensão do processo grupal, no “acontecer” das micro-relações. Mas vale lembrar que a dimensão intersubjetiva das práticas de saúde das ESF não se dá sempre num processo pacífico e isento de enfrentamento. Ao contrário, a interação pressupõe também disputa de propostas entre os sujeitos, os quais ocupam lugares diferenciados historicamente na divisão do trabalho e tem domínio desigual dos saberes e práticas do campo da saúde.

Num segundo nível, muito mais complexo, a **mudança intersubjetiva** consiste num salto qualitativo e necessário para que os sujeitos possam desconstruir a ideologia tecnocrática e suas redes de poder em torno da tarefa. Só assim poderão se re-apropriar do objeto e dos meios de intervenção. Esse processo emancipatório depende da capacidade discursiva dos sujeitos e das possibilidades de problematização das normas, possibilitando assim uma diferenciação dos papéis atribuídos no processo grupal.

3 - ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

O meu interesse pelo PSF nasceu de uma experiência muito singular da minha vida profissional: **a residência em Saúde da Família**. No início, em março de 1997, como recém-formada em psicologia, eu imaginava que essa seria uma especialização que me desse um instrumental técnico para o trabalho mais voltado à psicologia comunitária. Esse era o meu desejo e, por conta disso, assumi o desafio de participar de uma seleção com outros profissionais de saúde para obter uma vaga na residência multiprofissional em medicina social, com ênfase em saúde da família. Na realidade, **o desejo** era experimentar algo voltado para coletivo, saindo um pouco de uma perspectiva individual da psique humana das linhas da psicologia e da psicanálise. Mas havia também **o desafio** que era de entrar em outro campo: o da Saúde Coletiva. Foi a primeira vez que eu me debrucei sobre problemas de saúde de grandes grupos, seja refletindo a concepção de saúde de determinado grupo através das **ciências sociais**, seja traçando o perfil de morbi-mortalidade a partir da **epidemiologia** ou ainda desenhando os caminhos para intervenção pela **política e planejamento**. E é claro, pela minha ansiedade de fazer “algo”, o velho sonho de mudar o mundo, essa última me fisgou profundamente. Foram nesses 2 anos de prática, que as questões que eu trago nessa tese nasceram. Tive a oportunidade de implantar e treinar, ver e acompanhar o Programa em vários municípios. Eu mesma, como residente, vivenciei impossibilidades e conquistas dessa estratégia de intervenção. Eu confesso que em muitos momentos apostei no PSF, mas, aos poucos, eu fui me questionando: será que é possível mudar o modelo vigente através desse Programa? qual será a potencialidade de construção

do SUS a partir dessa estratégia ? E principalmente, será que o secretário de saúde e os profissionais da equipe também “compram essa idéia” ?

Em meio a essas e muitas outras perguntas, que nasceu o meu interesse de não só intervir, como também, de refletir sobre **a mudança** através da investigação. Primeiramente, no mestrado em Saúde Comunitária, desenvolvi uma estratégia de pesquisa que pudesse identificar a natureza da intervenção de uma equipe de saúde da família, seja ela de promoção da saúde, de prevenção da saúde, de assistência à saúde ou de planejamento e gestão das ações. Para isso, levei 9 meses mergulhada na elaboração de um questionário extremamente estruturado e detalhado. Esse foi um trabalho exaustivo, mas muito rico. Ao final, obtive 6 instrumentos que me deram o perfil do trabalho de cada membro individualmente e por equipe como um todo. Embora, tivesse incluído na minha coleta de dados a observação participativa, o forte da metodologia foi de fato esses questionários. Através deles, caracterizei o processo de trabalho da equipe em sua **dimensão tecnológica**, ou seja, as atividades tanto as de planejamento e gestão do processo de trabalho, como as de atenção à saúde segundo os níveis de prevenção, tomando como inspiração o diagrama da Vigilância da Saúde em anexo (Paim, 1999) e nas reflexões dos autores sobre o modelo de atenção à saúde e à Vigilância da Saúde (Teixeira, C.F.; Paim, J.; Vilasboas, A.L, 1998; Teixeira, 2000; 2001; Teixeira , Paim, 2000).

Centrados na atividade de cada membro, os questionários me possibilitaram apresentar a operacionalização de tais conceitos, mas, no entanto, não me possibilitavam ir além dos instrumentos tecnológicos no processo de trabalho em andamento. Faltava ainda uma peça fundamental para ser contemplada na minha reflexão: o sujeito. Faltava, então, incluir o sujeito em meio ao processo da mudança e não a mudança em si. Foi aí, no final

de 2002, que nasceu a idéia desse trabalho: **aprender o sujeito na operacionalização do que eles consideram mudança**. Então, a perspectiva não era mais a tecnológica, mas a subjetiva, ou melhor a inter-subjetiva, pois não se trata de um único sujeito da prática, mas de vários sujeitos, os da equipe, em ação.

Embora o meu desejo fosse não perder de vista idéia da categoria “mudança”, mas o que estaria em foco agora eram os sujeitos, suas histórias e os percursos que eles fizeram até chegar ao Programa. E a partir desses encontros e desencontros, desenhar então as possibilidades da mudança no processo de trabalho, num contexto de uma unidade de saúde da família em meio a um território com características próprias.

Essa **inversão epistemológica** me levou a desconstruir o papel central dos questionários e “abrir mão” das técnicas quantitativas com objetivo de apreender o processo grupal de uma equipe na cotidianidade de uma unidade de saúde. Assim, com um desenho de **estudo de caso qualitativo**, minimizei a abordagem em torno da dimensão tecnológica e incluí as narrativas dos sujeitos em atuação. Dessa forma, os agentes da prática passaram a ter voz própria e eu, como pesquisadora, uma testemunha da cena. Tais relatos me deram não só valiosas evidências do cotidiano em si, como também, da teia de relações, devido às quais tive o desafio de refazer a todo o momento as minhas estratégias de pesquisa em campo. A cada momento da coleta de dados reelaborei a rede de informante e de fontes de informação tendo em vista as hipóteses que foram surgindo no decorrer do trabalho de busca das evidências.

O cenário para o desenvolvimento do estudo foi o **município de Salvador** por ser, por um lado, um grande centro urbano, contrastando com município de médio porte onde foi desenvolvida pesquisa do mestrado, e, por outro lado, por facilitar a realização da

pesquisa que demandava idas diárias ao campo para garantir a minha imersão na rotina da equipe. A primeira entrada no campo foi em novembro de 2005, quando tive os primeiros encontros com a coordenação de PACS / PSF do município de Salvador. Esse foi o contato central que me colocou formalmente na **rede de informantes**, ou pelo menos, com o primeiro nível dessa rede que se evidenciou naquele momento: o nível municipal. A escolha desse ponto de partida deu-se por conta do perfil dos técnicos desse setor: eles tinham o domínio dos procedimentos técnico-burocráticos da Secretaria Municipal de Saúde.

A partir desse contato preliminar, iniciei a seleção da equipe para o meu estudo. De uma lista de 34 unidades de saúde da família (114 equipes), solicitei à coordenação que indicasse algumas unidades que até o momento mostraram uma certa capacidade de apresentar alternativas frente a problemas do cotidiano do programa, ou seja, capacidade de enfrentamento frente às dificuldades no processo de trabalho. É claro que essa qualidade atribuída pela coordenação já trazia em si um dado a ser considerado: eram unidades que desempenhavam “a mudança” aos olhos daqueles técnicos da Secretaria de Saúde.

De um grupo de 5 unidades previamente indicado, três unidades se localizavam no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário e duas em outros distritos mais no centro da cidade. Minha opção foi priorizar as unidades do Subúrbio de Salvador por alguns motivos: primeiramente pela sua localização distante do centro, o que já denuncia uma dificuldade de acesso das famílias ao sistema de saúde; pela alta concentração de população de baixa renda associada à omissão dos órgãos públicos; e, principalmente, por ser o distrito sanitário de Salvador com maior número de equipes de saúde da família implantadas (51 das 114 equipes implantadas de Salvador até dezembro de 2005). Assim, sendo o Distrito

Sanitário com maior cobertura populacional do PSF no município (cerca de 55,9% da população do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário é assistida pelo Programa).

Das três unidades do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário indicadas, uma estava em reforma, uma outra, as equipes estavam incompletas e na terceira, a comissão gerencial da unidade aceitou fazer parte da pesquisa logo nos primeiros contatos. E foi assim que eu cheguei à **Unidade de Saúde da Família de Campo Belo**. Mas ainda faltava selecionar das quatro equipes uma para iniciar o meu estudo. A opção por um **caso único** baseou-se no critério de amostragem como proposital (*purposeful sampling* de Patton, 2002), cujo propósito é selecionar casos ricos em informação para estudos em profundidade. A lógica e o poder de um *purposeful sampling* consiste na compreensão de algum(ns) caso(s) da onde se pode aprender muito e iluminar certas questões do estudo, mas que, no entanto, não podem ser generalizadas para outros contextos. Na realidade, a generalização pode ser esperada como resultado de estudos com amostragem aleatória probabilística.

A partir da uma equipe de saúde da família, estabeleci em janeiro e fevereiro de 2006 o **segundo nível da rede de informantes**: o nível da unidade de saúde. E, a partir desses contatos, elaborei em setembro, outubro e novembro de 2006 um **terceiro nível da rede de informantes**: o nível do território de abrangência no qual a equipe atua. Houve também uma **quarta rede de informantes** paralela que estava diretamente vinculada as paralisações das equipes do Programa que ocorreram em fevereiro, setembro e outubro de 2006. Como elemento surpresa, as greves do PSF de Salvador emergiram durante a minha coleta de campo, cujas assembléias e passeatas eu incluí no meu campo de observação por

ter me possibilitado ampliar substancialmente a minha percepção do contexto no qual o Programa se encontrava.

Assim, a identificação dos informantes foi referida progressivamente pelos informantes anteriores como “bola de neve” (Biernacki & Waldorf, 1981) e/ou à medida que novas perguntas fossem nascendo. Eu investi mais tempo na qualidade da informação dos informantes para a composição das cenas do que na quantidade. O limite para inclusão de outros informantes seguiu o critério de ponto de saturação para estudos qualitativos (Taylor, Bogdan, 1984).

Ao todo foram **28 informantes** que participaram da pesquisa através de entrevistas abertas em profundidade e/ou semi-estruturadas e que podem ser classificados nas seguintes categorias: técnicos do nível central e distrital da Prefeitura; funcionários da unidade; profissionais de saúde e ACSs da própria equipe em questão; famílias das áreas de abrangências da equipe; lideranças comunitárias locais; lideranças sindicais da categoria.

Nesses **cinco meses e meio de imersão** no campo de coleta pude acompanhar dois momentos distintos da equipe estudada como foco da minha pesquisa e presenciei paralelamente o desenrolar do Programa em meio às paralisações até por que tais eventos interferiram diretamente na dinâmica da equipe e nas inter-relações entre os membros da unidade. Como pesquisadora foi extremamente difícil estabelecer focos para minha pesquisa no desenrolar dos acontecimentos. Tomando como metáfora a imagem que se forma num lago quando uma pedra cai, concebi a equipe como o primeiro movimento circular que se desenha sobre a superfície da água. Um segundo movimento, o território que a equipe atua, a comunidade da Bela Vista do Campo Belo. E considerei os movimentos subsequentes como uma série de eventos que surgiram no contexto no período da minha

coleta. E todos esses círculos se movimentam desde o centro até a periferia do lago e retornam de onde partiram, formando outros movimentos. O meu trabalho se situa em perceber esses movimentos, essas cenas, a partir da perspectiva do processo de trabalho da equipe de saúde estudada.

Para conseguir apreender a continuidade das cenas, utilizei a **observação participante** das atividades da equipe e da dinâmica da unidade. Inicialmente esse “acompanhamento” foi no sentido de capturar o máximo de informação possível para mim, ou seja, de toda qualquer atividade, do que ocorreu e do que também não ocorreu. Foram desde as atividades de assistência até a paralisação das equipes.

Assim, a partir da observação continuada, o **diário de campo** foi tomando forma. Esse registro dos acontecimentos, das minhas reflexões e inquietações subsidiou a elaboração de **crônicas** sobre as atividades e eventos que ocorreram durante as minhas andanças no campo. Tais textos tiveram o objetivo de identificar quem eram os atores envolvidos e os não envolvidos e as suas performances dramáticas. Além disso, tentei retratar também a dinâmica entre esses participantes e suas preposições defendidas na cena. Na elaboração desses textos analíticos, fiz uso também de outras fontes para recompor a cena, tais como **as fotos tiradas** por mim referentes ao evento ou atividade e dos **artigos noticiados**¹⁹ pelo jornal de maior circulação da cidade “Jornal A Tarde” (me refiro principalmente a paralisação das equipes de PSF).

¹⁹ Os artigos foram resgatados no arquivo do referido jornal dos meses de janeiro a novembro de 2006. Foram consideradas todas as matérias noticiadas sobre PSF, paralisação, o sistema municipal de saúde e situação política e administrativa da gestão da Prefeitura Municipal.

Paralelo à observação, fiz uma **revisão documental** que incluiu a busca de Relatórios Anuais do PACS / PSF de 2000 a 2004²⁰ da Prefeitura e dos relatórios do SIAB²¹ (Sistema de Informação da Atenção Básica) referente ao Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de 1999 a 2005, além dos 02 últimos Planos Municipais de Saúde. Como dados secundários, utilizei informações do Censo Demográfico de 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e do Ministério da Saúde. Para me auxiliar na compreensão geográfica e me orientar nas inúmeras ruas do Subúrbio, fiz uso dos mapas e fotos aéreas fornecidos pela CONDER e o Programa LOUS²².

Posteriormente, iniciei as **entrevistas mais estruturadas** para identificar a forma de funcionamento da equipe dentro da unidade e o processo de implantação do Programa no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir das categorias definidas previamente (matriz em anexo). Como não obtive as informações desejadas numa só entrevista, tive que aos poucos refazer os roteiros e recorrer às outras fontes e/ou outros informantes melhor qualificados e referidos pelos entrevistados anteriormente da unidade, do nível distrital e central do sistema municipal, tomando sempre como referência o roteiro-base em anexo.

²⁰ Esses relatórios técnicos anuais (2000 a 2004) são da autoria da Coordenação Municipal de PACS / PSF que têm como objetivo apresentar ao corpo técnico da Prefeitura o processo de implantação do Programa daquele ano com informações tais como: número de equipes implantadas, atividades desenvolvidas, mudança dos indicadores de saúde e as dificuldades enfrentadas. Infelizmente, nem todos os dados desses documentos são desagregados por Distrito Sanitário ou por unidade de saúde, o que dificulta uma análise mais aprofundada.

²¹ Nesse caso, trata-se de consolidados das famílias cadastradas do ano de 1999 a 2005 do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Tal relatório fornecido pelo sistema de informação, que alimenta o banco de dados municipal, estadual e federal, contém os percentuais dos membros das famílias por faixa etária, escolaridade, doenças referidas, tipo de abastecimento de água do domicílio, tipo de casa, destino do lixo e das fezes/urina e acesso a energia elétrica.

²² Esse é um software chamado LOUS (Lei de Ordenamento do Uso e da Ocupação do Solo), versão 1.2, elaborado pela Secretaria Municipal do Planejamento, Urbanismo e Meio Ambiente da Prefeitura de Salvador. Esse programa identifica as ruas e equipamentos de uma área da cidade, o que me ajudou e muito num mapeamento prévio a ida a campo. Assim, o reconhecimento do território foi em parte antecipado pela leitura do programa. Com a posterior ajuda das ACSs e as diversas idas a campo, pude situar melhor os detalhes do território estudado.

Ao final da minha primeira ida a campo (fevereiro de 2006), realizei as **entrevistas mais abertas** (roteiros em anexo) com os membros da equipe sobre as suas trajetórias profissionais e a percepção sobre o PSF tendo em vista a categoria “mudança”. Nesse momento, solicitei também aos profissionais de saúde que respondessem o questionário estruturado²³ (em anexo) já mencionado anteriormente.

²³ Para elaborar os questionários, primeiramente eu fiz uma lista das possíveis atividades de uma equipe de saúde da família a partir da revisão documental de: 01- os manuais da Secretaria Estadual da Saúde e do Ministério da Saúde sobre o PACS/PSF (Bahia, 1996, 1997, Brasil, 1997, 1998, 2000 f, i, j, Neto, 2000 a, b, c, d, e); 02 – estudos sobre o PACS/PSF (Viana e Poz, 1998, Nunes, 1999, Oliveira, 1999, Scaldaferrri, 2000, Brasil, 2000 a, e); 03 – relatório da residência em saúde da família (Bahia, 1998); 04 - os manuais de outros programas ministeriais (Brasil, 2000 b, c, d, g, h, l, 2001b); 05 – portaria nº 267 de 06/03/2001 (Brasil, 2001); 06 - a bibliografia acerca da atenção à saúde do adolescente (Guimarães, 1989, Crespin, 1993) e da vigilância sanitária (Costa, 1999). Posteriormente, organizei essas atividades por cada membro da equipe e por níveis de prevenção (Diagrama 10 em anexo) tomando como base o Diagrama da Vigilância da Saúde (Paim, 1999) (Diagrama 09 em anexo), tais como: **1 – Atividades de promoção da saúde** (a noção de promoção de saúde enquanto política pública, a autora considerou como objeto de intervenção da equipe causas que determinam a qualidade de vida das famílias. Assim, a equipe atua no controle de causas, seja ao *fomentar* a criação de espaços saudáveis dentro da área de abrangência, incentivando e/ou dando suporte técnico, seja ao *executar* ações que possibilitem às famílias incorporarem hábitos saudáveis objetivando, assim, a mudança nos modos de vida); **2 – Atividades de proteção da saúde** (as tecnologias utilizadas pelas equipes tendo como objeto o risco de adoecer de indivíduos e de grupos específicos. Então nessa categoria foram agrupadas todas as ações que possibilitam o controle de risco, seja as de prevenção específica como imunização, seja as de proteção da saúde como a vigilância sanitária e epidemiológica, como também, as de educação para saúde, direcionadas para grupos de risco. Aqui estão sendo consideradas as atividades de sala de espera, grupos de educação para gestantes, portadores de hipertensão arterial, escolares e outros grupos específicos. Essa escolha parte do pressuposto de que a equipe estabelece seus temas a partir dos grupos de maior risco de exposição à algum agravo específico, ou seja, parte da noção de risco. Essa modalidade de educação para saúde é distinta da modalidade apresentada na Carta de Ottawa em 1986, Brasil 1996, a qual considera educação para saúde como um desenvolvimento de habilidades vitais, transcendendo, assim, a idéia de uma mera transmissão de conhecimento sanitário. Creio que a noção de “desenvolvimento de habilidades vitais” se aproxima mais das atividades categorizadas acima como sendo de promoção da saúde na medida em que a equipe possibilita a criação de espaços saudáveis dentro da comunidade com a participação de seus representantes) ; **3 - Atividades de assistência à saúde** (refere-se ao controle de danos desencadeado após a identificação do agravo através do diagnóstico. Então, nessa categoria foram incluídos a própria avaliação diagnóstica e o estabelecimento de estratégias terapêuticas, seja o tratamento medicamentoso ou não-medicamentoso, além das atividades voltadas para o monitoramento de casos clínicos. Dessa forma, foram contempladas as ações de acompanhamento do usuário no tratamento prescrito, a exemplo, o acompanhamento do ACS ao portador de hipertensão arterial. Outro dado importante é que nessa categoria foram incluídas também as atividades dos programas específicos e a atenção aos grupos que não necessariamente estejam apresentando alguma enfermidade, como as gestantes e crianças de 0 a 1 ano) ; **4 - Atividade de reabilitação da saúde** (ações de minimização das conseqüências dos danos. Contempla o acompanhamento de usuários em fase de recuperação de algum agravo, como uma neoplasia, ou de uma intervenção de alta complexidade, como uma cirurgia. Pelo fato deste ser um nível de atenção no qual a intervenção da equipe do PSF é restrita, as ações dessa categoria não estão sendo consideradas como a execução da reabilitação em si mesma, mas, sobretudo, como parte do cuidado e acompanhamento aos usuários); **5 - Atividade de planejamento e gestão em saúde** (as estratégias de levantamento de problemas, priorização de grupos, programação operativa, administração do fluxo das ações e do controle dos insumos. Além disso, identificou-se como parte das ações de planejamento, atividades realizadas para a construção de viabilidade política das ações da equipe, quais sejam, a articulação com outros atores sociais seja em uma perspectiva intersetorial, seja em uma perspectiva de mobilização social para a promoção da saúde como o trabalho junto a lideranças locais, organizações não-governamentais, conselhos de saúde e outros). Assim, os instrumentos apresentam a proporção numérica e gráfica das ações de saúde por tipo de atividade por cada membro da equipe como da equipe como um todo, embora algumas atividades devam ser desenvolvidas por mais de uma categoria. Assim, os instrumentos apreendem não somente a verticalidade da prática de saúde de cada membro, mas, sobretudo, identificam como as atividades são distribuídas e a horizontalidade que os torna comuns, conformando o trabalho como coletivo. No entanto, vale salientar que o instrumento não possui o mesmo número de atividades para todos os níveis. Há uma preponderância das atividades de assistência em relação aos outros níveis de prevenção. Essa irregularidade deu-se, em

Embora tenha planejado utilizar a técnica de grupo focal, considerei inadequado apresentar tal proposta para a equipe, já que naquele momento coincidiu com a greve das equipes, gerando um clima na unidade que não propiciava tal investida. Ao invés de provocar esse encontro, preferi dar continuidade ao meu trabalho de “sombra”, principalmente nas reuniões de equipe e de unidade. Comecei a potencializar a observação, tendo em vista que os temas emergem e seus atores se colocam sem que eu tivesse que trazer algo já estruturado.

No segundo momento do campo (setembro, outubro e novembro de 2006), dei continuidade à observação e aprofundi o meu vínculo com a equipe, qualificando melhor as informações e confirmando (ou descartando) algumas hipóteses levantadas com a primeira coleta. Outro ponto fundamental foi incluir os moradores da área coberta pela equipe e lideranças comunitárias na minha pesquisa através de entrevistas abertas. Esses foram valiosos encontros que deram vida às informações anteriormente levantadas pelos órgãos públicos e sentido ao mapeamento do território realizado junto com as ACSs. Muitos dos nomes desses informantes surgiram espontaneamente nas entrevistas feitas e nas “conversas de corredor” com as ACSs.

Ao final desse percurso, obtive como corpus do trabalho 28 entrevistas abertas e semi-estruturadas, 13 questionários estruturados, um diário de campo com 59 páginas

parte, pelo fato das tecnologias de diagnóstico e tratamento já serem consolidadas no processo de trabalho e reafirmadas nos programas ministeriais. Essas peculiaridades do instrumento, de um lado, possibilitam uma análise comparativa diversificada entre membros, entre níveis de prevenção e entre equipes para estudos qualitativos e quantitativos, por outro, pela falta de uniformização do número das atividades por nível, restringe a análise às ações apresentadas através de percentuais e não em valores absolutos. Esse dado vai indicar que no resultado dos dados um membro ter o mesmo percentual de atividades referidas para assistência e para reabilitação, não implica que realize o mesmo número de atividades para ambos os níveis. Outra característica do instrumento consiste no fato de que, devido a sua lógica interna, a análise só se mostra significativa se o participante da pesquisa responder todas as alternativas, pois é o conjunto das respostas que possibilita a leitura comparativa. Além disso, como todo questionário, o instrumento traz o limite da confiabilidade já que atividades referidas não são necessariamente atividades realizadas. Antes de serem aplicados eles passaram por um pré-teste realizado com profissionais em atuação e após o mestrado foram feitas algumas correções.

digitadas, 13 mapas e 02 fotos aéreas do território, 355 fotos das atividades acompanhadas, 09 artigos noticiados pelo jornal de maior circulação da cidade (Jornal A Tarde), 05 relatórios anuais do PACS / PSF, os 02 últimos Planos Municipais de Saúde e dados sócio-demográficos do IBGE.

Anterior a toda coleta de dados, a pesquisa contou com o consentimento da Coordenação Municipal do PACS / PSF. E após a seleção da equipe estudada, eu reuni com os membros para apresentar os objetivos da pesquisa e as técnicas de coleta, bem como, esclarecer as implicações éticas envolvidas. A pesquisa não contemplou coleta e nem uso de materiais biológicos. Os resultados do estudo estarão plenamente disponíveis para os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, e são apresentados em fóruns científicos e publicados em revistas especializadas, mas com as citações e os nomes não identificáveis, inclusive o nome da unidade de saúde onde a equipe atua. Para atender às normas de ética estabelecidas pela Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, os participantes tomaram ciência dos princípios²⁴ que regeram a pesquisa através da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo) e deram o seu consentimento por escrito, o qual foi apresentado em duas vias (uma do informante e outra minha). Em dois casos, por se tratarem de pessoas não alfabetizadas, o consentimento foi verbal e gravado.

O trabalho principal após da coleta consistiu em um primeiro momento na análise de cada elemento do corpus separadamente (entrevistas, diário e outros) para formatar o material como um todo. Após a sua transcrição, iniciei a análise do discurso das entrevistas,

²⁴ **Autonomia:** será preservada a participação na pesquisa como voluntário(a), sem coerção pessoal ou institucional. Além disso, os informantes terão ampla liberdade para retirar o seu consentimento e terminar participação a qualquer tempo sem penalidades e sem nenhum prejuízo ou represálias de qualquer natureza; **Benefício:** os informantes estarão cientes de que não haver benefícios diretos ou imediatos. Por outro lado, eles terão a oportunidade, caso queiram, de colaborar para a formação de conhecimento na área da Saúde Coletiva; **Não-maleficência:** os informantes estarão cientes da garantida a não invasão de minha privacidade. A partir da transcrição desse material, outros pesquisadores poderão tomar conhecimento das citações utilizadas no estudo, no entanto o nome e identidade serão mantidos em sigilo. Além disso, ao término deste estudo, as fitas serão apagadas.

destacando os trechos dos entrevistados em grandes temas recorrentes, que em muitos casos, coincidia com as categorias analíticas. Em um segundo momento, cruzei os discursos “temáticos”, identificando os sub-temas que neles eram anunciados. A partir disso, pude elaborar uma lista de categorias éticas e êmicas dos discursos dos sujeitos. Os meus relatos de diário de campo também foram submetidos a essa análise preliminar como sendo uma entrevista com uma informante que ouviu e presenciou todas as histórias que essa tese descreve. Em alguns momentos eu resgatei do diário de campo os trechos sobre os temas recorrentes, em outros, inclui crônica feita sobre determinado evento ou atividade.

Paralelamente à indexação (destaque de temas e sub-temas), em um segundo nível de análise, mapeei o papel e o posicionamento dos entrevistados no cenário no qual ele desempenhou seu discurso. Ou seja, quem é o ator e de onde ele fala. Ao final desse processo, estabeleci um diálogo entre eles, destacando os pontos de convergência de posição e de antagonismos. Com relação à equipe em si mesma, como um mosaico que a partir dos pequenos fragmentos se visualiza o todo, esse modelo de análise me possibilitou a elaboração de um texto único que eu chamo de discurso grupal temático. Partindo do pressuposto de que determinados discursos induz determinadas práticas sociais, ao final, discutirei esses discursos e suas ações desempenhadas pelos atores, sejam elas de mudança ou de conservação.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO I - Análise do Cenário I: PSF no Nível Municipal

- “PSF na rua!!!”
- “A luta continua!!!” (o coro)
 - “PSF na rua!!!”
- “A luta continua!!!” (o coro)
 - “Salários não tem, não!!!”
- “Queremos solução!!!” (coro)
 - “PSF unido !!!”
- “Jamais será vencido!!!” (coro)
 - “PSF unido !!!”
- “Jamais será vencido!!!” (coro)

Esse foi o “grito de guerra” que eu ouvi ecoando na descida da Av. Sete de Setembro no dia 20 de janeiro de 2006 por volta das 11:45 durante a segunda Passeata do Movimento de Paralisação das equipes de PSF em Salvador. Logo na minha primeira semana de imersão junto à equipe estudada, deparei-me com essa cena: mais de 250 pessoas caminhando pelo centro da cidade exigindo o fim dos atrasos salariais que já se repetiam há 7 meses. Se por um lado, eu sentia uma certa satisfação por acompanhar o movimento de um grupo que estava começando a se constituindo como categoria de trabalhadores, por outro lado, deparava-me com um contexto que quebrava um pouco com a imagem ideal que eu gostaria de ter do PSF e que desejava encontrar quando “entrasse em campo”, ou melhor, no campo.

A paralisação das equipes de saúde da família conseguiu quase 100% de adesão das equipes de saúde da família por 6 dias, o que sinalizava que algo estava “fora da ordem”. Mas afinal o que motivava tal mobilização ? Que contexto favorecia tal investida ? Nesse

capítulo tentarei recompor alguns aspectos históricos do PSF no município, no sentido de desmistificar o Programa como algo “dado”, como sujeito capaz de por si só reverter o modelo de assistência à saúde. Para isso, vou destacar alguns elementos que colaboraram para configuração do contexto da pesquisa, tais como: 1 – o processo de implantação e ampliação do Programa; 2 – Treinamento e educação continuada; 3 - a organização do trabalho das equipes; 4 - como se situa o PSF no sistema municipal de saúde; 5 – supervisão e acompanhamento das equipes; 6 – as formas de gestão do Programa. No final desse capítulo, ainda relato o processo de mobilização durante a primeira paralisação das ESFs em janeiro de 2006 e as subseqüentes greves (setembro e outubro/06). A descrição da cena vai me subsidiar na discussão sobre o processo de trabalho coletivo no capítulo II e III.

1. O processo de implantação e ampliação do PSF em Salvador

Até dezembro de 2005 a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador tinha implantado **114 equipes** distribuídas em 34 unidades de saúde, demandando 1.309 profissionais de saúde (ACS, Auxiliares de enfermagem e de odontologia, dentista, médico e enfermeiro). Para chegar a esses **16% da população de Salvador** assistida pelo Programa, a Secretaria de Saúde levou 5 longos anos, entre idas e vindas. No decorrer do processo de implantação e ampliação do PSF, surgiram várias propostas de diversos atores, o que ocasionou, de uma forma ou de outra, a conformação do cenário que eu encontrei em campo.

A primeira proposta de implantação da Estratégia de Saúde da Família surgiu em **1998** quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários em Salvador. Sob a inspiração de Samuel, que naquele momento coordenava a Residência em Saúde da Família do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e era assessor técnico da

Secretaria Municipal de Saúde, formatou-se uma proposta baseada em critérios epidemiológicos e sociais. Já nesse momento, o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário aparece como um dos Distritos Sanitários que seriam contemplados pela implantação do Programa:

“Ele foi o primeiro, foi a pessoa que idealizou o PSF de Salvador. (...) E naquela época a idéia é que fosse implantado o PSF no Subúrbio Ferroviário, Pau da Lima e Cabula/Beiru. Por quê? Assim, a idéia de Samuel, era uma coisa que ele defendia, é que a gente teria um critério epidemiológico social na escolha lá do Subúrbio, (...) um PSF num lugar mais organizado pra fazer o contraponto, que seria o Pau da Lima. E Cabula/Beiru seria o intermediário. Mas no decorrer do processo, antes mesmo da implantação, já se falava em começar com mais equipes no Subúrbio, deixando Pau da Lima e Cabula pra depois. De 98 pra 2000 foi essa discussão toda: onde é que iria implantar o PSF em Salvador? Eu sei que Samuel saiu e o projeto se perdeu...” (Dolores, técnica da SMS).

Em **2000**, a partir da demanda do Prefeito Antônio Imbassay, em plena campanha de reeleição, o PSF finalmente tomou evidência na pauta política municipal e foram implantadas 11 primeiras equipes da cidade no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, correspondendo à primeira etapa da implantação²⁵ (Salvador, 2000, 2005).

“A idéia de todo mundo era assim: vamos aproveitar o momento político já que se quer implantar e o prefeito, no caso, ele forçava muito essa implantação porque ele queria que Salvador tivesse PSF, podia ser uma equipe, mas tinha que ter PSF” (Dolores, técnica da SMS).

Embora o Programa de Implementação da Estratégia de Saúde da Família (2001b) apontasse para uma ampliação do PSF para **75% da população de Salvador** até 2004²⁶, a

²⁵ Em julho/2000 foram implantadas 11 equipes nos centros de saúde de Itacaranha, Alto do Cruzeiro e Alto de Coutos (unidades do Subúrbio Ferroviário). Posteriormente, com uma nova seleção, foram implantadas em janeiro de 2001 mais 4 equipes em Beira Mangue (Salvador, 2000).

²⁶ O Programa de Implementação da Estratégia de Saúde da Família tinha como meta atingir 100% de cobertura em 05 Distritos Sanitários: Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, São Caetano/Valéria, Cabula/Beirú, Itapagipe e Liberdade. Nessa perspectiva, tinha-se como ampliação anual: 162 equipes até **2001** (25% do município) ; para **2002** a proposta era atingir os 45% do município; para **2003** tinha-se como meta os 60% do município; e para **2004**, foi prevista a cobertura de 75% do município (Salvador, 2001).

execução das ações para tal meta não se desenrolava com a mesma clareza e, aos poucos, o PSF foi perdendo a sua amplitude enquanto estratégia...

“Então em 2001, quando a gente fez o projeto, foi uma loucura por que, a gente precisava de uma definição da secretaria sobre o que fazer: onde é que ia se implantar o PSF? E eu me lembro que se levou um ano praticamente fazendo planilha. Assim: se for colocar tantas equipes quanto vai gastar? Onde é que vai se botar? Um dia tinha uma reunião lá no Gabinete aí ia se colocar no Pau da Lima, São Caetano, Valéria e Cabula. Daqui a pouco já não era mais, Pau da Lima já não entrava, já ia ser... Então você não tinha idéia, enquanto técnico, do que ia acontecer. Você não sabia exatamente o que é que a gestão queria. Era tão confuso com a gestão. Se a gestão não tinha se definido, imagine o resto” (Dolores, técnica da SMS).

Em março de **2003** o Ministério da Saúde desenvolveu uma forma de pressionar a expansão do Programa junto às Secretarias Municipais de Saúde: o Programa de Expansão de Saúde da Família²⁷ (PROESF). Com a chegada dos recursos do PROESF em Salvador, acelerou-se a ampliação do PSF para outras áreas de Salvador.

“Salvador estava muito atrasada (...). Em Salvador foi muito tímido. Na verdade, assim, eu acho que Salvador só implantou o PSF por uma pressão. Não se preocupava muito com a questão da mudança do modelo. Isso era muito a nível de discurso. Eu acho que foi mais uma pressão de Brasília, do Ministério. Como é que Salvador tá atrás? E até o próprio prefeito pressionava. Porque isso é uma propaganda” (Dolores, técnica da SMS).

Na verdade, o PSF parecia ser um “objeto de desejo” de vários atores, sendo que para cada um havia uma motivação específica por trás. Mas longe de ser algo fácil, essa

²⁷ O PROESF (Programa de Expansão de Saúde da Família) é uma iniciativa do Ministério da Saúde para consolidação do Saúde da Família que previu investimentos de US\$ 550 milhões até 2009 (50% de empréstimos do Banco Mundial e 50% de contrapartida do governo federal). O PROESF foi dividido em três componentes. O primeiro teve como objetivo a reorganização da atenção básica nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Entre as ações previstas estavam a capacitação dos profissionais, a aquisição de veículos, equipamentos médicos e de suporte, além de reforma e locação de novas unidades de atendimento do PSF. O segundo componente, aberto a todos os municípios que possuem o Programa Saúde da Família implantado, previu a qualificação de recursos humanos para as equipes do PSF em todo o país. Já o terceiro componente do PROESF reforça os sistemas de informação para avaliação e monitoramento das ações na atenção básica promovido pelo Ministério da Saúde começou a ser operacionalizado em julho de 2003 (Brasil, 2007a). Em Salvador, o PROESF foi elaborado pelas coordenações competentes da Secretaria Municipal de Saúde (ASTECS, COAPS/PACS/PSF, CRA, CDRH, COSAM, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário) e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no dia 18/06/2003 (Salvador, 2004).

ampliação (segunda etapa de implantação) se constituiu em meio ao embate de diversas propostas. Enquanto alguns técnicos da Secretaria Municipal de Saúde defendiam a consolidação de modelo baseado nos parâmetros do perfil epidemiológico e social em determinados Distritos Sanitários, por outro lado, algumas prioridades políticas redesenham novos critérios de escolha.

“O projeto de expansão de saúde da família tem na sua base o PROESF, que a gente deveria estar implantando 100% do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, São Caetano-Valéria e Cajazeiras. E depois paulatinamente absorvendo o território” (Patrícia, técnica da SMS).

Mas quando o recurso chegou...

“Só que quando a coisa ‘estourou’, chegou o recurso e tinha que fazer as ampliações, começaram os pedidos políticos. São coisas delicadas, tipo assim: ano difícil, ano de política, então ‘eu tenho que colocar unidade... Eu tenho um valor orçado para fazer uma unidade em Alto de Coutos, mas eu acho que é também ‘bacana’ fazer em Cajazeiras ou fazer em Alto das Pombas’... Então começou a fragmentar...” (Magda, técnica da SMS).

E aos poucos, essas demandas políticas partidárias começaram a fazer parte da estratégia de ampliação do Programa, as quais têm uma lógica própria e uma rede de influencia bem mais institucionalizada do que se imagina:

“Você sabe que Salvador é dividida em Distritos e cada Distrito têm seus vereadores. Tem essa história. Então, se no Distrito X esse vereador estava em alta, então a secretaria vinha nas reuniões ‘olha, agora a gente vai implantar PSF em tal e tal lugar’” (Dolores, técnica da SMS).

E assim o PSF foi sendo ampliado de forma “pulverizada” e desarticulada: em **2003** atingiu o número de 44 equipes e em **2004**, 69 equipes implantadas. Dentre os distritos, o Subúrbio Ferroviário foi de fato o mais privilegiado, mas ainda estava muito abaixo da

meta de 100% de cobertura. A implantação dessas 37 novas equipes²⁸ no Subúrbio deu-se, em parte, pelo critério sócio-epidemiológico, mas também, e sobretudo, pela força política local.

“O Subúrbio não saiu da história por que tinha uma força que era o vice-prefeito Marcos Medrado. A política dele toda era lá no Subúrbio. Ele forçou muito. Teve alguns momentos, eu me lembro, que quando se falava assim: ‘vamos ampliar no subúrbio ou passar pra outro lugar...’. Mas aí ele segurava. Então o vice-prefeito teve um papel fundamental na ampliação do PSF lá no Subúrbio, por que na época quem tinha eleito ele, na verdade, foi o Subúrbio” (Dolores, técnica da SMS).

Mas de uma forma ou de outra, um pouco aqui e outro ali, a implantação do PSF em Salvador perdeu a sua direcionalidade, na medida em que se fragmentou no território, acabou “fatiando” a clientela e impossibilitando a organização da demanda a partir da atenção básica.

“As unidades²⁹ eram, no caso, aqueles postos de saúde antigos e houve uma ampliação para duas equipes, mas não era o bastante. Só que quando o pessoal do PACS chegou pra fazer o mapeamento, pra saber exatamente quantas equipes iam precisar, aí se descobriu que tinha uma média de quatro mil famílias (quando deveria ser mil por equipe). Então o que é que se ia fazer? Era a grande discussão: se implantava as equipes só e deixava o resto dos habitantes ali do lado sem nada, (...) ou se implantava as quatro equipes e aí a população, junto com essas equipes e a secretaria, iam forçar o prefeito a construir outras unidades para desmembrar essas equipes. (...) Então, assim, vamos implantar, aproveitar que existia essa vontade de implantar e a partir daí, a gente vai desmembrar essas equipes. Só que isso levou uma vida, aliás, se não me engano, até hoje essas equipes estão nos mesmos lugares” (Dolores, técnica da SMS).

O que era para ser a porta de entrada do sistema em 2000, se tornou hoje “um beco sem saída”. O que era para ser uma estratégia de ampliação do acesso aos serviços de saúde, agora se mostra como um programa que inclui poucos e exclui muitos:

²⁸ Mesmo com a implantação de mais 23 equipes em 2003 e 14 em 2004, não se atingiu a meta para 2004 de 100% de cobertura do PSF no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário.

²⁹ Aqui se referem às primeiras unidades que foram implantadas em julho de 2000: Unidade de saúde da família de Itacaranha, Alto de Coutos, Alto do Cruzeiro.

“Então nós temos ‘ilhas’, que hoje para gente, eu acho que é essa a maior dificuldade. A comunidade em algumas regiões resiste ao ‘saúde da família’, porque ela acha que a gente tá fechando a demanda, ao invés de dar uma maior acessibilidade.” (Patrícia, técnica da SMS).

“Assim, tinha uma unidade básica de Fazenda Coutos que atendia quase tudo ali. Era a unidade de Fazenda Coutos III. E de repente essa unidade virou um PSF e só atende aquela área adscrita. Toda aquela comunidade que não foi mapeada está solta. E isso aconteceu em várias comunidades. Aí lota Albergaria, lota Paripe, que é uma unidade pequenininha, lota Bariri é que uma unidade também pequena. Então, assim a gente tem 48% de PSF no Subúrbio. Ainda falta 52% do Distrito. Atender essas famílias todas com 4 postos de atenção básica. Não pode dar um bom atendimento, que a gente sabe, quem poderia estar realmente atendendo é uma unidade de PSF, que é mais especializada, que tá junto. É difícil, viu. É muito difícil...” (Magda, técnica da SMS).

2. Treinamento e educação continuada

Paralelo ao processo de implantação das equipes, outro desafio também estava em jogo: a conformação do processo de trabalho das equipes. O primeiro passo nessa direção constitui-se exatamente o treinamento das equipes. Para as 15 equipes selecionadas na primeira fase de implantação (2000 e 2001) foram incorporadas ao Programa enfermeiras do PACS e médicos do quadro interno da Prefeitura. Mesmo contando com a capacidade de desenvolver o trabalho em comunidade de alguns desses, era necessário adequar as capacidades técnicas à proposta do Programa ainda em construção.

“Toda seleção de Salvador que eu acompanhei, eu acho que teve muito critério técnico. Foi uma seleção onde se buscou ver que entendimento as pessoas tinham do PSF. Mas essa seleção inicial, a gente não podia nem cobrar muito isso porque, assim, era muito pouco que se falava de PSF. As pessoas buscavam ler alguma coisa, mas não tinha nada escrito” (Dolores, técnica da SMS).

Naquele momento, o nível central só contava com um corpo técnico restrito, o qual era responsável pelo acompanhamento das equipes de PACS / PSF. Assim, como a implantação do PSF, a preparação das equipes demorou também para ser executada:

“Naquela época o Estado dizia que só podia implantar com o treinamento introdutório. Então a gente se mexeu para a coisa acontecer, queria ver a coisa acontecer porque as equipes que haviam sido selecionadas já estavam agoniadas, o pessoal já tinha passado por toda uma despedida nos Distritos onde eles estavam, já tinha feito festinha de despedida para ir pro treinamento introdutório, e o treinamento introdutório não acontecia. As pessoas iam para casa e na outra segunda-feira voltavam e não acontecia o treinamento por que o Estado desmarcava. Até que chegou um tempo que a gente assumiu e alguns especialistas em PSF se solidarizaram com a gente. Esse treinamento introdutório foi muito bom, por que, assim, houve a participação dos Distritos do Subúrbio, da Coordenação, de técnicos, então as pessoas conseguiram discutir junto com as equipes como é que ia funcionar” (Dolores, técnica da SMS).

Posteriormente, com a implantação das outras equipes, outro aspecto aumentou a dificuldade de realizar os treinamentos introdutórios: a alta rotatividade dos profissionais.

“Então os profissionais das 118 equipes, 8 equipes estão sem treinamento introdutório. A gente conseguiu no final do ano passado fazer planejamento introdutório. Só que assim: a gente tem uma alta rotatividade de profissionais, então a gente não tá conseguindo dar conta disso. A gente tem sorte com alguns profissionais que já tem o treinamento introdutório de outros municípios, e outros não. (...) Mas para a proposta do ‘saúde da família’ em si a gente tem ainda dificuldade de tá atualizando os profissionais substitutos” (Patrícia, técnica da SMS).

Já com relação à educação continuada, os profissionais das equipes do PSF têm feito atualizações nas áreas técnicas: criança, mulher, idoso, adulto. Mesmo assim, no enfrentamento dos problemas de saúde, médicos da USF de Campo Belo ainda têm dúvidas técnicas, que são solucionadas por que os profissionais fazem movimento de buscar respostas:

“Existem instituições encarregadas em discutir tratamento de diabetes, por exemplo, CEDEBA. Então, tem um determinado dia do mês que vai um profissional de nível superior para o CEDEBA para essa finalidade. (...) A nossa dificuldade está no tratamento mesmo, no seguimento. Exames complementares para seguimento da doença, a gente não tem esse momento. Aí o que acontece? Cada um se vira fazendo o que pode. Quem tem seu professor que ficou amigo da época da faculdade, “bate a mão” no telefone e liga. Quem tem médico na família “bate a mão” no telefone e liga. Enfim. A gente vai trocando essas figurinhas dentro da unidade mesmo. Eu conheço “fulaninho”, você conhece “fulaninho”. A gente

resolve aqui dentro, tira as suas dúvidas aqui dentro. È assim que a gente se vira para tudo. Tem alguém que conhece alguém no IPERBA, aí a gente se vira para essas pacientes de pré-natal de risco, gravidez de risco, a gente se vira. Meu pai é pediatra, a mãe de uma médica daqui também é pediatra, aí a gente pode tirar as dúvidas. A gente corre atrás” (Luíza, médica da Unidade de Campo Belo).

Mas quando o profissional não tem um pai médico ou não é tão comprometido a ponto de “correr atrás” da informação desejada ? O que acontece ? Por conta disso, uma das técnicas da Secretaria Municipal de Saúde destaca que é necessário avançar numa proposta educacional, tendo em vista a limitação da formação dos profissionais perante a proposta do PSF:

“Os profissionais vêm de uma formação muito limitada, eles não têm condição de responder toda demanda de atenção básica. Um médico sozinho para todas as áreas? é difícil. A secretaria tem que investir muito nesse profissional. E investir numa coisa permanente, com uma capacitação permanente, organizada, pensada, não uma palestrinha sobre isso, uma palestrinha sobre aquilo, daqui a pouco o profissional está recebendo dez palestras sobre o mesmo tema, sabe ? Essa maluquice toda. Tem que ser uma coisa toda planejada, organizada. Ter um cronograma, uma coisa direitinho, e isso é tão complicado...” (Dolores, técnica da SMS).

3. Organização do trabalho das equipes

A organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família pode ser entendida em dois momentos interdependentes: o do planejamento em saúde e da execução em si das ações. Com relação ao primeiro momento, a estratégia desenvolvida pelo nível central foi incluir oficinas de planejamento local em saúde no treinamento introdutório das equipes. Tal ferramenta, que precede ao próprio Programa, tomou como base os relatórios do SIAB para identificação de problemas do estado de saúde da população e do sistema de saúde, para então definir as estratégias possíveis de enfrentamento. No entanto, a apropriação desse método de trabalho parece ainda algo a ser incorporado na rotina das equipes.

“Planejamento é algo que não existe. Essa oficina de planejamento que a gente faz na unidade é uma farsa, é uma falácia. A gente faz o treinamento, isso começou, diga-se de passagem foi no PACS. Fez, é interessante, entendeu, mas ninguém utiliza aquilo ali para nada. Nem aquilo, nem os dados da PPI, nem os dados da SIAB, nem nada, nem nada. No Distrito se fazia assim: todo mês se pegava alguns indicadores do SIAB, analisava por equipe e na reunião passava pra os gerentes das unidades. Mas a idéia não é essa, não é o Distrito estar avaliando, estar mandando pra eles. Eles tinham que estar fazendo isso, eles tinham que se apropriar de uma coisa que é desenvolvida para eles” (Dolores, técnica da SMS).

Quanto à execução das atividades, a Secretaria Municipal de Saúde vem discutindo e elaborando, junto com os outros níveis do sistema, os protocolos assistenciais de saúde no sentido de promover uma melhor padronização e avaliação das ações, bem como, oferece maior segurança ao profissional no momento da intervenção.

“Os protocolos de assistência estão em larga discussão. A gente teve oficinas com os profissionais para validar o de saúde da criança e o de saúde da mulher. Até mesmo porque existe uma meta pelo PROESP que a gente tem que cumprir a questão dos protocolos de atenção da criança e da mulher. E a gente vem trabalhando com a assessoria do Estado para implantação desses protocolos” (Patrícia, técnica da SMS).

Paralelamente também vêm sendo incorporados programas de qualidade aos serviços...

“Além disso, a gente tá querendo implantar o projeto de avaliação da qualidade do Ministério da Saúde, que tenta trabalhar o que realmente tá travando: é infraestrutura, é material, é o próprio protocolo. Então é o que tá faltando? O município já foi cadastrado desde a semana passada no Ministério da Saúde e vai tentar a partir de março implantar esse projeto de avaliação e melhoria da qualidade, avançando no processo de trabalho das equipes” (Patrícia, técnica da SMS).

4. Como o PSF está situado no sistema municipal de saúde

Hoje a Secretaria Municipal de Saúde tem tido o desafio de estruturar um sistema municipal de saúde para **2.592.239 habitantes** no município de Salvador. A rede SUS (município e estado) representa 43% dos estabelecimentos de saúde registrados, sendo que a sua maioria na atenção básica (centros de saúde/unidades básicas). Até dezembro de

2005, a gestão municipal era responsável por **124 unidades de saúde**, incluindo as 34 unidades de saúde da família e as 15 unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Assim, fica evidente a impossibilidade de responder às necessidades de serviços de saúde³⁰ para toda a população soteropolitana, mesmo contando com a oferta da rede contratada (Salvador, 2006a:50:54).

Com relação aos leitos hospitalares, dos 7.951 registrados 5.748 são destinados para o SUS, sendo que não satisfaz a necessidade, principalmente nos leitos de UTI (Salvador, 2006). Essa situação se agrava com a demanda espontânea vinda constantemente de outros municípios da Região Metropolitana de Salvador e do interior do Estado. Sem falar da distribuição desigual dos serviços de saúde dentro do próprio município: enquanto tem Distrito Sanitário com leitos para as quatro especialidades, outros distritos não tem hospitais e nem maternidades (Salvador, 2006a: 55).

Contrastando com o déficit de disponibilidade da assistência, é interessante notar o excesso de produção de alguns serviços devido à participação da rede privada contratada: oftalmologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia/obstetrícia, pneumologia, gastroenterologia, angiologia e ortorrinolaringologia. Há também uma maior oferta de tomógrafo e ressonância magnética do que a demanda, enquanto há uma carência de aparelhos de Raio X (Salvador, 2006a: 56).

É nesse cenário de desigualdades de oferta por tipo de serviço e por território que o PSF se encontra com tarefa de ser a porta de entrada de um sistema ainda em estruturação. Então várias perguntas surgem: como um programa criado para acompanhamento das

³⁰ Pelos parâmetros Assistenciais do SUS utilizados na Programação Pactuada Integrada (PPI) Salvador necessitaria de 5.184.478 consultas, sendo 3.266.221 básicas, 1.140.585 especializadas, 622.137 de urgências, 155.534 de consultas pré-hospitalar e trauma além de 1.296.120 consultas de odontologia no ano de 2004 (Salvador, 2006a: 50).

famílias pode organizar a demanda para os outros níveis de atenção se ele mesmo na sua implantação, como foi visto acima, é extremamente fragmentado ? Como o PSF pode ser o princípio orientador do sistema se o próprio sistema ainda não oferece as especialidades necessárias por tipo, quantidade e distribuição territorial ?

Com a habilitação do município para a gestão plena do sistema municipal de saúde (GPSMS) em 2006, haverá ampliação da gestão dos serviços para média e alta complexidade, tornando-os mais racionalizados e regionalizados. Mas até o momento, as necessidades de atendimento especializado para as famílias atendidas pelo PSF não estão ainda articuladas com a capacidade de oferta do município.

“Ainda estamos na gestão plena da atenção básica com a perspectiva agora em março de assumir a plena do sistema. Aí eu acredito que vai melhorar bastante. (...) Infelizmente a gente não tem a responsabilidade sobre a média. A gente desconhece o cadastro do convênio do Estado. Com a plena do sistema, tem-se a perspectiva de implantar a central de regulação de marcação de consultas para que consiga organizar esse fluxo do usuário” (Patrícia, técnica da SMS).

Até então, a capacidade de resolutividade do Programa tem se limitado às atividades que as equipes podem oferecer enquanto atenção básica, já que a referência para níveis mais especializados com garantia de atendimento e retorno ainda não está estruturada.

“Em nenhum Distrito Sanitário tem uma contra-referência efetiva. A gente sabe assim que a atenção básica atende, mas quando se precisa de um atendimento mais especializado, se pega aquela ficha de referência que existe, mas a gente sabe que às vezes o paciente roda com aquilo ali, mas não consegue. Acho que a única contra-referência que a gente tem que tá dando certo é o Centro de Referência da Cardio na Amaralina que atende pacientes hipertensos, diabéticos. Tirando esse é muito de aventura mesmo. A gente tem que ter uma garantia, principalmente o Subúrbio. Imagine!! Para o pessoal do Subúrbio tudo tem que ser lá fora. Tem o Hospital Caribé hoje com especialidades em Coutos. E mesmo assim já tá superlotado também. A gente tem que criar estratégia para referenciar o pessoal do Subúrbio” (Magda, técnica da SMS).

É interessante ressaltar que o papel do Programa dentro do sistema de saúde constitui fundamentalmente em acompanhar as famílias da área adstrita, tendo em vista a promoção e prevenção da saúde e a intervenção sobre os problemas dentro da sua capacidade resolutiva. Então, em nenhum momento, o PSF substitui os outros serviços de maior complexidade, mas, em contrapartida, otimiza a disponibilidade dos serviços de saúde na medida em que filtra a demanda dos centros especializados e hospitais. Ou seja: o programa por si só não dá conta das necessidades de saúde da população e o atendimento prestado fica muitas vezes pela metade:

“Hoje, o que acontece é o seguinte: o paciente está sentindo algum tipo de patologia, vem no médico, que solicita um exame, mas o paciente vai se virar para fazer o exame. Ele vai saber que aqui a gente não tem uma informação correta para dar a ele. Aonde ele vai fazer ? (...) Na maioria vai á óbito e não fecha o diagnóstico (Jorge, Auxiliar de Enfermagem da Unidade de Campo Belo).”

“É isso, falta essa referência para o laboratório que atenda, para um atendimento especializado, consulta com o ginecologista que ela precisa. A gente não tem como referenciar. Não tem. A gente faz aquilo que a gente pode fazer: referencia uma gestante de alto risco para um hospital, para o Hiperba, Roberto Santos, mas a gente não sabe até que ponto ela vai ser absorvida. Entendeu ?” (Fernanda, Enfermeira da Unidade Campo Belo)

Os que conseguem o atendimento especializado ou exame pelo SUS precisam investir muita paciência e determinação:

“Eu sinto como se estivesse mandando o paciente para o matadouro. Sei que ele vai dormir na porta de hospital, que vai começar uma luta que eu não tenho como ajudar. Eu não tenho como interferir. Ele vai dormir em porta de hospital, ele vai lutar para fazer cartão, os ambulatorios dos hospitais são lotados. Ele só vai conseguir marcar uma consulta depois de não sei quantos dias de batalha para não sei quantos meses. A realidade é essa. Na minha visão falta no PSF é essa capacidade da gente encaminhar os pacientes aqui dentro mesmo do nosso sistema.” (Luíza, médica da Unidade de Campo Belo).

Vale colocar também que algumas iniciativas foram tomadas pela Secretaria Municipal de Saúde no sentido de minimizar essas debilidades do Sistema de Saúde Municipal, tais como a habilitação para a GPSMS, como já foi mencionado acima, e a implantação do Cartão Nacional de Saúde - SUS³¹, o qual ainda está em fase experimental através de um projeto piloto.

5. As Formas de Gestão e Supervisão das ESF

No entanto, a forma de implantação e expansão das equipes não foi o único desafio identificado pelos informantes na consolidação do PSF. Muito além disso, tem-se defrontado também com a dificuldade de se formatar um processo de gestão das unidades. Em 2002 foram criados dois mecanismos: 1 - as **Comissões Gerenciais** nas unidades de saúde da família que constituíam de um grupo de 4 profissionais das próprias equipes que assumem a gerência num sistema de revezamento de 4 em 4 meses. Essas comissões vigoraram até o primeiro semestre de 2006; e 2 – a **Equipe de Supervisão Técnica** das equipes de saúde da família formada por 12 supervisoras³² diretamente vinculada com a

³¹ O Cartão Nacional da Saúde é um documento de identificação pessoal, com nome, data de nascimento, sexo e município de residência do cliente do Sistema Único de Saúde - SUS. O número do cartão magnético terá o mesmo número do PIS/PASEP e, por ser um sistema informatizado, vai possibilitar a vinculação dos procedimentos realizados pelo SUS ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O objetivo deste projeto é facilitar o atendimento da clientela do SUS, possibilitando uma identificação mais rápida do paciente. Além disso, o projeto permite também, o controle dos gastos do SUS e o combate às possíveis fraudes cometidas contra o Sistema, já que as unidades de saúde estarão interligadas *on line*. O Cartão Nacional da Saúde traz à população outros benefícios, como marcação de consultas e exames de forma mais fácil e automatizada, melhor acesso dos pacientes aos medicamentos fornecidos pela rede do SUS, acompanhamento mais eficiente dos pacientes pelos profissionais e avaliação dos serviços prestados na unidade de saúde. Em um primeiro momento, 13 milhões de pessoas dos 44 municípios brasileiros que fazem parte do projeto-piloto serão beneficiadas (Brasil, 2007b).

³² Das 12 supervisoras, 10 ficaram responsáveis pela supervisão operacional do PACS / PSF e 02 inseridas no Núcleo de Capacitação. Essa equipe desenvolveu um projeto de supervisão das ESF em oito áreas temáticas: acolhimento das ESF, territorialização, planejamento, educação em saúde, procedimentos técnicos, comissão gerencial, SIAB e avaliação das ESF (Salvador, 2004).

sub-coordenação do PACS / PSF³³ no nível central, mas com a responsabilidade de supervisionar as equipes e dar suporte às comissões gerenciais e aos Distritos Sanitários. Esse grupo técnico de especialistas em saúde da família tinha um papel diferenciado por não se limitar meramente à fiscalizar ou acompanhar os recursos humanos e materiais. Na realidade, a proposta consistia em desenvolver uma atividade mais voltada para o “monitoramento, reflexão, avaliação e construção de práticas de saúde transformadoras” junto aos profissionais do PSF (Salvador, 2004:11).

“Com a chegada da idealização da supervisão, foi mais ou menos isso, que o supervisor, ele viesse para construir junto com as equipes. Era uma pessoa, seria um facilitador, assim, uma pessoa para estar vendo com as equipes. A questão de ver junto e não aquela pessoa que estaria ali para coagir, mas para estar realmente dando um suporte, seria um apoiador, na verdade (...). Então assim, você se discutia tudo. Por exemplo, a gente queria discutir como era a questão das transferências, então se fazia um grupo de trabalho com três, que iam pensar. As outras três iam pensar outra coisa, não sei o que, já outras três iam pensar um treinamento introdutório que estava acontecendo. Aí no final, a gente se reunia e otimizava o tempo, sabe. Era muita ação. Foi a primeira vez que eu me senti trabalhando numa equipe. Foi uma experiência maravilhosa” (Dolores, técnica da SMS).

No entanto, com a mudança da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (2005) esses dois mecanismos gerenciais foram substituídos: 1 - a equipe de supervisão foi extinta e o acompanhamento das ESF passou a ser um papel da **coordenação do Distrito**; 2 - em julho de 2005 a **gerência** da unidade de saúde da família começou a ser implantada, assumindo a função das comissões gerenciais.

Mas como todo processo administrativo, essa reestruturação também levou tempo para se institucionalizar. E foi nesse lapso de tempo (julho de 2005 a setembro de 2006³⁴) quando eu estava em campo, encontrei tal cenário: uma comissão gerencial ainda em

³³ Essa é uma sub-coordenação vinculada à Coordenadoria de Atenção e Promoção da Saúde.

³⁴ Esse lapso de tempo se refere à unidade onde eu acompanhei a equipe. Em outras unidades, os gerentes foram nomeados um pouco antes.

atuação na unidade, mas sem o suporte técnico da equipe de supervisão já extinta, e uma coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário sem condições de acompanhar em “locus” a rotina das 51 equipes sob a sua responsabilidade.

“Só que aí, tirou as supervisoras com a intenção de que colocaria os gerentes nas unidades. (...) Mas, algumas unidades da gente já têm gerentes. Eles estão sendo selecionados por currículo, por isso tá demorando até. Estão esperando publicar no diário oficial. Então no Subúrbio já tem gerência em Fazenda Coutos III, Nova Constituinte, Beira Mangue e Boa Vista do Lobato. São 4 unidades do PSF com gerente. Mas ainda faltam 12.” (Magda, técnica da SMS).

E a equipe no nível central, com 5 técnicos após a reestruturação, tinha menos disponibilidade ainda de supervisionar as equipes.

“Na segunda-feira, dia 30, foram implantadas mais 4 equipes na Fazenda Grande I. Então estamos com 35 unidades com saúde da família e são 118 equipes de saúde da família e 43 de PACS. Dão quase 3.000 e poucos funcionários. A gente vem lutando para que os distritos sanitários assumam cada vez mais” (Silvana, técnica da SMS).

Mas o que levou de fato à extinção uma Equipe de Supervisão altamente qualificada já que é notória a impossibilidade do nível central e do distrito em acompanhar as equipes ? Como todas as práticas de saúde são também práticas sociais inseridas numa rede de poder institucionalizado ou não, destacou-se então **3 níveis de disputa de poder** que levaram, de uma forma ou de outra, ao esfacelamento dessa forma de gestão e supervisão das unidades:

I – Disputa de poder entre os membros das comissões gerenciais nas unidades:

“A maioria tem hoje comissão gerencial, é uma situação delicada. Na verdade, não existe, porque colega não gerencia colega, colega não dá falta em colega. (...) Eles não conseguem ter uma hierarquia. E os que tentam ter, são perseguidos. (...) Eles trabalham mais na linha assim: ou que o colega vai beneficiar, para uma situação que ele deseja, ou que o colega vai perseguir, colocando falta. Então hoje tem muita gente descontente com a questão da comissão” (Magda, técnica da SMS).

II – Disputa de poder entre a Equipe de Supervisão e as Gerências dos Distritos

Sanitários:

“A Supervisão (a equipe de supervisores) estava acontecendo muito paralelamente ao Distrito. Então o Distrito às vezes queria assumir e dizia que a Supervisão passava por cima, alguma coisa desse tipo. Mas tudo que tinha para resolver, para dar uma palavra final, para tomar uma decisão, fechar unidade, não fecha unidade, coisas do dia-a-dia, eles jogavam em cima da Supervisão. Mas ao mesmo tempo eles cobravam que a Supervisão tomasse a frente. Então, assim, tinha um certo jogo nessa história toda. Na verdade, eu acho que os Distritos não tinham muito a concepção do PSF. Os profissionais que estavam lá, conheciam muito superficialmente por esse troca-troca de coordenação. As pessoas chegam novas e não sentem muito à vontade de estar tête-à-tête com o profissional. Então é muito mais tranquilo para eles terem uma pessoa, uma supervisora, para estar fazendo essa mediação. Só que aí quando se pensou na ampliação da supervisão, houve uma reunião para se discutir isso. Aí no final do encontro alguns Distritos se colocaram e achavam que estava na hora do Distrito assumir a supervisão. E a Equipe de Supervisão terminou... Foi o tipo de coisa que só acontece na secretaria. Assim, foi uma reunião para se expandir a supervisão. Sabe, todo mundo quis assumir a coisa bonita, legal, tal e tal... E acabou com Supervisão (a equipe). Então para os supervisores foi um processo muito difícil, assim, muita gente adoeceu, entrou mesmo em depressão, ficou triste, se chateou. Não foi fácil, não. Foi um processo muito difícil. E a equipe se esfacelou. Assim, se tinha no nível central uma equipe realmente.” (Dolores, técnica da SMS).

III – Disputa de poder entre a Secretaria Municipal de Saúde e a REAL Sociedade

Espanhola:

“Para você ter idéia, se tinha uma equipe altamente qualificada, mas entendo até que lógica da contratação dessas pessoas não era uma lógica certa. Os supervisores recebiam pela REAL Sociedade Espanhola, mas tinham uma vinculação no nível central. (...) A lógica a partir de julho (2005) é implantar a gerência e tá trabalhando mais em função dos distritos sanitários para que esses possam ir rearrumando a casa, é um processo..., porque os distritos não estão com as equipes fortalecidas (...) É determinação da gestão que se veja ‘o saúde da família’ como algo público”. (Patrícia, técnica da SMS).

Em todas as suas 3 instâncias, havia um ator decisivo que intervinha nas relações entre as equipes de saúde, os supervisores, as coordenações dos Distritos Sanitários com a Secretaria Municipal de Saúde: o setor privado representado na figura da REAL Sociedade Espanhola.

6 – PSF como público ou privado: eis a questão ?

As primeiras equipes do PSF em 2000 foram identificadas a partir de uma seleção interna da Secretaria Municipal de Saúde para profissionais que já faziam parte do quadro da Prefeitura. Como eles já eram funcionários, havia apenas uma complementação salarial para atingir o teto do PSF em forma de bolsa através da FAPEX³⁵ (Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão). O papel dessa fundação era meramente administrativo no repasse da diferença salarial. Até então a Secretaria Municipal de Saúde tinha total controle sobre a gestão do Programa.

Com a ampliação dos PSF e a necessidade de inclusão de novos profissionais que não faziam parte do quadro da Prefeitura, fez-se uma licitação para ver qual empresa privada estaria acompanhando a expansão do Programa no município. Foi nesse momento que a REAL Sociedade Espanhola entrou na cena. De 2002 a 2006³⁶ ela passou a ser a única prestadora de serviços que tinha, e ainda tem, a função de efetuar os contratos com profissionais para o PSF. Muito além do trabalho meramente administrativo, nesses 4 anos de monopólio, a REAL Sociedade Espanhola se apropriou do processo de gestão do Programa nas suas mais diversas etapas:

I - Na seleção do Pessoal:

“A SESAB ainda acompanhou um tempo essa seleção, aí depois acho que o pessoal da secretaria tinha todo *know-how* e aí disse que não precisava mais do Estado e tal. E tocou a seleção. Até que a Real assumiu realmente a seleção. Agora assumiu assim: a primeira seleção, né, a secretaria garantiu que todo corpo de entrevistador fosse da secretaria. Mas na última que eu participei (2002) já tinha uma equipe, uma

³⁵ A FAPEX é uma instituição de Direito Privado, sem fins lucrativos, que tem a missão de apoiar as atividades de ensino, Pesquisa e Extensão desenvolvidas prioritariamente pela UFBA ou por qualquer outra Instituição de Ensino Superior. O Estatuto da Fundação prevê ainda o desenvolvimento científico, tecnológico e cultural da Bahia e do Nordeste, prestando serviços como assistência técnica e consultoria (Bahia, 2007).

³⁶ A partir de 2006 outras terceirizadas passaram a contratar os profissionais, tais como Monte Tabor e das Obras Sociais Irmã Dulce.

banca, que era a banca da Real. Ninguém conhecia quem eram essas pessoas. E que foi a tal da banca que entrevistou e selecionou os profissionais” (Dolores, técnica da SMS).

“Eles têm um cadastro de reserva. Eles receberam currículos e colocaram, até mesmo antes de firmar o convênio, receberam currículos. Eles colocaram uma nota no jornal durante 8 dias pedindo auxiliar administrativo, motorista, dentista. Realmente colocaram essa nota já para encaminhar os currículos para o Jornal “A Tarde”. Eles vão estar aplicando prova e entrevista. Agora para médico e enfermeira, a gente quer que haja também seleção. A gente teve uma reunião na semana passada, solicitando que houvesse, tanto para médico como para enfermeiro, uma seleção, que saísse um edital, tudo direitinho...” (Silvana, técnica da SMS).

II – No processo de Trabalho das equipes:

“Os fluxos passavam da unidade direto para o nível central e faziam essa articulação pela REAL Sociedade Espanhola. E ainda havia uma segunda via que era a REAL Sociedade Espanhola. Ela tinha total interferência nas relações trabalhistas de entrar na unidade, trocar profissional, fazer transferência” (Patrícia, técnica da SMS).

“Os profissionais, o pessoal do nível central, as supervisoras: o discurso todo é que a Real é quem tinha que gerir, é quem tinha que dar as ordens, entendeu? É a Real que ia lá fazer supervisão, é a Real que ia lá discutir algumas coisas, sabe” (Dolores, técnica da SMS).

III – Na representação no PSF de Salvador perante as outras instâncias de poder:

“Mas eu lembro que teve um congresso, Amostra Nacional do PSF. Aí foi o pessoal de Salvador e a Real foi também. O pessoal da Real foi pro congresso e se colocava como gestor, querendo participar das discussões das mesas com o Ministério como se fosse representante de Salvador. Aí toda idéia que tinha em Brasília era que o PSF em Salvador era da Real, e não era da Secretaria. Aí foi que o Ministério mandou assessores pra cá. Acho que tiveram contato com a Secretária e fizeram entender que não é por aí, que eles não iam mandar mais dinheiro pra Salvador, que eles discordavam” (Dolores, técnica da SMS).

IV – E na representação do PSF junto às equipes, gerando uma falsa identidade dos profissionais:

“Nesse tempo (2002, 2003) houve uma mudança de percepção das coisas tão grande que eu fiquei assustada. Num encontro no Subúrbio as pessoas se colocavam como se fossem funcionárias da Real Sociedade, sabe, como se ninguém tivesse vínculo com a secretaria. O vínculo não era com o SUS, era com a Real Sociedade” (Silvana, técnica da SMS).

Embora a REAL Sociedade Espanhola tivesse o papel de agilizar a prestação de serviços, na realidade a intermediação de um terceiro acabou dificultando as formas de repasse dos recursos do sistema público de saúde, comprometendo, assim, o andamento do Programa.

“A gente verificou que a terceirização de certa forma era uma ... Tinha algumas deficiências, principalmente em termos de recursos. A gente não sabia. Atestava-se notas, faturas sem ter uma idéia do que se estava faturando.” (Silvana, técnica da SMS).

“Eu acho que a REAL Sociedade Espanhola era parceira da outra gestão (Prefeito Antonio Imbassay). E quando entrou essa gestão agora e foram verificar os dados, eles foram achar os dados exorbitantes. Como nós profissionais tínhamos dados de profissionais de outros estados que ganhavam o dobro nosso. E o que é passado para os outros estados é o mesmo que é passado para Salvador. (...) A gente tinha o contra-cheque em mão de um profissional de outro estado e levamos para eles. E quando eles foram realmente examinar, era verdade. O médico na época ganhava aqui 3 mil e poucos reais e em São Paulo ganhava 7 mil reais. Era uma disparidade muito grande. O Auxiliar de Enfermagem ganhava 500 e em São Paulo ganhava 1.500,00” (Ricardo, membro da comissão das ESF).

No entanto, essa permeabilidade do setor público às estratégias de poder do setor privado só foi possível pela facilitação de gestores e de alguns técnicos da própria Secretaria, permitindo o tráfico de interesses.

“Aí depois eu fui perceber: quem estava na coordenação na época, que estava acompanhando lá e tal, tinha esse discurso muito forte, inclusive, apesar de ela receber pela secretaria, ela se sentia Real também. Ela recebia, ela era cargo de confiança da secretaria, mas ela se sentia Real também, tanto que ela foi pra Real. Está lá na Real. Ela fortaleceu a idéia da Real, porque eu acho que a idéia dela era voltar pra Real e aí ter o poder de ficar com a gestão do PSF lá na Real” (Silvana, técnica da SMS).

E fica bem claro então que os interesses da empresa terceirizada não fomentam a construção de um modelo de atenção do SUS, mas baseados na lógica da venda e compra de serviços para o setor público.

“Historicamente a gente viu que o serviço privado tinha uma grande fatia que era no serviço público hospitalar. Ele vem perdendo um pouco essa força e eles descobriram ‘uma grande galinha dos ovos de ouro’ que é a atenção básica. Eles

sabem hoje que o Ministério tem recursos e que o município tem disponibilidade de orçamento anual. Eu vejo assim: a rede privada filantrópica vem observando isso como ... ‘Olha, aqui é um bom local para a gente tá revertendo à situação que anteriormente era passado diretamente do Ministério, do Estado para essas entidades e eles vêm à atenção básica como grande fatia de mercado’. Isso tá bem claro na minha cabeça, bem claro mesmo” (Patrícia, técnica da SMS).

7 – O SUS é Nosso !!!

Perante essa rede de inter-relações que se constituiu entre o público e privado na Secretaria Municipal de Saúde, a gestão atual (2005 – 2008) vem tentando desenvolver instrumentos para retomada da condução do que é, por direito, um patrimônio público. Para tanto, implantou-se as gerências nas unidades de saúde da família como cargos de confiança da Secretaria Municipal de Saúde. Paralelamente, houve a revisão do contrato com a terceirizada e do seu papel no sistema de saúde municipal.

Mas essa re-apropriação tem se dado em meio à disputa, à correlação de forças, gerando, por sua vez, desgastes entre os técnicos e as terceirizadas, o gestor e os profissionais, os profissionais e os usuários.

“A empresa não admite só a contratação de serviços. Então o que a gente observa, os técnicos, é que ela quer ter gerência sobre essas unidades. Eu acho que é um desgaste diário, diário. Hoje com a REAL Sociedade Espanhola a gente consegue dá uma freada. A partir do momento que a coordenação de Recursos Humanos segura um pouco, tenta fortalecer os distritos, ‘olhe, isso aqui é de vocês’, ‘vocês tem que saber o que a unidade precisa’. A partir do momento que o secretário diz que ‘vamos implantar gerência’ e gerência é cargo de confiança do gestor. Então a secretaria tem o tempo todo o discurso ‘essa unidade é nossa’. E vem tentando dizer para REAL Sociedade Espanhola assim: ‘Esse pedaço aqui é nosso. Nós estamos pagando a vocês. É um contrato’ ” (Silvana, técnica da SMS).

Hoje a forma de contratação dos profissionais do PSF é pela empresa terceirizada. E não me refiro só a REAL Sociedade Espanhola. Desde o início de 2006, outras empresas também vêm participando como mediadora: Obras Sociais de Irmã Dulce e Monte Tabor.

“Com relação às outras duas terceirizadas que vão entrando agora, já estamos tentando já começar nesse formato para evitar o que ocorreu com a REAL

Sociedade Espanhola. Virou uma bola de neve. Os profissionais tinham crises de identidade. Acho que ainda tem um pouco. Mas o tempo todo a gente está falando ‘olha, vocês são servidores do SUS’ ” (Patrícia, técnica da SMS).

No entanto, o discurso só não é suficiente. É necessário um investimento em estratégias de “proteção” do SUS contra a exploração da iniciativa privada. Uma possibilidade seria a admissão direta do profissional por contrato temporário através da própria Secretaria de Administração da Prefeitura. Mas há um impedimento legal (Lei de Responsabilidade Fiscal) que limita os gastos com recursos humanos em 60% do orçamento municipal. Entretanto, o meio ideal para vinculação desses profissionais continua sendo o concurso público, garantindo a permanência e valorização do pessoal das equipes de saúde da família.

“O primeiro ponto vai ser a questão dos recursos humanos. A gente definindo que saúde da família vai ser servidor público, não vai está de hipótese alguma tirando os servidores públicos de uma unidade e colocando em outra. Vai ser um concurso, vai ter lisura nessa seleção. Acho que assim a Secretaria como um todo e as outras coordenações, não só a Assistência, veriam o ‘saúde da família’ como algo que é público também e que é não terceirizado. Acho que aí a gente consegue avançar. Ainda eu acho que podemos colocar o ‘saúde da família’ como uma estratégia reestruturante mesmo do modelo” (Patrícia, técnica da SMS).

No entanto, o concurso público para os profissionais do PSF só será atrativo para 40 horas semanais, principalmente para a categoria médica, após a elaboração de um Plano de Cargos e Salários, caso contrário, o salário ficará muito abaixo do que é hoje oferecido pelo Município para as equipes.

“A meta obviamente é o concurso publico, agora não é fácil realizar. O Prefeito autorizou o concurso publico, agora não esqueçamos que o PSF tem uma questão específica. Ou se resolve a questão do Plano de Cargos e Salários, como pagar o profissional do PSF ou se realiza concurso para receber 700 ou 800 reais. Os estudos de Plano de Cargos e Salários estão sendo feitos, tem condições, os sindicatos estão participando. Então isso vai ser resolvido, no meu modo de entender, eu vou ser bem sincera, a médio e longo prazo. Então é um processo, nós estamos avançando, e vamos avançar. A meta da administração é terminar com tudo isso resolvido” (Ana Teresa, Sub-secretária da SMS numa reunião do CMS)

8. A paralisação das equipes de saúde da família

Com foi descrito acima, o PSF sobrevive em meio a toda uma instabilidade, tanto do vínculo dos profissionais com a Secretaria Municipal de Saúde e com a REAL Sociedade Espanhola, como também, da conformação do processo de trabalho das equipes. Sem falar da relação de desgaste da Prefeitura com as terceirizadas.

Mas os profissionais também têm elaborado suas estratégias de enfrentamento junto a outros atores. O que eu vou retratar aqui é uma das estratégias que vem sendo sustentada pela categoria: as paralisações que ocorreram em janeiro, setembro e outubro de 2006.

No dia 14 de janeiro de 2006, sábado, o jornal “A Tarde” noticiou o início da primeira paralisação do PSF em Salvador: “Servidores do Saúde da Família cruzam os braços”. Após a assembléia dos profissionais das equipes de saúde da família no dia 13 de janeiro, a paralisação das 118 equipes de saúde da família foi deflagrada ao meio-dia.

A greve de 6 dias foi motivada pelos subseqüentes atrasos salariais nos últimos 7 meses, sendo que a liberação do salário no mês de janeiro demorou 2 semanas.

“Dessa última vez demorou 14 dias. Quase 2 semanas, entendeu ? Aliás 2 semanas. Foram 7 meses atrasando. Até o último atraso, o pessoal não agüentou mais. Tinha feito a primeira mobilização, mas não chegou a decidir greve. Isso foi mais ou menos entre agosto e novembro. Por aí. Com 7 meses de atraso o pessoal começou a ficar com raiva, porque ninguém ia lá para dar uma satisfação para eles. Só tocam o serviço, tocam o serviço. REAL Sociedade Espanhola também não se preocupa muito com isso. Aí, o que acontece ? Quando chegou no mês passado (janeiro) foi a gota d’água. Atrasou de novo. (...) Até que a turma não agüentou mais. Teve que fazer a greve” (Antoniél, Representante do SINDMED).

Os constantes atrasos sinalizavam o desgaste entre a Secretaria Municipal de Saúde e a REAL Sociedade Espanhola. Inicialmente parecia ser uma discordância na forma de repasse do dinheiro.

“Foram 7 meses de atraso salarial. Então eles começam a atrasar e começam a colocar a justificativa entre o esquema da Secretaria da Fazenda, Secretaria Municipal de saúde e REAL Sociedade Espanhola. Aí os funcionários perguntavam para SMS, aí a SMS passou o dinheiro para REAL Sociedade Espanhola. REAL Sociedade Espanhola diz que não recebeu. A Secretaria da Fazenda que diz que passou. O outro diz que não passou. Aí fica essa confusão. O que aconteceu esse tempo todo foi isso” (Ricardo, membro da comissão das ESF).

Mas com o tempo os motivos que levaram a essa “confusão” se tornaram mais claros para mim e foram assumindo diversos sentidos. O mais destacado naquele momento pelos informantes foi a mudança do tipo de relação da prestadora de serviço com a Secretaria Municipal de Saúde. Durante a gestão anterior da Secretaria³⁷, a REAL Sociedade Espanhola tinha uma relação de parceria. Mesmo que a SMS atrasasse o repasse, a terceirizada pagava os funcionários.

“Cheguei ainda na gestão passada no final. A REAL Sociedade Espanhola é uma empresa que abraçava o sistema. Era a **mãe do sistema do PSF** na gestão de Imbassay. Respondia por tudo em termos de infra-estrutura. Desde a construção até manutenção. Eu acho que a REAL Sociedade Espanhola era parceira da outra gestão. E quando entrou essa gestão agora e foram verificar os dados, eles foram achar os dados exorbitantes. Foi passado para a gente que as notas de aparelhos para estruturar as unidades eram superfaturadas. E a gestão atual começou a fazer esses cortes com a REAL. E diminuíram esse poder da REAL Sociedade Espanhola. Com isso a REAL Sociedade Espanhola se sentiu impotente. Com certeza, não adquirindo o lucro que eles adquiriram antes, o contrato deles está chegando no fim em Agosto de 2006. E começaram a entrar na discórdia. E o que a gente ficou sabendo que se tivesse um atraso na outra gestão, a Real cobria. Que o governo passava 1 a 3 meses de atraso. Tanto assim que a gestão nova assumiu em janeiro do ano de 2005 e a REAL Sociedade Espanhola continuou mantendo até o mês de abril. Mas o salário de maio atrasou.” (Ricardo, membro da comissão ESF).

Mas ao longo das paralisações subseqüentes (agosto, setembro, outubro), um outro sentido dessa “confusão” foi emergindo: a complexa composição do Governo de João

³⁷ A gestão da Prefeitura liderada por Antônio Imbassay, que por sua vez, fazia parte até então do grupo político de Antônio Carlos Magalhães (PFL) e teve dois mandatos (1997 – 2000, 2001 – 2004).

Henrique. Para concorrer com o Carlismo nas eleições para Prefeito em 2004, o candidato do PDT agregou diversos partidos³⁸ ao seu governo .

“O governo de João Henrique é uma “colcha de retalhos”, é uma ampla frente partidária. Mas bote ampla nisso... E mesmo seguimentos do governo de outras facções fazem de tudo para implodir o próprio Secretário de Saúde, porque tem interesse no cargo para fazer tráfico de influência como sempre fizeram na gestão passada, etc e etc. Entendeu?” (Ricardo, membro da comissão das ESF).

O que hoje (até outubro, vésperas de eleição estadual 2006) se percebe é uma tensão de forças entre as secretarias, uma Prefeitura com sérios problemas financeiros e com dificuldades em honrar os seus compromissos com os prestadores de serviço, inclusive com a REAL Sociedade Espanhola.

“O atual secretário da Fazenda é uma pessoa muito clara e objetiva. Sem ardeios, sem esconder o jogo. Ele disse: ‘Para mim, que sou Secretário da Fazenda, é prioridade saúde e educação, mas outras áreas estão sendo priorizadas. Nesse momento a verba está sendo usada para questões políticas’. Aí fica sem pagar (a Real, no caso). Ele falou isso com todas as letras na presença de todo mundo, na frente da comunidade, das entidades de classe, do Secretário de Governo e Secretário de Saúde. E ainda disse também que a Prefeitura está falida e que o nosso movimento estava de parabéns, por que se não fosse a nossa mobilização, nós estaríamos igual às outras terceirizadas que têm 3 a 4 meses de salário atrasado.” (Ricardo, membro da comissão das ESF, se referindo à audiência durante a paralisação em setembro/06).

Um mês depois desse encontro o Secretário da Fazenda pediu demissão e concedeu entrevista ao Jornal “A Tarde” (14/10/06), revelando sua preocupação com o uso do fundo de reserva do décimo-terceiro dos servidores da prefeitura para atender “outras” demandas da gestão. Sendo esse fato verdade ou não, de qualquer maneira o PSF parece estar em meio a uma turbulência. Como a própria Secretaria Municipal de Saúde é responsável por

³⁸ João Henrique do PDT venceu a eleição no dia 31/10/2004 para prefeito no segundo turno com 74,69% dos votos válidos (876.278), derrotando César Borges do PFL, que recebeu 25,31%. Com a coligação chamada “Salvador no Coração”, João Henrique contou com o apoio de Marcelo Guimarães PSDB como vice e de outros partidos PDT, PSDB, PSL, PSC, PMN e Prona.

boa parte do financiamento do PSF, a garantia da continuidade do Programa depende do apoio e o entendimento dos outros segmentos da Prefeitura.

“80% do Programa é bancado pela Secretaria Municipal, ou seja, pela “fonte 00”, porque nós temos poucas equipes em termos de cobertura global do município. Nós temos repassado tudo isso e dado a nossa contribuição à Secretaria da Fazenda para garantir a continuidade desse Programa, que não é fácil!. Eu dizia ao Secretário da Fazenda que é um Programa que tem um custo elevado, mas que tem um custo-benefício que vai beneficiar a médio e longo prazo a população. Agora que é necessário o investimento. Salvador é a terceira maior cidade e é a pior arrecadação do país. Com isso, nós estamos tendo essa dificuldade no momento” (Ana Teresa, Sub-secretária da SMS numa reunião do CMS).

8.1. A greve como cena

8.1.1. Paralisação das ESF em janeiro (13/01 a 19/01/06): o início da mobilização da categoria

A paralisação foi liderada pelo Sindicato dos Médicos da Bahia (SINDMED) e o Sindicato de Profissionais de Saúde da Bahia (Sindsaúde), além de contar com uma comissão formada de profissionais das equipes de saúde da família. Já os ACSs não aderiram à greve, por que o sindicato que os representa não apoiou o movimento, embora muitos dos ACSs participassem das assembleias e das passeatas.

Logo após ter sido deflagrada a greve no dia 13/01/06, a categoria representada pelo SINDMED, e a comissão das ESF tiveram uma reunião às 16 horas com o próprio Prefeito João Henrique, o então Secretário da Fazenda, a Sub-secretária da Secretaria Municipal de Saúde, o Procurador Geral do Município Pedro Guerra e ainda a Vereadora Antônia (PCdoB). Nesse momento a categoria cobrou do Prefeito o cumprimento das promessas que foram feitas em encontros anteriores quanto à regularização dos atrasos. Mas não adiantou... Na segunda-feira seguinte, dia 16/01, o salário ainda não tinha sido liberado. Com isso, a assembleia nesse mesmo dia decidiu pela continuidade da greve.

Até aquele momento o movimento tinha o apoio de toda a categoria, inclusive da unidade de Campo Belo. Na sexta-feira (13/01) ela estava em pleno funcionamento. Houve atendimento das famílias e uma Caminhada com os jovens da comunidade. Embora todas as outras unidades do Distrito do Subúrbio Ferroviário tivessem assumido a greve, na segunda-feira seguinte (15/01) a referida unidade ainda manteve 30% do seu funcionamento.

“Tivemos uma reunião antes da greve e decidimos que teríamos a questão dos 30%. Inclusive eu coloquei isso no dia da assembléia, que eu era a favor da greve sim, por tudo que a gente tava reivindicando, mas era contra que fechasse totalmente as unidades porque a comunidade não tinha nada haver. Não era culpa da comunidade. Deveria ter no mínimo 30%, ter alguns profissionais, para dar toda a orientação, toda explicação. A gente demorou muito tempo para a comunidade confiar na gente. Muito tempo, muito tempo. De repente a gente pára sem nenhuma explicação? Na segunda-feira funcionou aqui com 30%. Tinha uma equipe mínima: tinha um médico, tinha um enfermeiro, 2 auxiliares, tinha ACD, odonto. Tinha tudo aqui. E eu coloquei isso por conta da questão dos 30% e fui vaiada. A minha proposta nem foi votada na assembléia” (Fernanda, enfermeira da Unidade de Campo Belo).

Posteriormente, os profissionais da unidade de Campo Belo acabaram aderindo a greve devido à pressão do movimento e a intervenção de um dos profissionais da unidade, o qual relatou a adesão parcial dos seus colegas em plena assembléia. Tal episódio desencadeou uma dinâmica especial na unidade, a qual irei relatar no capítulo III. Voltando ao movimento... Na quarta-feira, dia 18/01, o movimento já tinha a adesão de quase 100% da categoria.

A assembléia do dia 18/01 foi um dos pontos altos do movimento. Estava programada para começar às 8:00, mas começou de fato às 9:00. O auditório estava lotado quando eu entrei. Havia em torno de 400 pessoas na plenária, a qual estava formada, na sua grande maioria, por mulheres. O coordenador da mesa, representante do SINDMED, iniciou a assembléia com uma chamada por cada equipe do PSF. E a cada nome que ele

dizia, os receptivos representantes gritavam, batiam palmas, levantavam a mão. E nesse clima de euforia, a assembléia tinha a princípio o objetivo de discutir e avaliar a paralisação das equipes de saúde da família, mas se tornou aos poucos um grande palco de denúncias e queixas dos profissionais das ESF com relação a situação do PSF em Salvador. A plenária passou a ser um espaço de vocalização dos agentes da prática de saúde do Programa. Eles, de fato, subiram ao palco, pegaram o microfone e se permitiram falar. Muitos num tom mais tímido, apenas relatando o que estava acontecendo na sua unidade, e outros mais agressivos e mais retóricos, criticaram duramente a atual gestão da Secretaria de Saúde pela terceirização da assistência. Outros ainda colocaram no centro da sua crítica a REAL Sociedade Espanhola, apontando essa como a principal responsável pelo atraso do pagamento. Essa cena foi para mim como um presente, pois pude ver, ao vivo e de uma só vez, o outro lado do PSF. Refiro-me não só aos problemas enfrentados, mas também as diversas percepções que os agentes da práxis tinha do Programa e da forma como o PSF estava sendo conduzido. Tudo emergiu de uma só vez. Foram pronunciadas as palavras como: mais união; a força da luta; aglutinar forças; 100% de adesão; “minha unidade está toda parada!!!”; a sessão cheia vinculada à falta de dinheiro no bolso; o apoio dos ACS à greve e o problema da representação política dos ACSs no movimento (o próprio Sindicato dos ACS - SINDACS parece não sustentar as reivindicações da categoria); respaldo da comunidade; a garantia das condições de trabalho e melhoria da assistência como objetivos da paralisação; vulnerabilidade dos profissionais do Programa; críticas ao modelo de gestão terceirizada; o silêncio da Prefeitura em torno da questão da falta de pagamento (jogo de “empurra-empurra” entre a REAL Sociedade Espanhola e Secretaria Municipal de Saúde). Bom, também pude identificar a participação de outros diversos atores além dos membros das equipes de saúde da família:

1 – Antoniel, coordenador da mesa, representante do SINDMED: Segundo ele, a coordenação do movimento só fez senão sustentar a posição da categoria, se defendendo assim da acusação de que o movimento estaria sendo politizado e de que estaria dando argumento aos movimentos monetaristas da própria Prefeitura que não apóiam o PSF. Ao contrário, a expectativa do movimento é que a Prefeitura solucione o problema financeiro atual com a REAL e já preveja a solução do problema futuro. Durante toda a plenária, entre os membros da mesa, ele foi quem conduziu a plenária, as votações e foi quem tinha o discurso mais definido em favor da paralisação. Os outros membros da mesa, entre idas e vindas, tentavam minimizar a parcela de responsabilidade da Prefeitura, colocando a REAL Sociedade Espanhola no centro da crítica. Antoniel reafirmou todo o tempo a pertinência da paralisação do movimento, apontando para a plenária vários aspectos que subsidiava a categoria a se manter nessa direção. Ele deu argumento e voz à paralisação. Não cabe a mim avaliar se os seus argumentos motivos eram justos ou razoáveis, mas ficou claro que, desde o início, ele se mostrou uma liderança importante para o movimento.

2 - Virgínia, representante do Sindsaúde: já iniciou sua fala na certeza da continuidade do movimento, antes mesmo de tal proposta ser colocada em votação. Falou ainda, na mesma direção de Antoniel e da necessidade de se reparar o que ela chamou de “erros” do movimento: a não adesão de 100% das unidades. Comentou da possibilidade de ampliar a adesão de profissionais com a distribuição de folhetos nas unidades e discussão mais sobre aceitação da comunidade. Registrou o empenho dos grevistas em pegar os folhetos e irem às unidades que ainda estavam funcionando.

3 - Mariana, representante da CUT: reforçou a pertinência do movimento e salientou o apoio da Central Única dos Trabalhadores a este. “Porque a pior precarização das relações de trabalho é a falta de um salário”. Ela foi a primeira a levantar a questão dos ACSs, os

que tinham uma representação sindical “alternativa” na plenária. Propôs também a formação de uma comissão da plenária para ir à reunião do Conselho Municipal de Saúde que estava marcada para o mesmo dia, à tarde.

4 – Vereadora Antônia do PCdoB: falou inicialmente sobre a importância do movimento como um processo de constituição de uma categoria. Ainda comentou sobre a falsa informação passada ao Prefeito de que o movimento já tinha sido finalizado depois da audiência no dia 13/01. Ela desmentiu o engano, relatando para o gestor municipal a decisão pela paralisação da ampla maioria do movimento. Ela mostrou, de um lado, que apoiava o movimento e o considerava pertinente, mas de outro, que a Prefeitura estava fazendo todos os esforços para resolver a questão, inclusive assumindo um empréstimo com o Bradesco para regularizar o pagamento do salário. Sua crítica recaiu sobre a REAL Sociedade Espanhola e o processo de terceirização da atenção como modelo de gestão do PSF herdado da última gestão da Secretária de Saúde. Chamou atenção do papel do movimento: não visa desgastar ninguém, mas mostrar que a terceirização não é o caminho, pois precariza o Sistema Único de Saúde e inviabiliza a estabilidade dos profissionais. Ela, Antônia, entrou como a figura mediadora entre a Prefeitura e o movimento, como aquela que traz as informações e posições da Secretaria de Saúde e do Prefeito à plenária. E pelo visto, também ela foi a porta-voz do movimento dentro da Prefeitura. O que por um lado, ajudou a plenária a tomar conhecimento do que a Prefeitura estava fazendo, mas por outro, a necessidade de uma mediadora já denunciava a dificuldade da própria Secretaria de Saúde em se colocar abertamente para discutir com os profissionais e conduzir o processo de uma outra forma. Mas por que então a Secretaria de Saúde não assumiu a paternidade do PSF e veio pessoalmente para as assembleias para colocar claramente a situação ? Essa seria uma

possibilidade da gestão atual em ter os membros das equipes de saúde da família como aliados e não como meros grevistas que fazem barulho.

5 – Olga, representante do Sindsaúde: desempenhou um papel parecido ao de Antônia: de porta-voz da Secretaria de Saúde, ou melhor, da Sub-secretária, Ana Teresa. Só que a informação que ela trouxe (que a segunda quinzena que sairia no dia 20 sairia já com essa proposta do quinto dia, que seria dia 06 de fevereiro) não foi bem recebida pela plenária, que se manifestou negativamente em forma de burburinho. Tal intervenção também não modificou os rumos da assembléia.

Ao final, quando a plenária já tinha decidido pela continuidade da paralisação, uma senhora chamada Teresa “incandesceu” a plenária com uma outra proposta: fazer um ato público naquele mesmo dia, uma passeata. A platéia entrou em delírio com a proposta. Antoniel ainda ponderou, que o momento não era oportuno, pois seria necessária uma organização para tal investida (faixas, carro de som, apito ...). Mas sua colocação foi em vão. Os que eram a favor da proposta argumentaram que seria muito difícil reunir novamente 400 pessoas para uma caminhada como conseguiu essa assembléia. Se o dinheiro saísse no dia seguinte, jamais as pessoas iriam se agregar para tal manifestação. Em plena discussão, entre idas e vindas, votação e re-votação, foi enviado à coordenação um bilhete decisivo: “Antoniél, a Rede Bahia está na Piedade agora com Casimiro (repórter) e a Polícia Civil”. Com isso, a plenária eufórica, saiu direto da assembléia para a Praça da Piedade.

Já sabendo que o Jornal “A Tarde” e “TV Bahia” estariam na Praça da Piedade, quase todas as pessoas presentes subiram a Ladeira da Salete, onde tinha sido a Assembléia, em direção a Rua Direita da Piedade. Lá ocuparam literalmente metade da rua e pararam o

trânsito. Logo de início apareceu do nada uma grande faixa: “Salário e benefícios são direitos do trabalhador, CHEGA DE ATRASO” com autoria do “Movimento Frente da Transparência”, o movimento de oposição a atual diretoria do sindicato dos ACSs. O grupo de manifestantes foi formado na sua maioria de mulheres afro-descendentes. Fiquei me perguntando quem seriam elas: ACS, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiras ou Médicas ? Difícil saber ao certo... Algumas delas seguravam cartazes improvisados às presas com frases, tais como: “salário digno PSF”; ou simplesmente “PSF”; “PSF: salário saúde”; “PSF, Respeito, Pagamento de Salário”. Não sei até que ponto esses dizeres causaram algum impacto, pois a sigla “PSF” não me parece ainda tão popular assim. E ainda que os pedestres soubessem o que é o PSF, mesmo assim, ninguém sabia ao certo de que aquele ato público tratava. Bom, críticas à parte, de uma forma ou de outra a multidão chegou à Praça da Piedade fazendo muito barulho. E essa imagem saiu como a foto principal da página 9 do jornal “A Tarde” do dia 19/01/06: “Pacientes sem o Saúde da Família”.

Mas o meu campo de observação ainda me reservava uma surpresa: na Piedade o ato público das equipes de saúde da família encontrou outro grupo de manifestantes, o SINDPOC (Sindicato da Polícia Civil) que também estavam em greve. Nesse momento a cena pública tomou mais força. Os grevistas da saúde utilizaram o carro de som dos grevistas da polícia civil e fizeram o seu discurso em prol da categoria em pleno “sol a pino” em meio a praça lotada. Antoniel foi um dos primeiros a tomar o microfone e falou do que se tratava a manifestação e os motivos da paralisação. Logo depois Virgínia fez uma fala inflamada, uma atuação própria, para mim, de uma sindicalista. Refiro-me ao tom de voz, o ritmo da fala, a força do argumento usado, a intensidade da retórica. Ambos dirigentes dos sindicatos criticaram a terceirização da saúde, privatização do SUS e precarização dos vínculos empregatícios do setor, fragilizando, assim, o PSF.

Os manifestantes das equipes de saúde da família conseguiram no ato público algo que nem eles tinham imaginado: dar visibilidade ao movimento de paralisação do Programa. Como disse Antoniel: “essa foi uma feliz coincidência !!!”. E como o Sargento Firmino, representante do SINPOC, comentou: “a felicidade do nosso encontro!!!”

A cena, inicialmente improvisada, tomou vida, movimento e status de reivindicação de trabalhadores do SUS prejudicados pelo processo de precarização das relações de trabalho. A cena agregou outra categoria, passantes na Praça em horário de pique e ambulantes, que por sua vez, aproveitaram a oportunidade para vender desde água até picolé, fazendo da manifestação um negócio: “olha, a água gelada. É cinquenta, é cinquenta!!!”.

Ainda naquele mesmo dia, houve a reunião do Conselho Municipal da Saúde, no qual a paralisação entrou na pauta extraordinariamente. Quando cheguei lá só tinha uma jovem secretária na porta do auditório registrando a chegada dos conselheiros e participantes. Perguntei se o PSF estava na pauta para hoje e ela disse que não. Achei estranho... Bom, como eu não tinha visto ninguém do movimento, resolvi ficar sentada na portaria da SMS para ver se alguém aparecia para me dar uma informação mais acertada. Então, depois de uns 20 minutos apareceu Manuel, um dos membros da comissão das ESF. Apresentei-me a ele e falei do meu trabalho e do meu interesse em acompanhar a reunião como ouvinte. Ele me confirmou da reunião e, logo depois, nos dirigimos para o auditório. A reunião foi presidida por Ana Teresa, a Sub-Secretária da SMS. Estavam presentes um grupo de 4 ou 5 participantes do movimento, Virgínia, representante do Sindsaúde, e Mariana, representante da CUT, e poucos conselheiros. Logo de início Ludimila, a coordenadora do PACS/PSF, foi convocada para falar da atual situação do Programa no

município. Ela deu um excelente panorama do processo de implantação do PSF no município e ainda destacou os avanços da atual gestão e as dificuldades encontradas.

A fala da Sub-secretária foi bastante tranquilizadora e segura. Bem diferente da euforia e inquietação da assembléia da manhã. Ela admitiu que o atraso do salário é uma situação bastante desagradável para a categoria e muito prejudicial para a comunidade. Colocou que a Prefeitura, o Secretário da Fazenda e da Saúde estavam fazendo todo o esforço para normalizar ainda na mesma semana os salários através do empréstimo do Bradesco. Além disso, comunicou ao Conselho a dificuldade da Secretaria de Saúde em normalizar seus débitos, que não eram só com a REAL Sociedade Espanhola, mas com vários “terceirizados”. Inclusive a Secretaria de Saúde tinha até então junto à Secretaria da Fazenda mais de 18 milhões a pagar aos prestadores. Garantiu que todo dinheiro que veio do recurso federal foi revertido para o programa, e caso necessitasse, teria como comprovar. Depois da mudança da gestão, a REAL Sociedade tem um lucro totalmente transparente e essa “folga” de dinheiro foi revestido em prol do Programa, garantindo o aumento salarial dos profissionais da ESF.

Já a representante do Sindsaúde colocou que o movimento não é do agrado dos trabalhadores, mas na realidade foi a última alternativa que restou para a categoria. Relatou com muita ênfase uma audiência com o Prefeito João Henrique, o Secretário de Saúde, a Sub-secretária da SMS, na qual o representante da REAL Sociedade Espanhola teve uma postura de total indiferença perante o comprometimento do gestor maior da Prefeitura em honrar os pagamentos. Assim, a prestadora não fez esforço nenhum em facilitar a negociação, pois não teria mais interesse em contribuir para solucionar o problema. A partir desse relato, Virgínia questionou o comprometimento do público na “mão do privado” e a pertinência de se manter esse modelo de gestão. Olga, também representante do

Sindesaúde, deu sua fala na mesma direção e garantiu que o papel do movimento não é “chicotear” a Secretaria de Saúde. Ainda destacou a necessidade da gestão desenvolver ações preventivas para que os profissionais não chegassem a paralisar suas atividades.

Apesar de muito tranquilizadora, a postura de Ana Teresa foi um pouco distante da realidade das assembleias. Justificou, mas não resolveu. Não sei até que ponto ela tinha clareza do andamento do movimento. Refiro-me ao ato público da mesma manhã e à passeata programada para o dia seguinte. Sem falar do nível de agregação do movimento e das críticas que emergiram na assembleia com relação à Prefeitura.

Um dos conselheiros manifestou sua surpresa com a situação do PSF, salientou a importância deste para organização do sistema municipal de saúde e ainda apresentou para o CMS uma proposta, que para mim, muito interessante: a formação de uma comissão composta por entidades de classe, com representantes dos ACSs, representantes dos enfermeiros, dos médicos para poder discutir periodicamente os problemas enfrentados pelo Programa. Ele destacou essa como sendo uma possibilidade de contornar a situação: criar esses **espaços de diálogo**. Bom, essa poderia ser a saída. Pelo menos é o que eu esperava... Saí da reunião do Conselho sem saber de fato se a tal comissão iria ou não ser assumida pela gestão atual.

No dia seguinte, quinta-feira, dia 19/01, houve uma outra assembleia, que estava marcada para 8:00 horas, mas começou às 9:53. Para esse encontro já estava programada uma passeata que iria até a frente da sede da Prefeitura, na Praça da Sé. Logo no início da assembleia, o representante do SINDMED, revelou que existiam algumas pessoas no movimento, que repassam para a Secretaria de Saúde as decisões da categoria e tinha caracterizado a paralisação como sendo “politizada”. Nesse momento, surgiu a palavra “Traíra” no discurso da coordenação. Mais uma vez Antoniel tranquilizou a plenária quanto

a coerência do movimento. O movimento já chega ao 13º sem pagamento e com a promessa de pagamento do salário na sexta-feira, o dia seguinte.

Após a “chamada” das equipes no mesmo clima de torcida, vários representantes de unidades subiram ao palco para relatar a situação de suas unidades, na sua maioria, paradas. Olga deu seu relato da reunião do dia anterior no CMS e reforçou o papel do movimento como instrumento de pressão para que o Plano de Cargos e Salários seja agilizado.

A passeata que seguiu a assembléia contou com um lindo dia de sol do verão baiano. Céu azul e muito calor. Muitos manifestantes trouxeram bonés e outros até sombrinhas para se proteger do sol. Quase todos vieram vestidos de branco ou de jaleco. Como as demais assembléias, o ato público tinha na sua maioria mulheres. Muitas mulheres... Embora em menor número, comparado ao ato da quarta, os manifestantes fizeram bem mais barulho. Usaram apitos, nariz de palhaço, carro de som durante todo o trajeto e muitas faixas anunciando claramente qual era a sua mensagem. Logo na frente do grupo tinha sempre 2 “porta-bandeiras” que seguravam o cartaz principal: “Programa de Saúde da Família”. As demais faixas falavam, de diversas formas, sobre os pontos de contestação do movimento: *Respeito ao Programa de Saúde da Família – PSF / PACS, contra a Privatização – Sindsaúde – BA, Sindmed / CUT / SETRAB / CNTSS; Por um PSF de qualidade para Salvador - Sindsaúde – BA, Sindmed; A saúde está doente; A saúde de Salvador está de Luto; Não às terceirizações; João, Salvador, ainda espera por você; Salário e benefícios são direitos do trabalhador, CHEGA DE ATRASO - “Movimento Frente da Transparência”; Queremos Respeito da Secretaria Municipal de Saúde – Agentes de Saúde da Bahia; Lutamos por uma saúde melhor; O PSF pede: melhor assistência, mais medicamentos, salários em dia, segurança nas unidades; PSF na UTI; Postos sem*

recursos, salários atrasados e famílias desamparadas; Queremos o fim da terceirização – ACS / Movimento Frente da Transparência.

Mais uma vez, eles pararam o trânsito na Ladeira do Salete, depois na Direita da Piedade, descendo a Avenida Sete de Setembro até chegar à Praça da Sé. Durante todo o trajeto, conseguiram chamar atenção dos comerciantes, dificultar a passagem dos pedestres e atraíram os ambulantes de água mineral e picolé. Na altura da Praça Castro Alves, quando já era 12 horas, o sol a pino, pode-se ver a Bahia de todos os Santos azul. Por volta de 12:15 a manifestação atingiu o final do trajeto: a sede da Prefeitura Municipal de Salvador. Lá na Praça da Sé, o comando de greve convocou uma comissão para uma audiência extraordinária com o Prefeito. Alguns manifestantes colocaram seus cartazes nas escadarias no prédio da prefeitura, enquanto outros deram uma pausa para descanso, procurando um lugar fresco e sombreado para ficar. E Eu fiquei lá na praça, aguardando a comissão. Fiz um pouco de tudo: contemplei a vista da minha saudosa cidade, conversei com manifestantes, tomei sorvete na Cubana até que às 12:55 terminou a audiência no Gabinete e a comissão reagregou os manifestantes que restavam. Na realidade o Prefeito não esteve presente na reunião, mas a comissão das ESF foi recebida pelo Secretário de Governo, Secretário da Fazenda, Secretário da Saúde e 2 representantes da REAL Sociedade Espanhola. Foi declarado que os salários estariam sendo depositados à tarde, às 14 horas, na conta da REAL Sociedade Espanhola. E até o dia seguinte o dinheiro estaria sendo transferido para os profissionais. Segundo Antoniel, a comissão colocou para a Prefeitura e para própria REAL Sociedade Espanhola que o movimento não é a favor da terceirização. Mesmo assim ficou mantida a assembléia para o dia seguinte, pela manhã. E depois da assembléia, se voltaria ao trabalho. A passeata terminou por volta das 13:00 horas de quinta-feira, 19/01.

Na última assembleia dessa paralisação tinha significativamente poucas pessoas na plenária. A essa altura, os rostos já me eram familiares. Alguém me perguntou: “você é auxiliar?”; outra “você já assinou a lista de presença das auxiliares ?” . Agora eu já sabia quem eu sou para eles, ou melhor, para elas.

Logo de início da plenária, os participantes confirmaram que o dinheiro já tinha sido depositado nas suas respectivas contas. Antoniel relatou a fala do secretário do gabinete, no sentido de que não se tinha garantia de que os atrasos salariais não se repetissem novamente, pois as finanças da Prefeitura estão comprometidas em função da dívida deixada na gestão anterior, inclusive na Secretaria de Saúde. Às 8:40 a plenária começou e às 9:17 foi encerrada como a votação que finalizou a paralisação. Logo depois os manifestantes foram dispensados para voltarem ao trabalho. A greve das ESFs terminou como vitoriosa. Já, nesse momento, se tinha definido que haveria uma assembleia no mês seguinte, 07/02, para agregar a categoria e acompanhar o pagamento dos salários. De fato o movimento mobilizou a SMS a fazer o depósito do salário atrasado, a fortaleceu a categoria e deu vocalização às reivindicações dos manifestantes através da mídia televisiva e escrita. No entanto, não foi suficiente para acabar com a terceirização, nem tampouco, evitar que os atrasos se repetissem nos meses subsequentes.

8.1.2. Paralisação das ESF: a luta continua...

Mas a mobilização da categoria não parou por aí: a partir de **maio** os salários voltaram a atrasar. Em **agosto**, com o atraso do salário, dos “tickets-refeição” e “vale-transporte”, alguns funcionários ficaram impossibilitados de irem às unidades trabalhar. Na unidade de saúde do Campo Belo, foi feita até um rodízio entre as equipes durante 2 dias, até que a categoria decretou paralisação de 2 ou 3 dias. Aí então foi pago o salário. Em **setembro** (referente o pagamento de agosto) houve outro atraso de 2 dias para os “tickets-refeição” e o salário só foi pago no dia 19/09 depois de muita mobilização da categoria. Nesse momento, eu estava de volta ao Brasil, depois do doutorado-sanduíche, e exatamente no dia 19/09/06, eu refiz meu contato com a equipe que tinha acompanhado. Liguei para unidade por volta das 8:30 e, por sorte, quem atendeu foi uma das ACSs da “minha” própria equipe que logo me revelou que a unidade estava paralisada desde a semana anterior. Ela só estava lá para bater o ponto e ir para área. Feliz coincidência !!! Ela ainda me disse que naquele mesmo dia teria uma assembléia. Logo em seguida eu liguei para o SINDMED para obter mais informações. Assim, soube onde e que horas seria a assembléia. Ao chegar lá creio que a assembléia já tinha começado há uma meia hora. O auditório estava totalmente lotado. Eu mal consegui entrar. Muita gente sentada no chão, na porta, tentando ouvir o que se dizia.

Com muito aperto, aos poucos a plenária foi se organizando, abrindo espaço nos corredores. O clima da assembléia continuava o mesmo: animador, mobilizador, agregador. Foram discutidos os seguintes pontos: a reposição do Dia da Mancha (Campanha contra a Hanseníase); o abonamento das faltas; avaliação positiva do movimento e da passeata no dia anterior, a audiência com o Secretário de Saúde, Secretário de Governo, Secretário da Fazenda; a participação de representantes de Associações de Bairros na audiência em apoio

ao movimento; a votação para suspender a paralisação e retorno ao trabalho no dia seguinte (20/09); definição da assembléia para o próximo mês, com ou sem pagamento.

Essa assembléia contou mais uma vez com a participação da Vereadora Antônia (PCdoB) em plena disputa eleitoral para deputada estadual. Sem dúvida ela se mostrou não só uma mediadora, mas, sobretudo uma das lideranças do movimento. No entanto, nas outras assembléias que eu participei em janeiro, ela ainda pontuava o esforço da Prefeitura em contornar a herança deixada pela gestão anterior. Mas dessa vez ela me pareceu mais crítica à condução da Prefeitura. Ela ainda reafirmou seu apoio ao movimento, se disponibilizou a marcar uma audiência com a Câmara Municipal para retratar a situação do PSF em Salvador, fortaleceu a idéia de agregar as representações comunitárias ao movimento e declarou que Salvador estava num momento político muito delicado, referindo-se às finanças do município. E ainda citou uma frase que me chamou muita atenção: “na democracia o que vale é a pressão política e democrática. Como nós não temos o ‘poder’, nós temos o poder da mobilização e da pressão política na garantia dos direitos”. Saiu da assembléia em meio a palmas e distribuindo panfletos da sua candidatura entre os participantes.

A coordenação da mesa também relatou que durante a audiência concedida no dia anterior, o então Secretário da Fazenda declarou veemente que a Prefeitura estava falida financeiramente, o que fortaleceu na plenária o papel do movimento como estratégia na garantia do recebimento do salário. De fato o movimento estava em outro momento. Agora a participação da REAL Sociedade Espanhola no atraso dos pagamentos era minimizada e os manifestantes voltavam a atenção para o momento político e financeiro da Prefeitura. Embora a questão da terceirização ainda fosse condenada, o “vilão da história” não era mais a REAL Sociedade Espanhola. A figura do Prefeito e sua gestão estavam no meio da

“roda”, seja pelo repasse atrasado dos salários para a prestadora, e conseqüentemente, para os profissionais, seja pela suspeita do uso do dinheiro público para a campanha eleitoral.

Outro elemento novo discutido pela plenária foi o aumento de número de famílias para cada dentista. Se antes já era difícil o acesso ao atendimento odontológico, agora após a portaria nº 648 de 28/03/06³⁹ ficou quase impossível. Cada dentista passou a ser responsável pela atenção odontológica das áreas de abrangência de 2 equipes. Outro ponto destacado foi a insatisfação dos profissionais com a atual coordenadora do PACS / PSF do município, chegando até ser votada a saída dela como uma das reivindicações a ser apresentada à mesa de negociações com a Secretaria Municipal de Saúde. E não parou por aí: foi destacado o “medo” que alguns profissionais têm das gerentes de unidades: medo de ter o ponto cortado, medo de ser perseguido, medo de retaliação. Parece que a gerência não é muita querida pelos profissionais. Provavelmente elas ocupam o lugar do “chefe” que está mais próximo e não de alguém que chegou para ajudar as equipes a se estruturarem num projeto de trabalho conjunto. Essa foi a primeira vez que eu ouvi na assembléia a gerência ser referida de forma tão negativa.

Mas o ponto alto da assembléia ainda estava por vir... As assembléias costumavam ter uma lista de questões que se repetiam, estruturando um discurso quase uniforme. Mas em algum momento aparecia um ator, que às vezes nem fazia parte da liderança do movimento, mas levantava uma questão central, inflamando a plenária e mudando a direção da assembléia. Dessa vez o “elemento surpresa” foi uma simpática senhora de uns 70

³⁹ Se por um lado a portaria prevê redução do número de pessoas acompanhadas por cada ESF (de 4,5 mil pessoas para 4 mil), por outro lado ela apresenta um retrocesso para saúde bucal. Como itens necessários para incorporação de profissionais de saúde bucal, a existência de um consultório dentário por equipe de saúde bucal (cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou e técnico de higiene dental) **para uma ou duas** ESF. (Brasil, 2006a). Assim, deu respaldo legal para que os gestores municipais diminuíssem o número de dentista por unidade. No caso de Salvador, havia USFs com duas equipes de saúde bucal para um consultório dentário. Em vez de ampliarem o número de consultórios por unidade, a SMS redistribuiu os profissionais de saúde bucal.

anos⁴⁰, uma representante comunitária do Rio Sena. Ela participou da audiência no Gabinete acima referida e nessa assembléia pediu a palavra para declarar o seu apoio ao movimento de forma veemente:

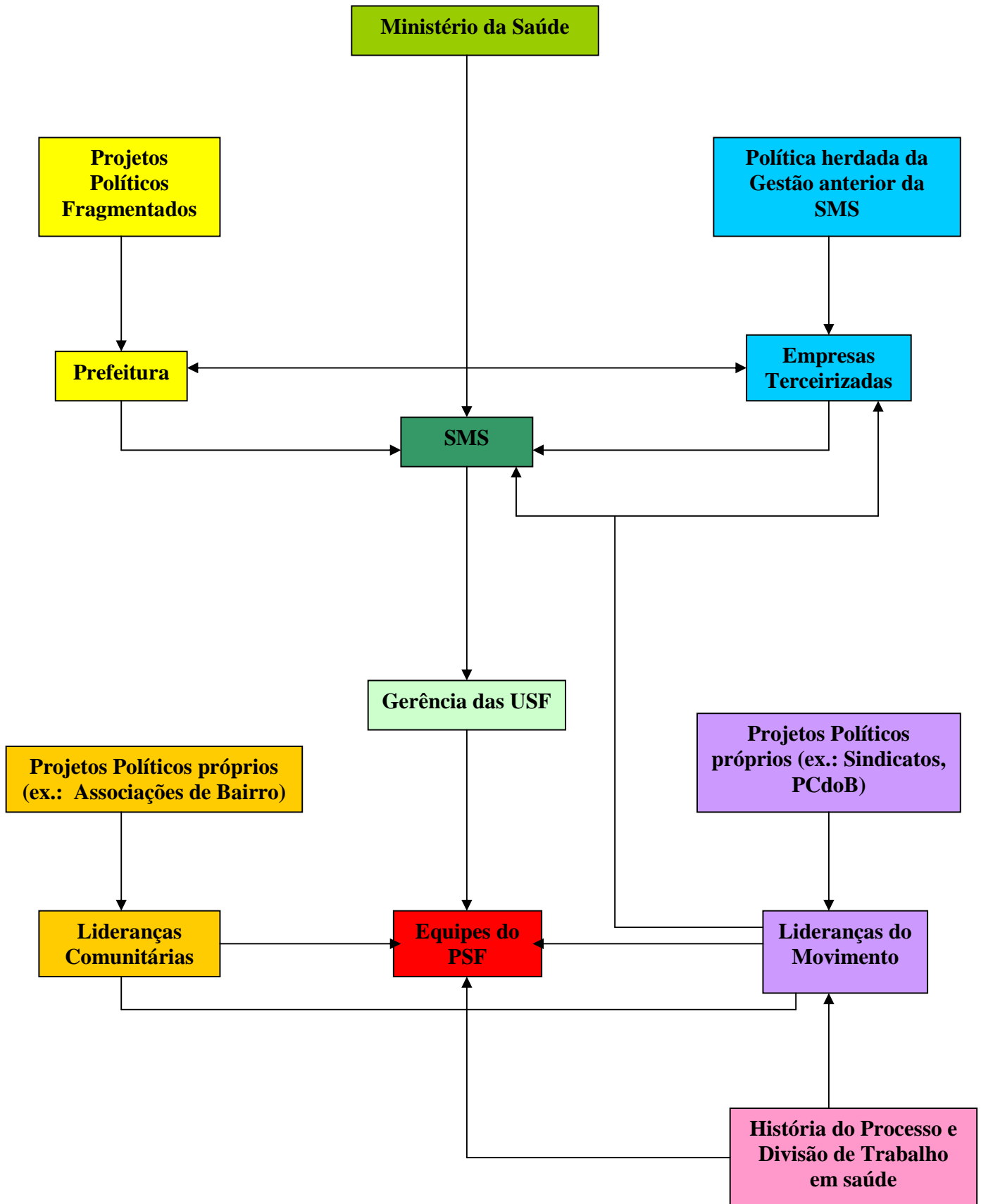
“Pela primeira vez cheguei à mesa do secretário com orgulho e satisfação para reivindicar os direitos da minha comunidade. (...) Lá (unidade de saúde) só tem 2 consultórios, 1 banheiro para os médicos e pacientes, sem água, falta remédio e material. As vezes somos obrigados a comprar material de curativo para levar para o posto. E com tudo isso eles não deixam de ir todos os dias para trabalhar. Digo isso por que acompanho, moro perto e vou lá todos os dias não só na hora que preciso, mas na hora que sinto saudade. Sou hipertensa, diabética, estou recém-operada, mas estou aqui!!! Podem ligar para minha casa para me convidar para essas reuniões e convidem os representantes das associações de suas comunidades!!! Da mesma forma que vocês precisam da gente, a gente também precisa de vocês. Vamos nos unir!!! Todas as vezes que vocês não receberem o dinheiro de vocês, continuem parando como vocês fizeram agora!!! Ninguém come capim, não !!! Na mesa deles não falta nada e na nossa falta tudo !!! (e a plenária de-li-rou).”

Assim, com mais **força retórica**, a paralisação deixou de ser um mero evento pontual e foi se constituindo um movimento que agrega diversas lideranças, potencializando a força da mobilização.

Mas em que direção essa força vai ser conduzida ? Em direção a mudança do modelo de atenção à saúde ? O que se pode destacar a partir desse longo relato é a **rede de correlações de forças** a que o PSF está diretamente vinculado, e que tem se constituído como **um grande desafio na condução e continuidade de suas atividades**. Nessa direção, Testa (1995) concebe o cenário como espaço social onde se configura as relações entre atores no desenvolver da ação. Espaço social é um “campo de forças”, o qual resulta das tensões produzidas pelas ações de diferentes sujeitos que se constituem atores (atores individuais e coletivo) em pleno processo de ideologização do trabalho. Vale lembrar que

⁴⁰ Goffman (2005) faz referência à força dramática numa apresentação, na qual o protagonista desempenha um papel diferenciado dos outros atores como a rainha da corte, por exemplo. Seu vestuário ou o lugar mais alto que ela ocupa no palco tem como finalidade ter uma centralização da atenção. A partir dessa analogia, Goffman introduz o conceito de dominância dramática e diretiva na encenação de atores sociais.

as relações que os atores estabelecem entre si são relações sociais e de poder, que no caso PSF em Salvador estão sinteticamente apresentadas nos diagramas 03 e 04 abaixo.



CORRELAÇÕES DE FORÇAS

OS ATORES	Ministério da Saúde	Prefeitura	SMS	REAL	Gerência das USF	Lideranças do Movimento	Lideranças comunitárias	Equipes
Ministério da Saúde	-	Aceitou a habilitação do município para um nível mais avançado da gestão em saúde	Repasse de informações técnicas para o MS e implantação da segunda etapa do PROESF	-	-	-	-	-
Prefeitura	O Ministério da Saúde pressiona na implantação e ampliação do PSF	-	Tentar manter o PSF na pauta política da Prefeitura	Recusa-se atualmente a pagar os funcionários sem o repasse da Prefeitura	-	Pressiona através da mobilização (audiências, passeatas, assembleias, denúncias através dos meios de comunicação, no CMS e na Câmara Municipal)	Pressão política participando dos movimentos de paralisação das equipes.	Ainda há uma crise de identidade das equipes por conta da mediação da terceirizada. Os espaços de diálogo tensos, pois se evidenciam nos momentos de paralisação.
SMS		Dificuldades financeiras e disputas de projetos a serem priorizados entre as secretarias	-	Disputa pela gestão das equipes	Responsável por responder pela gerência na USF. Fica como chefe imediato das equipes			
REAL		A falta de repasse dos recursos financeiros	Retomada do PSF como uma estratégia pública	-	-		-	Relação dúbia. São contratados pelas terceirizadas, mas precisam reivindicar a SMS.

OS ATORES	MS	Prefeitura	SMS	REAL	Gerência das USF	Lideranças do Movimento	Lideranças comunitárias	Equipes
Gerência das USF	-	-	Criação da gerência como forma de gestão das USF	Não tem gestão sobre as gerências	-	Denuncia o posicionamento de alguns gerentes que retaliam os profissionais que paralisam	Provável participação através de Conselhos Locais de Saúde	Relação que aparece muitas vezes como tensa ou baseada no medo do controle.
Lideranças do Movimento	-	O Prefeito tem se recusado a conceder audiência às lideranças do movimento	Reconhece a pertinência de algumas das demandas levantadas pelo movimento, mas ainda não apresentou uma saída efetiva à atual situação do Programa	Recusa-se a estabelecer alguma negociação	Apontado pelo movimento como elemento “retaliador” das equipes durante a greve.	-	Parceria, fortalecendo o movimento	As EFSs têm participado na sua maioria do movimento, já que esse tem garantido o recebimento dos salários. Mas ainda há resistências em assumir o movimento como categoria trabalhista.
Lideranças Comunitárias	-	Algumas Lideranças tem o apoio partidário do prefeito, mas outras não	-	-	Há a possibilidade de criação de Conselhos Locais de Saúde	Relação de parceria para ampliar a pressão política do movimento	-	Parceria no movimento
Equipes	-	-	Gestão das equipes mediada pelas terceirizadas	Responsável legal pelas equipes. Ainda tem muito poder sobre as equipes.	Gestão direta das equipes, mas sob tensão principalmente nos períodos de paralisação	Tem fortalecido o sentido de categoria profissional na luta pelo recebimento dos salários e por uma melhor condição de trabalho. Pressiona ESF para ampliar a adesão ao movimento.	Parceiras.	-

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO II - Análise do Cenário II: O Território Local

PARTE I:

21.- Boa Vista do Campo Belo - território de enfrentamentos

Salvador tem a extensão territorial de 707 km e dividida em 18 Regiões Administrativas (RA's) e 12 Distritos Sanitários. Entre esses, o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário corresponde ao mais populoso: 324.931 de habitantes em 2005 (Salvador, 2006a). Nele abriga um retrato da contradição de uma cidade fragmentada por desigualdades e assimetrias. Na cidade onde 20% dos ricos detêm 70% da renda enquanto os 20% mais pobres só têm acesso aos 1,6% do que é produzido no município. Na cidade onde, entre os 1% mais ricos, 76,9% da renda se concentra nas mãos de brancos. Enquanto os brancos soteropolitanos estão no 40º do “ranking” mundial do sistema (ONU), os negros ocupam o 100º lugar (Paixão, 1998; Salvador, 2006a).

Em meio a esse contexto, na Região Administrativa do Subúrbio Ferroviário dos 65.830 responsáveis por domicílios, 12.588 não tem nenhum tipo de rendimento, o que corresponde 19,12%. Já em outras RA's a realidade se mostra bem diferente: na Barra, onde dos 22.042 responsáveis por domicílios, 1.192 (5,40%) não tem rendimentos e na Pituba dos 20.596, 897 (4,35%). Com relação aos responsáveis por domicílios que ganham mais de 20 salários mínimos, a ordem se inverte: na Pituba 7.905 responsáveis por domicílio(38,38%) ganham mais de 20 salários mínimos, na Barra 6.312 responsáveis por domicílio (28,63%) e no Subúrbio 216 (0,32%) (IBGE, 2000).

Esse pedaço de Salvador personifica uma face da cidade que não pode ser mostrada, o lado sul da capital baiana, voltado para a Baía de Todos os Santos. Em 2005, houve 917 óbitos por homicídio, desses 157 casos (17,12%) das vítimas de toda a cidade moravam no Subúrbio. Com relação às mortes por causas externas (1.643), 15,09% também residiam no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (248 óbitos) (Salvador, 2006a).

Essa desigualdade se revelou para mim através do processo de formação do bairro Boa Vista do Campo Belo: num território cheio de enfrentamentos, um espaço de encontro de trajetórias, um espaço que foi se constituindo a partir das lutas diárias de sujeitos anônimos como Seu Antônio, Seu Osvaldo, Dona Joana e Seu Roberto.

De fato todos chegaram até aqui como imigrantes que colonizaram o espaço e que foram, ao mesmo tempo, colonizados pelos espaços. Vieram de diferentes formas e por diferentes motivos e redesenham o sistema contraditório formado por uma configuração territorial e por relações (Santos, 1988). Nesse capítulo, irei descrever esse território a partir das trajetórias de vida desses sujeitos até a chegada da Equipe de Saúde da Família.

Da mata que passou a ser roça, e da roça que se formou a invasão. Seu Antônio foi uma testemunha e ator desse processo de urbanização desarticulada da cidade, que culminou com a as ocupações espontâneas pela cidade, as invasões, principalmente nos bairros periféricos de Salvador⁴¹. Desencadeado, em parte, pelo êxodo rural, todo o Subúrbio

⁴¹ Espinheira e Soares (2006) discutem a dinâmica de urbanização segregada do espaço urbano de Salvador que está segmentado e dividido em “concentrações de territórios abastados” e “concentrações de territórios populares”. O primeiro corresponde aos bairros tradicionais do Campo Grande, Canela, Corredor da Vitória, Graça, assim como a maioria dos bairros que margeiam a Orla Atlântica da Cidade, Barra, Ondina, Rio Vermelho, Pituba, Itaigara, Alto do Itaigara, Caminho das Árvores, Costa Azul, Stiep etc. Essa é a cidade formal e legal com equipamentos urbanos e com a atenção dos órgãos públicos. Já o segundo segmento são considerados os espaços pobres e informais da cidade, àqueles ilegais juridicamente ou fruto de dissimulados projetos públicos de reurbanizações populares, são habitados em sua maioria por negros, pobres e desempregados: Mussurunga I,II,III, Parque São Cristovão, Alto do Girassol, Raposo, Carobeira, Cassange, Nova Brasília de Itapuã, área oeste do bairro de Itapuã e entorno; Ilha da Maré, Valéria e proximidades; Subúrbio Ferroviário e seus vinte e dois bairros (aglomerado de Alagados, Novos Alagados, Conjunto Nova Primavera, Baixo de Coutos, Plataforma, Periperi etc.); Pau da Lima (Invasão Brasilgás, Beco do Bozó e etc); Tancredo Neves, Cabula VI, Beiru, e outros e na região limítrofe do bairro da Liberdade (Espinheira, Soares, 2006; Souza, 2000).

também começou a ser povoado, principalmente a partir da década de quarenta (Ribeiro, 2002).

SEU ANTÔNIO: Eu sou de 1930. Nasci em **Santo Antônio de Jesus**. Eu trabalhava num armazém e o dono montou um negócio aqui em **Salvador**. E me chamou para vir trabalhar aqui com ele. Era rapazinho, ainda ia fazer 20 anos. Eu fui de trem até São Roque e de lá vim de navio para cá. Quando eu cheguei aqui, na “Bahiana” (Companhia de Navegação Baiana) já tinha um aviso para mim que carregador nº 2 me esperava para me mostrar o caminho. Eu não sabia chegar até a casa do rapaz. Era na Rua Poeira, nº 33. Fiquei lá quase um mês, depois fui para **Cidade Nova**, para rua 25 de dezembro. Eu e meu colega de trabalho. Depois trabalhei na pedreira de energia no Cabula. Eu ia de Bonde, não tinha ônibus, não. Depois de casado, antes de vim para cá, a gente morou lá no **Jardim Cruzeiro**, na Rua Tupinambá. Vim de lá por que a gente morava em cima de uma água podre que vinha da Sagrada Família (um hospital), do Hospital Couto Maia que passava por lá. Eu morava abaixo do Café Cravo (Caminho de Areia, Itapagipe) onde tinha uma fábrica. Agora é igreja de crente. Era tudo de ponte. Aquelas pontes doidas, balançando. E lá era de aluguel e o proprietário ficava em cima de mim com medo de perder a casa, por que estavam medindo lá e tomando o nome de todo mundo. Quem morava de aluguel ia ter a casa própria e ele, com medo disso, dava em cima de mim. Ele chegava do trabalho, “tomava umas duas” e vinha me futucar. Eu “oh, meu Deus !! Deus vai me ajudar para eu arranjar um lugar para ir.” Achei uma ponta de maré lá na **Mangueira** (Ribeira, Itapagipe), mas foi quando um amigo me apareceu por lá que aqui tinha uma “armação” que o cara tava quase vendendo. “Mas como é para eu ir lá, que eu não sei como é que é?”. “Você vai, quando você saltar do trem vai ter uma menina lhe esperando”. “Mas não conheço menina nenhuma”. Eu vim e subi, vi uma menina aqui em cima do morro. Mas não tinha caminho certo. Subi por lá por aqui, por que essa ladeira ainda não era caminho.

Ao chegar no bairro, ou melhor, na mata, o desafio seguinte foi lutar pelas condições mínimas de sobrevivência. A busca pela água constituiu uma dessas disputas pelo espaço.

SEU ANTÔNIO: Eu cheguei aqui em 1972⁴². A pessoa que me vendeu essa benfeitoria aqui já é falecido. Daqui para casa dele era roça de aipim, cana, de banana. A gente só encontrou aqui mato. **Só tinha uma casinha lá embaixo, uma casinha aqui no fundo, eu uma casa do lado de lá que era de Dona Auxiliadora.** Só tinha essas casinhas assim, só tinha mato. Eu saía daqui para pegar água lá naquele dendezeiro lá naquela caixa de lixo. Ia por dentro desse mato, tinha tiririca como a zorra que a gente rompia para carregar água. Saía daqui 12 horas da noite para pegar água lá na bica, vixe. Era um sufoco, “disgrama”, era uma briga. Lata, barriga, água. A gente trazia. Não tinha caminho certo, não. Ia por um lugar e subia por outro. **Tinha muito bicho** morcego, muito pássaro, tatu, teiú, arraguara, juriti,

⁴² “A década de 70 foi um momento de mudanças sócio-econômicas e culturais muito fortes na história de Salvador. A crise econômica agroindustrial do Estado e o investimento na industrialização da cidade e sua região metropolitana, com a implantação dos pólos industriais, trouxe à nascente metrópole um contingente muito grande de pessoas do interior, principalmente do Recôncavo, em busca de novas possibilidades de sobrevivência. A década que se seguiu foi marcada pelas invasões de áreas desocupadas em várias partes da cidade”. (Souza, 2002: 39).

cobra. Tudo isso tinha aí. Depois foram vendendo, vendendo para roça. Acabou a roça e se criou a invasão.

AUXILIADORA, FILHA DE SEU ANTÔNIO: Eu fui criada aqui carregando água para vender. O pessoal pedia duas vasilhas de água de beber eu ia lá e pegava. A gente ia e trazia um tonel e meio num carrinho de mão. Só que a água aqui em baixo tinha tanto dono. “Você não vai pegar água por que você não veio limpar a fonte”. “Aqui é só para beltrano e sicrano”. A gente saía daqui para lá, na beira da praia. Tinha umas casas lá, que o pessoal abandonou. Eu dizia “ombora para minha fazenda”. Quebramos o cano, colocamos a mangueira e trazia a água de lá para cá. Lá perto da praia, do outro lado da pista da Suburbana. Já carreguei muita água!!! Lá em Coutos mesmo tinha uma bica. Quando ela estava seca, ia na casa da Base Naval, pedia a um ou a outro. Às vezes eles davam um balde ou dois. Então a gente passou a pegar água na casa de Dona Malu, a gente pegava água. Todo mês a gente dava uma pontinha para ajudar a pagar. Ela dava água para muita gente. De madrugada eram filas e mais filas. Depois que abriram as ruas, foram puxando água.

Já Seu Osvaldo fez parte de uma outra geração de “colonizadores”: os que foram trazidos na gestão do Prefeito Mario Kértis. Ele também veio do interior do Estado para o bairro em busca do sonho de ter sua própria casa na capital. Nascido em Candeias, em 1959, veio morar em Paripe, quando lá só tinha mato. “Já fiz de tudo um pouquinho”, inclusive com pavimentação de ruas e rodovias, e por isso veio para Boa Vista do Campo Belo. Seu Osvaldo trabalhava na Prefeitura naquela época, 1979, quando a Prefeitura desapropriou a área para alojar famílias que moravam em outras partes da cidade. Mais tarde os lotes foram divididos e legalizados para que cada família pudesse construir a própria casa. Na época, a prefeitura improvisou um galpão para os trabalhadores, entre eles, Seu Osvaldo. Após a construção da sua própria casa, a esposa e os 5 filhos se mudaram para o bairro também.

No entanto, a apropriação do espaço pelos sujeitos não só se deu em momentos diferentes, mas também de formas diferentes. Seu Roberto, um dos líderes comunitários do bairro, relatou com detalhes esses fluxos e espaços do território, que para mim, à primeira vista, pareciam sem distinção.

SEU ROBERTO: Eu vim da Liberdade em 1979. Eu tinha 5 anos e passei a morar no loteamento que já existia aqui. Isso aqui era uma fazenda. Esse lado de cá era da família Coutos. Aí foi desativada. Era uma propriedade particular. Isso aqui eram caminhos, eram trilhas, dendê para todo lado. Na parte de lá a prefeitura na gestão de Mário Kértis tomou para doar e as pessoas fizeram barracos de lonas. O lado de cá se fez um loteamento. A parte de lá que tem asfalto foi o desenvolvimento da prefeitura. E cá por não ser da prefeitura, está esse abandono, é a obrigação do condomínio. Mario Kértis entrou com a urbanização, infra-estrutura, sem esgoto e sem água. A propaganda rodou “tá sendo dado lotes, terrenos no Subúrbio Ferroviário pela prefeitura”. Aqui tem gente de toda parte da cidade: IAPI, Liberdade, Pero Vaz, 7 Portas, Plataforma. Tem famílias de tudo que é canto. Essa população foi chegando quando tinha problemas de enchentes, desabamento, e outras coisas. Depois de 5 anos teve um problema também no bairro das Malvinas (Bairro da Paz), quando foi loteada a terceira etapa da fazenda.

Há ainda uma terceira versão que foi relatada pela ACS Cristina, de que esse processo não foi sempre pacífico assim. As famílias eram trazidas à noite de invasões no centro da cidade e deixadas aqui. Cada uma deveria construir as suas próprias casas sem muito suporte da prefeitura.

Mas o processo de organização do espaço coletivo veio aos poucos e com ele começaram a surgir as lideranças. Dona Teresa é uma dessas pessoas que participaram da estruturação do bairro e da formação da única associação da área. E ela mesma conta quais foram as estratégias de enfrentamento utilizadas para conseguir o **abastecimento de água**⁴³ no bairro.

DONA TEREZA: Quando eu cheguei aqui nos anos 80, não tinha nem água encanada. Era essa luta: andando para **pegar água da bica**. Tem um lugar que tinha uma bica, onde todo mundo pegava água. Ali era final de linha de ônibus. Era um olho d'água. O morador pegava água, lavava roupa, era tudo ali. Quando chovia misturava água de chuva, de esgoto, de imundice mesmo que descia da área toda. Quando eu vi aquilo não suportei e comecei a andar e lidar com as pessoas. **Em época de política** fica parecendo formiga no carreiro de fazer baixo assinado. As pessoas diziam que estavam com calo no dedo de tanto fazer baixo assinado e não conseguir nada. Na época eu consegui junto com a secretária de **João Durval**. A primeira dama, Ieda Barradas, que me deu uma carta e eu levei para o centro administrativo. Fomos até a central de Pirajá e na outra semana o pessoal da emba

⁴³ Em 2005, das 48.556 famílias cadastradas (186.280 pessoas) pelo SIAB no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário 46.932 (96,66%) tem abastecimento de água pela rede pública e 616 (1,27%) ainda utilizam poço ou nascente (Salvador, 2006b).

estava aqui. Só que passou muito tempo, então o povo assumiu e colocou água nas suas casas e depois a Embasa veio e legalizou.

Com relação à instalação da **rede de energia elétrica**⁴⁴, não foi muito diferente. Embora a Prefeitura tivesse alojado a maioria das famílias, não tinha nenhum projeto urbanístico. A população tinha acesso aos bens de consumo coletivo através da “ajuda” de algum candidato em época de eleição.

SEU ANTÔNIO: Antes disso era **candeeiro**, fifo, eu corri atrás da luz por mais de um ano. Eu fui no escritório desse **Lorival Evangelista** (vereador), ele veio aqui olhar (1986). Fui lá na Coelba, conversamos com seu Milton. Disse: “olhe, se tiver casa suficiente para ocupar o poste, vocês não vão ter que pagar o poste”. “Como a gente o poste para Coelba?”. Arrastamos poste, os meninos ainda ajudam a puxar e ainda compramos uma garrafa de **pinga para dar os “caras”**. No final da semana já estavam colocando os fios de cobre. Com pouco tempo o ladrão subiu e roubou os fios tudo dessa região aqui. Ficou todo mundo no escuro. No dia da inauguração o vereador veio, a gente arrumou uma farofinha, os meninos fizeram um **sambinha**. Entrou um bocado de gente.

Os **serviços públicos de manutenção**⁴⁵ do bairro só fizeram parte da rotina da comunidade recentemente. Dessa vez, foi a liderança mais jovem do bairro, Seu Roberto.

SEU ROBERTO: Eu via tudo esburacado, tudo acabado. Eu vou me envolver com a política. Se eu não me envolver com a política, qual o poder que eu tenho? **Eu tenho que fazer o jogo de interesse**. Eu tenho que trazer eles para que a gente consiga dar o voto e para que a gente consiga desenvolver o bairro. O que foi que eu fiz? No primeiro ano, não fui muito bem aceito, ninguém acredita muito em política. E comecei a trabalhar pela comunidade. Devagarzinho. Passei uns 4 anos sem conseguir nada por conta do outro lado, a oposição. Foi quando entrou o governo João Henrique, quando fez a parceria com o PT, começou a ser liberado algumas coisas para aqui. Fizemos algumas ruas de dois anos para cá que começando a estruturar em termos de limpeza. Era só 2 vezes na semana. De 2 anos para cá que tiramos esse lixão daqui. Aí eu lancei o jornalzinho do Bairro. É o primeiro. Isso para dar satisfação à população. Foi quando o vereador Geovanni tomou posse e começou a trabalhar diretamente no pé do ouvido do prefeito. Aí que vai chegando algumas coisas por aqui. O tapa-buraco para algumas ruas, A capinação, coleta de lixo segunda a sábado, dois varredores de ruas, drenagem, limpeza das bocas de lobo, iluminação, poda de árvore.

⁴⁴ 47.068 domicílios (96,94%) estão ligados à rede elétrica (Salvador, 2006b).

⁴⁵ Pelos relatórios do SIAB, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário ainda existem 9.233 domicílios (19,02%) que o esgoto fica a céu aberto, sendo que 38.274 domicílios (78,82%) tem o lixo coletado pelo serviço público (Salvador, 2006b).

De um lado, o apoio político-partidário é uma das poucas estratégias que comunidades periféricas dispõem para ter acesso a serviços que deveriam ser vistos como um direito do cidadão. Por outro lado, o tráfico de influência das **lideranças comunitárias divide a comunidade**. A atual associação liderada por Dona Teresa conta com o apoio político do grupo liderado por Imbassay e é duramente criticada por alguns representantes e moradores pela forma centralizadora com que lidera a associação, entre eles Seu Roberto, que por sua vez, está organizando a formação de uma outra associação comunitária no local.

Com relação à **educação**⁴⁶, a comunidade conta somente com uma escola municipal que oferece poucas turmas para o primeiro grau e com a creche-escola da associação que tem 126 alunos até a primeira série do primeiro grau. Só em Paripe, a comunidade conta com a Escola Estadual Carlos Barros oferecendo turmas para o segundo grau. As próprias ACSs se queixam das poucas chances de encontrar vagas no bairro. Outra opção de atividade educativa para os jovens é o Lar Mariano, o SESI e o Mosteiro já na Av. Suburbana.

A prática religiosa evangélica se revela no território pelas inúmeras igrejas nas redondezas e, na área, as duas únicas igrejas que são também evangélicas. O terreiro de Candomblé fechou e a capela está desativada. A Paróquia mais próxima fica em Alto de Coutos.

O bairro que era uma mata na década de 70, hoje se mostra como uma cidade dentro de outras cidades. Mas toda a parte comercial e mais estruturada fica mais em baixo, em Paripe.

⁴⁶ 121.250 com mais de 15 anos (89,97%) são alfabetizados. 23.975 crianças e adolescentes dos 7 aos 14 anos (93,60%) freqüentam a escola (Salvador, 2006b).

SEU ANTÔNIO: **Agora aqui tá uma cidade.** Tem um monte de supermercado, farmácia por todo canto, um bocado de tabuleiro de roupa, açougue, tudo que se quer tem aí em baixo. Carro (ônibus) a vontade aí, o que precisar na rótula de Paripe. Você pode pegar um carro daí e ir para onde quiser. Por enquanto tem um resto de trem. Dizem que tem um projeto que vai rodar o trem até Simões Filho. Eu quero que vá até onde ia antigamente, até Serrinha. Eu viajava muito de trem. Eu ia até Juazeiro.

DIÁLOGO COM A ACS DANIELA:

ET: e como é morar aqui ?

ACS: é bom e ruim, né? Justamente por isso, pelo meio de transporte que não tem, **tudo que você quer você tem que ir em Paripe para conseguir.** Você tem que descer a ladeira e pegar ônibus aqui no centro de abastecimento. No bairro só tem pequenas mercearias. Então se você quer uma compra grande, você tem que ir para Paripe mesmo.

DIÁLOGO COM A ACS JOANA:

ET: e como é morar aqui no bairro para você ?

ACS: Agora é **um bairro muito carente**, como você sabe, é um bairro que precisa de muita coisas. Da região, nós somos os que temos maior carência. Nós não temos escola... Lá em cima é bem favorecido por ter praticamente 3 unidades de saúde. E no bairro não tenho unidades para as pessoas. É bem distante e as pessoas tem que vir para cá andando, por que muitas pessoas não tem dinheiro para pegar um transporte para vir. Tem mãe que tem dois ou três filhos pequenininhos e tem que vir com um no braço e outro no outro. É difícil. É muito carente. Nós não podemos contar com farmácia, com mercado, com posto de saúde, nada disso. Temos que usar um carreto e transporte. A gente compra lá em baixo no “Bom Preço” e sobe.

Mas essa cidade cresceu tanto e desordenadamente, que enfrenta hoje problemas próprios de grandes periferias com grande concentração populacional associada ao descaso dos órgãos públicos. Na foto abaixo é possível ver que a ocupação das moradias destruiu as áreas verdes, não restando nenhum espaço para lazer⁴⁷.

⁴⁷ “O processo de urbanização de Salvador avançou sobre a cobertura vegetal, acarretando, em muitos pontos, sérios problemas ambientais, como nas margens da Baía de Todos os Santos, na linha das dunas que outrora corria pela orla marítima, nos rios, lagoas e florestas. (...) Poucos espaços resistem, manchas das antigas florestas que encontramos na cidade, algumas transformadas em parques de preservação ecológica, a exemplo de São Bartolomeu/Pirajá, no Subúrbio”. (Souza, 2002: 48).

A repercussão desse crescimento associado com a pobreza se revela nas más condições de vida das pessoas.

TÂNIA, AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA EQUIPE: Aqui quando eu vim trabalhar, eu me choquei um pouco. Sabe ? Eu dizia assim: “poxa, eu na minha infância me considerava pobre, mas eu não era pobre. Eu era rica, por que eu tinha o que comer, eu tinha terra, eu tinha um pé de manga, eu tinha um pé de jaca, um pé de banana.” Entendeu? Eu era pobre, entenda, de não poder ter um estudo melhor, de não ter uma vida melhor. Mas eu tinha uma cama para dormir, tá entendendo? Então aqui eu me choquei muito por que tinha lugares aqui que chagava lá, a casa era tipo um acampamento. Era uma napa preta coberta. As crianças com a barriga enorme cheia de verme. Quando não era isso, com escabiose infectada. Tinha vez que tinha cada rato desse tamanho competindo com as crianças. A gente ia muito para área e eu me chocava muito.

Com relação à violência, os relatos são bem contraditórios. Ou as diferenças dentro do próprio território são bem significativas ou a própria população não está atenta suficiente para perceber a presença do tráfico de drogas. Os que defendem o bairro como um lugar pacífico falam da violência como sendo algo de um outro ou como algo casual, não tão articulado com o tráfico de drogas.

DONA TERESA: tem gente que fala muito sobre violência, mas não é nessa área. É mais na Colina do Mar.

ACS JOANA: olha, apesar das pessoas comentarem que é um bairro perigoso, eu como moro aqui desde criança, assim, eu não vejo tanto perigo assim, nè?

Já outros informantes me apresentaram um território regido pelo terror e pela violência.

ACS HELENA: Agora tá até melhor. Eu vou fazer 16 anos ali. Lá embaixo, onde eu moro, era uma área de desova, era da Marinha. Tem pessoas que são atendidas aqui no posto que o marido é chefe de tráfico de arma e de droga. E lá tarde da noite vem gente de moto, nuns carros bonitos, carro preto. Eu mesma já vi um cara de moto com um blusão assim. Quando ele abre o blusão cheio de pacotinho. Mas eles não bolem. Só se chegarem alguém de fora e quiser o ponto. Aí dá tiro, facada, desligam a luz e mata ali mesmo. A não ser isso, quem dá “quebrança”, também. Amanhece morto.

ET: dá “quebrança” ? como assim ?

ACS: por exemplo, a pessoa trafica. Pega a droga e leva. Depois ele gasta o dinheiro e não paga. Aí começa a cobrança, e se não pagar, ele morre. Tem que pagar com a vida. Se bem que já melhorou bastante. Já faz algum tempo que apareceu um morto por lá. O último que eu me lembro tem dois para três anos, por que sempre que tem um “presunto”, eu vou ver. Antigamente menininho tinha muito revolver. Aí começou a entrar o conselho tutelar, aí aliviou. Mas antes a gente via os meninos na esquina com o revolve na mão. Os “caras” fumando do lado. Ali é um beco que não tem saída. Já morreu muita gente ali. Agora já melhorou mais. O clima ali em cima é esse. É facada, é garrafada, e tem que sair. Se não sair da área ... tinha um aí mesmo, João, ele antigamente, botava um bilhete. Se não saísse, tava morto. Na casa que eles queriam entrar para mudar de “ponto”, eles mandam sair da casa. (...) Tem pouco tempo que mataram uma porção de adolescente aqui em cima. Até quem não tinha nada haver e foi dormir na casa, nesse dia também “pagou o pato”. Aqui é violência e droga. O clima aqui é esse. O fator principal é esse aqui. agora, como resolver ???

ACS KÁTIA: Aquela menina passou para mim que invadiram a casa, quebraram tudo e só faltaram matar. E a família dormiu na rua. E que todo mundo na casa apanhou. Aí não sei se eles estão devendo drogas... Ela tava bem abatida mesmo. A mãe é alcoólatra. 8 horas da manhã já está bêbada. Os filhos, tudo usuário de drogas. A menina é uma criança de 13 anos e também já é usuária. É violentada pelos próprios tios. Quando todo mundo tá drogado é uma sessão de tortura. Os vizinhos falam que só ouve os gritos. A mãe abandonou, foi morar na 28, lá no pelourinho. Que a mãe é ladra, traficante e tudo. A mãe, eu sei quem é. E ai deixou a filha e foi viver no meio do trafico.

2.2 – Boa Vista do Campo Belo – como território da saúde ?

No Bairro Boa Vista do Campo, 1.114 famílias (4.563 pessoas, aproximadamente) do Belo são acompanhadas pela equipe de saúde da família formada pela enfermeira Fernanda, a médica Luíza, o dentista Gustavo, os Auxiliares de enfermagem Jorge e Tânia, ACD Eliana e as ACSs Joana, Margarida, Rita, Kátia, Helena, Cristina e Daniela. A unidade de referência da equipe foi construída mais de um quilômetro de distância da comunidade e seu acesso é ainda dificultado pelas subidas e descidas das ladeiras.

No entanto, o processo de implantação dessa equipe nesse território não facilitou a legitimação do PSF como a porta de entrada do usuário no sistema de saúde municipal. Seja pelas barreiras geográficas, seja pelas dificuldades da equipe em se afirmar como

interventores da atenção básica, eu mesma percebi, por várias vezes nas minhas andanças no bairro, que as famílias cadastradas associam mais o atendimento de saúde com o Hospital Antônio Batista Caribé⁴⁸ do que com equipe do Programa. Alguns informantes confirmaram essa minha observação.

SEU ANTÔNIO: Quando eu preciso de alguma coisa, vou no Caribe. Desço a ladeira e vou. Graças a Deus eu não vou muito para médico, não. Eu tenho essas “dorzinhas”. Agora já tem o posto lá em cima, mas demora muito de atender.

DONA TERESA: para saúde aqui é atendida no João Batista Caribé. As pessoas preferem descer aqui em Paripe ou até mesmo ir na Ribeira, na Irmã Dulce, do que ir na unidade. Aqui preferem descer para o Caribé, com certeza !!! Irmã Dulce, PAM de Roma, as pessoas me falam. A gente sabe por que é o que as pessoas falam aqui.

Talvez pela própria dinâmica do sistema de saúde hegemônico, o qual instituiu o hospital como principal espaço de saúde, hoje a população ainda não consegue se apropriar de outras estratégias de acesso à serviços de saúde.

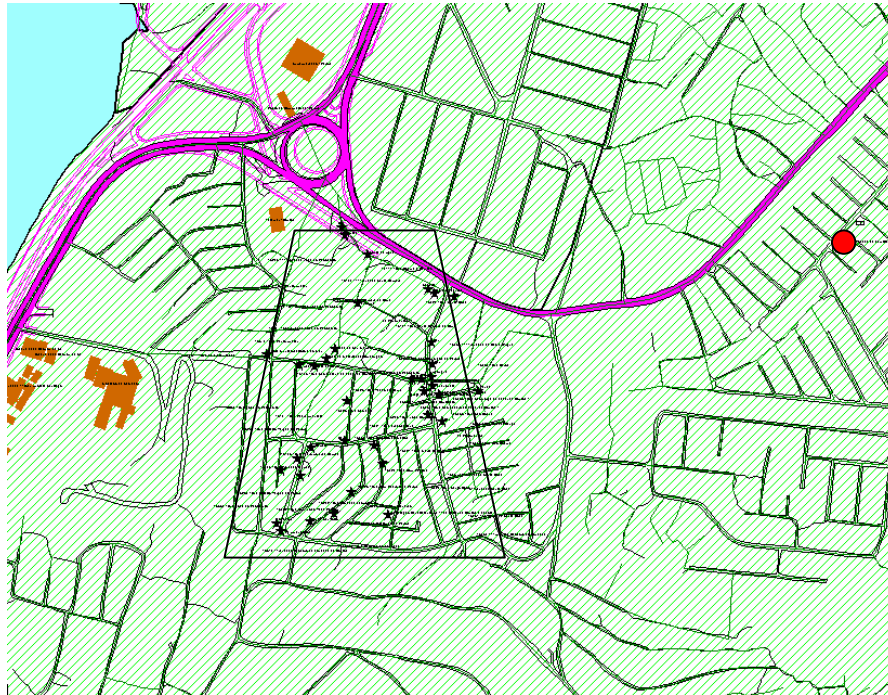
ACS MARGARIDA: O pessoal da minha área é metido a besta. Vem para marcar e depois “ah, se tiver que morrer, morre”. Só querem vir se for emergência. Tô sentindo uma dor aqui agora, vai. Não quer que marque para dois ou três dias. Querem na hora. As vezes preferem ir para Caribé. Marca, mas não vem. Esquece. Só os hipertensos por que tem remédio.

SEU ROBERTO: Tem o PSF aqui fazendo o trabalho dele, mas muitos optam aqui em caso de emergência, o Caribé. Não tenho a vivencia para lhe dizer. Muitos preferem ainda ir lá para o PSF, mesmo com toda dificuldade. Lá não é um hospital de emergência, não tem que ver sangue. O pessoal que vai aqui para o Caribe chama lá de “carnificina”, “açougue”. Em termos de higienização, essas coisas, o pessoal fala muito mal dali.

Por outro lado, a formação de “ilhas” de atendimento (ver Mapa 01) não possibilita o reconhecimento do PSF por parte da comunidade como espaço público e de saúde. A forma como a unidade de saúde da família chegou nesse território evidencia as distorções do sistema e as conseqüências de uma estratégia desestruturante.

⁴⁸ Além desse Hospital, há mais 3 unidades de saúde próximas do bairro e dezenas de clínicas privadas/conveniadas com o SUS e laboratórios de análise clínicas no centro comercial de Paripe. Há também uma proliferação de planos de saúde de baixo custo oferecidos por algumas clínicas de especialidades.

MAPA 01: ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF (SALVADOR, 2002)



- Unidade de Saúde da Família
- △ Área de Abrangência da ESF

2.2.1 – A chegada da unidade de saúde no território

Na realidade, as quatro equipes da Unidade de Saúde da Família do Campo Belo tiveram processos de implantação diferenciados. A área de abrangência da Boa Vista do Campo Belo teve a sua própria história de implantação. Inicialmente essa comunidade não deveria ter Unidade de Saúde da Família do Campo Belo como unidade de referência. O plano da Prefeitura era implantar uma unidade de saúde da família só para a Boa Vista. Segundo um dos líderes comunitários, seu Roberto, devido à discordância da presidente da associação de bairro, a implantação da unidade no local não foi possível.

LÍDER COMUNITÁRIO ROBERTO: Foi uma luta para a gente fazer o posto médico aqui. Esse posto médico ia ser feito nessa associação de moradores. Acho que a representante do bairro se sentia dona do estabelecimento (terreno da associação) e procurou de todas as formas dificultar para que a gente colocasse o PSF ali. O Deputado com o Secretário de Saúde fizeram vários pedidos para o PSF chegar até aqui. Aí começou a murar a associação para fazer o posto. Aí quando ela viu a associação ser murada, ela começou a intervir de alguma forma para que esse posto não fosse feito aqui. Ela tentou levar o PSF para um terreno da Paróquia aqui em cima. Ela procurou desapropriar uma área que é da igreja, mas aqui é da comunidade. Mas não conseguiu. Então tentou fazer na pracinha, mas essa área já foi dada pela Prefeitura como praça. Mas também não conseguiu. Agora o PSF está na Unidade do Campo Belo. Funciona lá, mas é daqui, da Boa Vista do Campo Belo. Isso dificulta muito, devido às ladeiras e à distância de mais de um quilômetro.

A ACS Cristina relata como foi então que a equipe da comunidade da Boa Vista do Campo Belo foi encaminhada para a unidade onde hoje atua.

ACS CRISTINA: Até que a gente começasse a trabalhar, demorou um pouco por causa da construção do posto. Quando o posto foi construído e começou a funcionar, a minha equipe, ou seja, as meninas que moram na área que eu moro, **nós íamos ficar de fora**. Nós não íamos ser chamadas, não, por conta da distancia. E aí iam colocar alguns ACSs daqui de cima e a gente ia ficar fora e **nossa comunidade ia ficar descoberta**. Nós já tínhamos feito o curso e tudo mais, passamos e a gente ia ficar esperando quando construísse o posto lá na nossa área para começar a trabalhar. Aí eu reuni algumas colegas e a gente foi para algumas reuniões que teve até aqui com a comunidade daqui de cima. A **gente expôs a necessidade da nossa comunidade**, que a gente tinha participado do concurso. Aí elas, as coordenadoras, entenderam que seria justo que nós fôssemos chamadas. E as lideranças de lá também acharam que seria justo que a nossa comunidade participasse, por que é cercada por 3 unidades de saúde, mas não tinha nenhum atendimento. Então não seria justo que construíssem essa aqui agora, nossa área tivesse sido incluída no concurso e nesse levantamento que teve e acabar nossa comunidade ficando de fora. Eles concordaram e a gente foi chamada para trabalhar. Se a gente não tivesse se mobilizado eu acho que a gente tá até hoje descoberta.

Então desde o início da implantação, a equipe teve que se deparar com a disputa de projetos tanto dentro da comunidade (entre as lideranças) como as lideranças com a Prefeitura. O primeiro dentista da equipe estudada, Henrique, acompanhou de perto esse processo.

DENTISTA HENRIQUE: Eu tive reuniões com as lideranças todas, mas eu lembro que **tinha uma certa “rosca” entre eles**, um certo desentendimento em saber se era realmente aquele posto ali naquele local que ele tinha que estar. (...) E eu percebi também que algumas **lideranças comunitárias questionavam muito o local** onde o posto foi construído e a prefeitura justificava que ali era ideal. Algumas pessoas queriam mais lá para perto, por que realmente a área que eu trabalhava era distante, tinha barreiras geográficas como ladeiras.

Mas finalmente a unidade foi construída e as quatro equipes foram implantadas em novembro de 2005. Só que a Unidade de Saúde do Campo Belo começou a funcionar sem estar ainda totalmente estruturada para o Programa: faltavam alguns equipamentos; as áreas não estavam delimitadas; não se sabia quantos ACSs deveriam ser incorporados, embora já tivessem sido selecionados. Como foi relatado no capítulo I, o processo de implantação das equipes de saúde da família em Salvador não foi precedido de um mapeamento que definisse as áreas prioritárias e, nem tampouco, quantos ACSs seriam necessários e onde eles deveriam atuar. As próprias equipes que, ao chegarem à unidade, realizaram essa estruturação com a ajuda da supervisora Márcia.

DENTISTA HENRIQUE: Inaugurou e não estava totalmente pronto pro posto funcionar, **faltava muita coisa ainda**. A gente estava sem compressor no consultório odontológico, não tinha autoclave, ficou um bom tempo sem autoclave. Lá no Subúrbio tinha umas quatro ou cinco supervisoras, cada uma pegava um certo número de unidades. E a nossa era Márcia, de forma que quando a gente chegou lá no dia da inauguração da unidade, ela já estava lá para receber e nos orientar. E ela mesma já tinha esse mapa da área. E aí quando foi no dia da inauguração da unidade, a gente viu que tinha áreas ali que não estavam totalmente cobertas, aí a gente entrou com ela para tentar ajudar, ver quais eram as famílias descobertas, quantos ACSs iam precisar chamar, que já estavam selecionados e treinados.

Ao tempo em que eram preparados na lógica de organização do PSF, os primeiros profissionais iniciaram o processo de divisão das equipes pelas áreas existentes.

DENTISTA HENRIQUE: A gente teve uma semana, é bem lembrado isso. A primeira semana logo no trabalho o posto não funcionava ainda. **A maioria das equipes estava tendo o primeiro contato com o PSF**. Então a gente teve uma **semana de preparação**. A gente se encontrava na própria unidade com a supervisora e fazia uma série de trabalhos de **dinâmicas de grupo**. A gente leu

juntos as **atribuições de cada profissional** do PSF, discutiu muito na época a questão da comissão gerencial, eu até fiz parte da primeira comissão gerencial. Paramos também para ver o **mapa da área**, que Márcia já tinha um esboço feito à lápis no papel metro e a gente continuou fazendo essa parte. A gente também fez a **divisão das equipes**, tudo a gente participou. Foi feito um sorteio e dividiu as equipes.

Após a divisão das equipes, foi necessário que alguém assumisse o “leme” do trabalho e organizasse a unidade, embora o treinamento introdutório das equipes só aconteceu de fato depois que o trabalho tinha sido iniciado, como foi na maioria das equipes de Salvador.

DENTISTA HENRIQUE: Na primeira comissão gerencial ficamos eu, outra enfermeira e dois auxiliares, uma auxiliar de dentista e uma auxiliar de enfermagem na equipe. A gente teve que conhecer essa parte burocrática, de solicitar material, solicitar vacina, fazer mapa. A gente que abriu a farmácia pela primeira vez, a gente que **arrumou porque botou a cara para fazer**. A gente poderia ter tomado a postura de sentar e cruzar os braços e esperar o gestor tomar a iniciativa. Mas só depois do Carnaval, a gente só começou a atender mesmo paciente na parte odontológica lá para abril, por que precisava do compressor. (...) A gente teve o **treinamento introdutório** bem depois, já estava a equipe completa. A gente entrou, **ficou lá meio que aprendendo no tato, de olho fechado, sabe, e aí depois, um tempão, agente conseguiu agendar o introdutório para nosso posto**.

Embora existisse uma série de dificuldades na implantação (distante da área de intervenção da equipe estudada, poucos profissionais com experiência em PSF, o Treinamento Introdutório demorou de acontecer, e muito para fazer), em um ano de trabalho a Unidade de Saúde da Família do Campo Belo passou a ser considerada uma das unidades modelo do Distrito, pelo menos foi essa a imagem a mim apresentada tanto pelo nível central como nível distrital e confirmada pelo segundo dentista da equipe, Gustavo.

DENTISTA GUSTAVO: A Unidade do Campo Belo tem uma particularidade em relação às outras do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, embora eu não as conheça. **Todo mundo fala por todas as bocas que Campo Belo é o modelo do Subúrbio Ferroviário**. Então, **Campo Belo funciona**. Os profissionais trabalham, são comprometidos, as coisas aqui andam. Essa é a mensagem que foi colocada para mim e é propagada pelas outras equipes. Isso que me falaram até quando eu fui na Real falaram assim: “você vai para Campo Belo?” Eu perguntei: “E aí”. Falaram: “é a melhor unidade do subúrbio ferroviário”. Até pela REAL Sociedade Espanhola foi

colocado isso. Então existe essa idéia, esse mito em relação a essa unidade de saúde. De certa forma isso é uma concepção externa e interna da unidade. Então **Campo Belo tem que fazer tudo muito bom e muito bem.**

Mas que modelo é esse que é tão valorizado? Por funcionar ? Então fiquei me perguntando se as outras unidades não funcionam ou então quais os atributos que ela apresenta no seu processo de trabalho que a diferencia das outras unidades.

2.2.2 – As atividades e a organização do Processo de Trabalho da Equipe

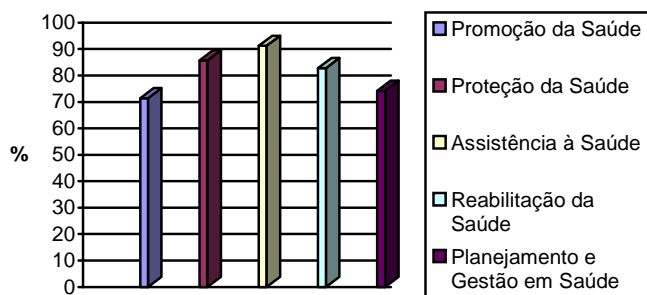
As atividades de saúde da equipe

A fim de traçar o perfil das atividades que a equipe desenvolve, foram aplicados os questionários estruturados (vide anexo) para cada membro. As atividades classificadas segundo níveis de atenção à saúde, estão apresentadas em valores proporcionais das atividades referidas como realizadas por toda a equipe.

Como mostra o Gráfico 01, embora todas as atividades tenham tido um percentual acima dos 70%, as atividades classificadas como de assistenciais são as mais proponderantes, chegando aos 81,01%. O segundo grupo de atividades mais referidas foram as atividades de proteção da saúde com 85,06%, e em seguida, um grupo de atividades com valores bem próximos: planejamento e gestão em saúde com 75,18%, reabilitação da saúde com 71,88%, e por último promoção da saúde com 71,80%. Esses percentuais apresentam uma distribuição equilibrada entre as atividades referidas e uma capacidade da equipe em articular as ações de diferentes naturezas.

GRÁFICO 01

Distribuição percentual dos níveis de prevenção da equipe por atividades referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

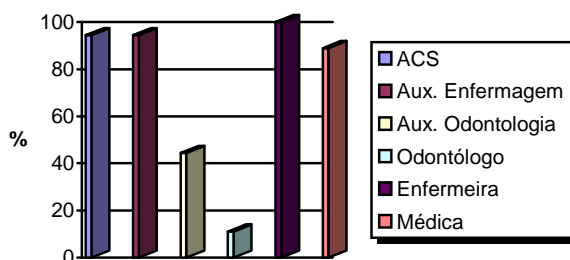


Fonte: Questionários da investigação.

Com relação às atividades de promoção da saúde (Gráfico 02), a enfermeira Fernanda apresentou o maior percentual: 100%. Todas as atividades dessa natureza sugeridas nos questionários foram apresentadas como referidas, sendo que as caminhadas e atividade física moderada com idosos foram destacadas com a categoria “sempre” realizada. Sem dúvida o envolvimento da enfermeira nas atividades com a comunidade se revela no instrumento, juntamente com os outros profissionais que também participam da organização e execução das atividades: Auxiliares de enfermagem com 94,45%, médica com 88,89%, ACSs com 71,43%, ACD 44,44% e o dentista da equipe com 11,11%. Os altos valores aqui apresentados podem ser atribuídos às atividades desenvolvidas pelos grupos de portadores de hipertensão, jovens e com as crianças desenvolvidas mensalmente pela equipe até dezembro de 2005.

GRÁFICO 02

Distribuição percentual das atividades de *promoção da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

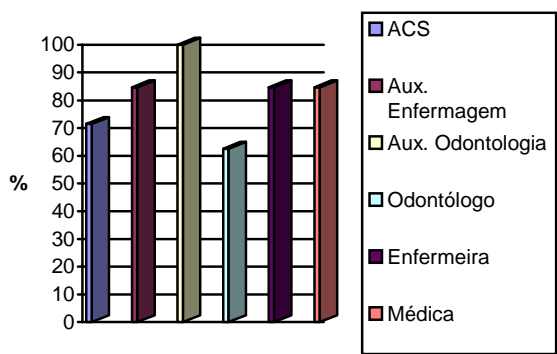


Fonte: Questionários da investigação.

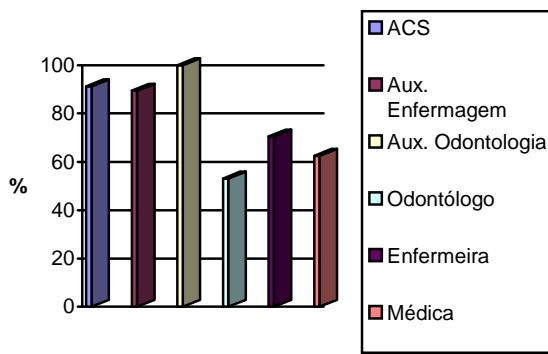
Tanto para as atividades de controle de riscos (proteção da saúde no Gráfico 03) como para as de controle de danos (assistência no Gráfico 04), a auxiliar de odontologia Eliana referiu 100% das ações como realizadas. Isso mostra como as atividades de escovação, aplicação de flúor e o tratamento concluído para odontologia estão bem estruturados na rotina da profissional. Paradoxalmente, o odontólogo Gustavo apresentou o escore mais baixo para assistência, provavelmente por estar na equipe há menos tempo.

GRÁFICO 03

Distribuição percentual das atividades de *proteção da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

**GRÁFICO 04**

Distribuição percentual das atividades de *assistência à saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006



Embora as atividades de minimização dos danos, reabilitação (Gráfico 05), não estejam na lista de prioridades do Programa, a enfermeira Fernanda apresentou 100% como realizadas devido o acompanhamento de acamados realizado pela enfermeira com a ajuda dos auxiliares de enfermagem (83,34%) e as ACSs (82%, 86%).

Já para as atividades de planejamento e gestão em saúde (Gráfico 06), há uma participação significativa da enfermeira Fernanda com 100% das atividades referidas como realizadas, confirmando uma tendência histórica da categoria em coordenar as atividades administrativas. Para esse tipo de tarefa, os auxiliares de enfermagem também referiram que realizam 94,84% das atividades apresentadas no questionário.

GRÁFICO 05
Distribuição percentual das atividades de *reabilitação da saúde* referidas como realizadas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.

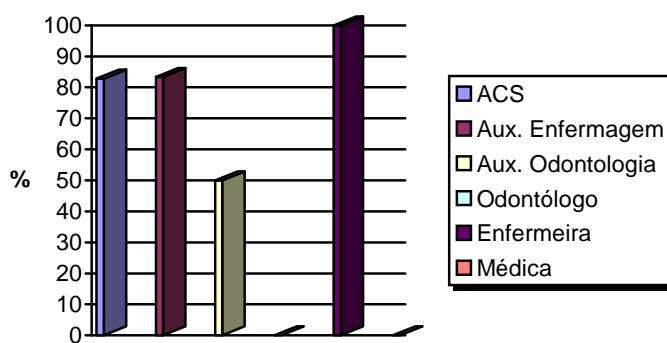
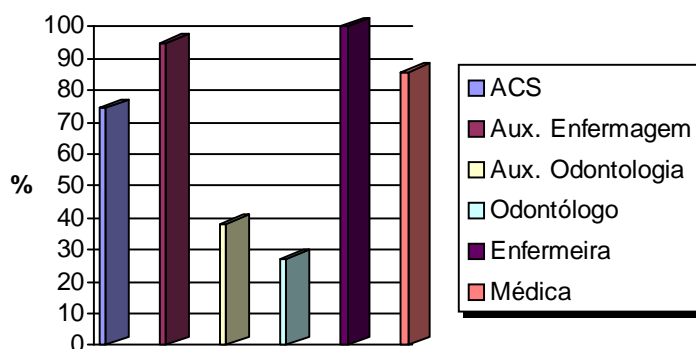


GRÁFICO 06

Distribuição percentual das atividades de *planejamento e gestão em saúde* referidas pelos membros da equipe, Salvador, jan e fev /2006.



Fonte: Questionários da investigação.

De fato, a equipe como um todo apresenta uma proporção significativa em quase todos os grupos de atividades classificadas pelo questionário. Numa leitura mais crítica dos resultados e contextualizando com o processo de trabalho da equipe observado, é necessário ressaltar que a equipe referiu no questionário as atividades em função à sua própria atuação até final de 2005, quando eu não estava ainda em campo, ou seja, corresponde a um momento da equipe, o qual se diferencia do momento que eu acompanhei. Essa minha observação é em função principalmente das atividades de promoção da saúde que, após janeiro, foram se tornando menos frequentes, como os próprios sujeitos relatam nos capítulos posteriores.

Organização da demanda para atendimento clínico

Embora tardio, o treinamento introdutório capacitou a equipe a utilizar tecnologias fundamentais para a organização do trabalho em saúde a partir da lógica do PSF: noção de território, adscrição da clientela, priorização de problemas junto a comunidade, planejamento estratégico local, entre outras. Ainda em 2005, a equipe, na sua primeira composição⁴⁹, desenvolveu uma série de atividades que desencadearam uma intervenção referida como positiva.

DENTISTA HENRIQUE: Aí na primeira semana do treinamento introdutório a gente trabalhou as equipes, foi muito, muito produtivo, foi o dia todo, de manhã e de tarde, a semana toda. Teve um exercício que foi fazer o **mapeamento das nossas áreas**, isso aí foi fundamental. Fazer um mapa dinâmico da área, não só o estatístico, com casinhas desenhadas, mas com pontos de drogas, pontos de prostituição, igrejas, casas de candomblé. A gente fez esse exercício. Teve uma **oficina com a comunidade**. Identificamos com eles quais eram os **principais problemas** da comunidade. Fizemos a oficina, a gente fez a **árvore dos problemas**. A comunidade foi super receptiva, foi muito participativa mesmo. Eu lembro que elas falavam que a árvore tinha muitos frutos, muitas raízes, principalmente. E aí a gente foi afunilando para chegar no problema que a gente queria resolver primeiramente, que no caso foi **hipertensão**. Geralmente é hipertensão. E aí elaboramos **um projeto** em cima disso. O que era o projeto? Fazer grupos, fazermos a caminhada, que foi assim, teve uma participação incrível, as caminhadas, eu tenho até isso registrado em fotos.

Embora o informante tenha relatado esse trabalho com tanto entusiasmo, eu, como pesquisadora, só tive acesso a essa informação sobre equipe quando já estava no final da minha coleta. Nenhum outro profissional de saúde me relatou esse momento do grupo nos meses de campo. Ou essa atividade não teve o mesmo valor para as diferentes categorias ou não passou de uma “onda” de motivação no início do trabalho em equipe. Mas então o que se perdeu ?

⁴⁹ Dentista Henrique, enfermeira Fernanda, médica Luíza, Auxiliares de enfermagem Jorge e Tânia, ACD Eliana, ACSs Joana, Margarida, Rita, Kátia, Helena, Cristina e Daniela.

DENTISTA HENRIQUE: Mas esse introdutório foi muito bacana e a forma que os meninos do ISC passaram também, a dinâmica deles foi muito legal. E muitos dos meus colegas daqui (da unidade onde ele agora atua) não tiveram isso, a gente no primeiro mês chegou a ter um encontro ou dois, uma vez na semana, uma quarta-feira à tarde. Só que não deu certo, a pessoa que estava fazendo foi para outro setor da secretaria e aí ... Agora, tem coisas que não entram na minha cabeça, não consigo entender alguns entraves, parte da burocracia mesmo.

De uma forma ou de outra, quando eu entrei no campo, janeiro de 2006, encontrei a organização da demanda para atendimento limitada aos problemas e grupos “típicos” da saúde pública (materno-infantil, hipertensão, diabetes).

ENFERMEIRA FERNANDA: a marcação era semanal e depois passamos a ser quinzenal porque tinha muito paciente. Achamos que não tinha propósito a questão da triagem porque o paciente vinha no mínimo 3 vezes aqui. Só na terceira vez que ele conseguiu realmente a consulta. **Então resolvemos fazer marcação nos grupos.** E a gente tá tentando consolidar os grupos no dia de terça-feira à tarde. E lá nos grupos a gente faz essa marcação. Nós temos 3 grupos: “Os amigos do Peito” para gestantes e lactantes; “grupo da felicidade” que são os idosos, o pessoal da melhor idade, como a gente chama; e o grupo de jovens e adolescentes, onde eles vão participar dos grupos. **A gente tá fazendo a marcação lá depois do grupo.**

Desses grupos, só o grupo de portadores de hipertensão tinha uma participação efetiva da comunidade, mas após a greve raramente foi realizado. Eu particularmente não acompanhei nenhum desses grupos no período da coleta. Poucos grupos e nenhuma triagem, assim, dificilmente a equipe consegue organizar a demanda espontânea.

MÉDICA LUÍZA: Na triagem marcamos um dia juntar mais gente e fazer uns atendimentos mais rápidos. No dia em que a gente possa escutar mais rápido para desafogar a demanda. Resolver problemas simples. E só agendar consultas imediatamente para pessoas que estão realmente precisando de mais tempo. **Isso eu já suspendi. Penso em voltar a fazer.**

ACS KÁTIA: primeiro tava sendo marcação aqui no balcão, aí estava tendo muita gente, mas tava ultrapassando o número de marcações. Depois ficou da forma de triagem, que ajudou bastante, e agora que **não teve marcação e nem triagem.** Nós trouxemos alguns nomes de pessoas que estavam querendo a consulta. E foi marcada para algumas pessoas.

E ainda que a equipe se limitasse a intervir sobre esses agravos/grupos específicos, a atenção não está até então consolidada a partir de algum programa ministerial, nem tampouco por um protocolo assistencial.

ENFERMEIRA FERNANDA: a unidade não está cadastrada no programa de controle da hipertensão. Nós não temos o pré-natal. Chegaram os códigos agora, mas não foram implantados ainda. De hipertensão e diabetes a gente não tem o programa instalado.

A atenção à saúde desses grupos é sub-dividida entre a médica Luíza e enfermeira Fernanda, mas a equipe não possui formas de acompanhamento mais sistemático.

ENFERMEIRA FERNANDA: A médica faz o atendimento de hipertensão e diabetes de pacientes que não estão sendo acompanhados. Ela faz sempre a primeira consulta e eu dou seguimento. A não ser paciente que esteja fazendo uso de algum medicamento, aí então marca para mim e eu mantenho as receitas. Caso eu não esteja, a médica faz a pré-consulta, e às vezes no próprio momento, ela vem e modifica toda prescrição. Nos grupos a gente conversa rapidamente “eu só quero uma consulta para o cardiologista”, e quem sou eu para dizer que ela não precisa de um cardiologista ? E então a gente já adianta o processo. A depender da consulta com o especialista, o paciente sempre volta.

Os casos que não se enquadram em nenhum desses grupos não são contemplados com alguma ação mais específica além da demanda espontânea (atendimento individual), seja uma atividade de promoção ou de prevenção. Para tanto, a equipe destina um número mínimo de consultas já pré-agendadas e um número para urgências, o chamado “extra”.

MÉDICA LUÍZA: o que limitou mais o número de consultas foi a qualidade da consulta. As 3 profissionais de medicina entraram juntas. A gente combinou quanto a gente consegue atender atendendo bem. Então a gente tentou de tudo. 20 atendimentos não dava, 12 tá demais. Infelizmente ficam mil pessoas lá fora, por que a gente só dá conta de atender 10 com os extras. Tendo essas 10 bem atendidas, a gente está satisfeito. Normalmente a gente **agenda 8 ou 9**. Às vezes já tem 10 pacientes por que as ACSs já vieram pedir consultas extras. E aquelas não são exatamente agendadas.

ENFERMEIRA FERNANDA: **são programados 10 pacientes**. O pré-natal eu só atendo 6, por causa das orientações que eu tenho que dar. Então eu marco **6 de pré-natal e 8 de criança** por turno. **Para o dia todo sai em média 16 pacientes**.

Já o atendimento de urgência segue o fluxo normal da unidade.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: o paciente vem, chega e se direciona à recepção. Tem que ter alguém para receber o paciente. Então, para o **receptionista** ele diz o que ele está sentindo e o que ele quer. Então o receptionista direciona ele para a **sala de procedimento**, onde nós verificamos logo a temperatura e manda “anotadinho” já para o médico. Ele volta para a recepção, que já entrou em contato com o médico e já disse que tem um paciente. O **médico** tem lá as consultas dele já marcada, mas esse provavelmente vai entrar como extra.

Normalmente os turnos são divididos entre atendimento na unidade, atividades extra-muros e reuniões de equipe e de toda a unidade. E entre os atendimentos tanto da médica como da enfermeira são agrupados de acordo com os grupos já mencionados, pois cada tipo de consulta demanda um tempo específico.

ENFERMEIRA FERNANDA: A gente tem atendimento separado por semana: segunda à tarde criança, quarta pela manhã pré-natal, quarta de tarde adulto, quinta pela manhã hipertensão e diabetes, sexta pela manhã planejamento familiar. Nós fazemos todos os atendimentos na semana e o restante do período é para atividades extras. Na sexta à tarde tem reunião da unidade.

MEDÍCA LUÍZA: Atender hipertenso junto com ambulatório de pré-natal não é o ideal, por que a gente gosta de dar no pré-natal mais atenção e mais papo para a gestante “colocar para fora” mesmo as dúvidas e ansiedades. E isso demanda tempo. Óbvio. Então se você mantém uma pessoa idosa aí fora esperando, você fica preocupada. E a gestante aqui dentro conversando, conversando, conversando.

De fato, a equipe define toda a priorização dos problemas, marcação e atendimento a partir dos grupos já referidos, os quais já tem remarcação definida a partir da primeira consulta. Sem dúvida o acompanhamento continuado é uma conquista. Esse é um nível de recorte do objeto de intervenção. Por exemplo:

ACS HELENA: hipertenso e diabético têm passado todo mês pela médica. Vamos colocar assim: a gente tem que fazer o relatório no dia 15. Então a gente pega do começo do dia 15 até o final do mês, se eu passar na casa da pessoa e ver que a pessoa não foi atendida ainda, eu venho e falo com a médica. Aí ela pergunta qual foi a data de atendimento dele. Se foi no final do mês, então ela marca no finalzinho que é para completar 30 dias. Um mês certinho. Então eu não faço assim uma base por que tento tá sempre olhando no caderno e ver a data que aquela pessoa procurou o médico.

Outro nível de recorte observado é uma espécie de “triagem” que o próprio agente executa quando encaminha a clientela da comunidade. Seja previamente discutido com a equipe ou não, as ACSs tem um certo poder de definir o que é um problema ou não a ser abordado pela equipe, já que eles não dispõem de outra tecnologia de informação no momento da priorização.

DIÁLOGO COM A ACS MARGARIDA:

ET: quantas indicações de consultas para medico, enfermeira, odontologo por mês você tem ? Isso é definido? como ?

ACS: não tem definido. Eu **geralmente pouco peço**, por que as pessoas da minha área “ah, tô precisando de médico, tô precisando de médico”, mas quando marca não vem. Tem gente que fica naquela agonia o tempo todo, quando marca, não vem. Entendeu ? eu pouco peço. Quando tem triagem para marcação em tal dia, então eu mando vim. **Tem aqueles que ficam uma eternidade pedindo, então eu peço.**

ET: e quando tem triagem ?

ACS: não tem previsão. Não sei quando vai ter. Mas eu solicitei consulta para duas pessoas. Eu encaminho para Dr. Luíza. Quando não tem, ela fala quando tem possibilidade.

ET: então você traz uma vez por semana, uma vez por dia, uma vez por mês ?

ACS: eu pouco trago. Eu passo semanas sem trazer. Não sei. Acho que é por que a gente aprendeu lá no introdutório para não marcar consulta, entendeu ? **Eu só peço quando é extra-ordinário mesmo.**

DIÁLOGO COM A ACS HELENA:

ET: quantos você tem de consulta para indicar ? e como é que você define isso ?

ACS: eu chego lá e tenho um paciente que tá com pressão alta, tá sentido dor isso e aquilo. Aí eu falo “eu estou com uma paciente com isso e isso. Dá para você atender essa ?” a gente mesmo ver a situação e aí conversa. Expõe o problema. Tem criança que já tá com exame, já tem aquela outra que tá com micose, tá com escabiose, ou tem uma hérnia. Aí **ela dá prioridade para aquela que está mais grave.**

DIÁLOGO COM A ACS DANIELA:

ET: Em média você encaminha quantas consultas ?

ACS: eu nunca parei para contar quantas. Eu faço uma lista, se dê no **mês para marcar umas 20 pessoas**, mas dentro daquelas 20 pessoas incluída toda aquelas dos grupos. **Se a agenda dela não tiver muito lotada**, eu vou ...

A priorização dos problemas de saúde me pareceu ainda pouco consolidado. Os parâmetros não estão muito claros para toda a equipe, ficando a critério da capacidade do ACS, às vezes, de discernir sobre esse ou aquele problema. Outro aspecto observado é que a equipe tem poucos espaços para discutir esses limites de encaminhamento e priorizar junto o

problema a ser abordado. Com relação a vistas domiciliares, a própria equipe já definiu os seus critérios.

ENFERMEIRA FERNANDA: os ACSs é que trazem as necessidades das famílias. O ano passado a gente tava visitando famílias sem propósito nenhum: “ahhh porque fulano queria uma visita”. E a gente chegava lá e não tinha realmente o que fazer. A gente fechou um pouco isso. **Agora só pacientes acamados, idosos ou os que tenham dificuldade de locomoção.** E os dias de visita meu e da médica são os mesmos. E o do odontólogo é quarta pela manhã. Com relação a médica, o que é de competência dela, ela vai. Um idoso acamado. Uma puérpera, aí eu vou para dar toda orientação. Um senhor que tem exames e não pode vir, aí a médica vai ver. Um senhor que é hipertenso e tá com uma receita que vai vencer, então eu vou para trocar a receita dele, se deu tudo certo, aferir a pressão dele... Então a gente tá dividindo dessa forma para não sobrecarregar nem ela nem eu. E a gente consegue visitar um maior número de famílias se a gente se divide.

Outro aspecto que distancia o trabalho da equipe do que se espera do Programa é a forma de organizar os prontuários: não há prontuário família, o que dificulta o trabalho multidisciplinar da equipe, a noção do território se perde e a família deixa de ser o objeto de intervenção.

ENFERMEIRA FERNANDA: A gente ainda **não tem o prontuário da família**. Já até chegaram alguns envelopes, mas não tem para a unidade toda. Aí eu já pedi, já fiz o ofício para a coordenação do Distrito. Ela ficou de mandar envelopes normais. Só que nunca veio. Aí nunca a gente começou a organizar. Então eu e a médica começamos em dezembro a fazer dessa forma: **por atendimento de Hipertensão, diabéticos, por grupos. E não por ACS.** Isso me facilitava muito, porque eu separava por grupos e não por ACS. Quando eu organizava nas minhas pastas, eu organizava por atendimento. Quando eu precisava resgatar essas pessoas, resgatava todos ali que estavam na frente. Eu ia atender e ia colocando todos na frente. Quando eu tinha que atender às pessoas do dia 26. Ahhh, as pessoas do dia 26. Ou os pacientes da primeira quinzena. Então eu tinha como separar. Era só pegar os pacientes que estavam no início e separados. Era muito mais fácil para mim. Aí resolvi juntar os meus prontuários com os da médica.

A própria médica da equipe destaca as desvantagens dessa forma de acompanhar as famílias e revela que as próprias profissionais tomaram a iniciativa de criar seu próprio sistema de organização.

MÉDICA LUÍZA: Tá aí, se eu pudesse determinar que uma unidade só poderia ter as portas abertas com um número adequado de protuários-família. Mas isso é

precisava ser uma coisa “enfeitadinha”, não, são envelopes para a gente colocar papel de ofício, mas com um número de família adequado. Aí, eu ia exigir, por que é muito feio a gente atender uma criança que é neta de “Dona Maria” que é hipertensa que vem quinta de manhã e aí ela fala: “a senhora atendeu ‘fulaninha’, minha neta”. E eu não sei quem é, por que as pessoas são separadas por ambulatórios, por atendimento. Por ambulatórios e os ACSs, pronto. **A família, aqui dentro no ambulatório, não é tratada como família.** A gente tem essa visão nas visitas, por que a gente consegue ver: “ah, agora estou entendendo. Fulaninha que é neta de fulaninha”. “Bateu” a lage lá em cima, casou e mora com os filhos e o marido tudo lá em cima. A irmã mora ali do lado. Agora sim. Se a gente tivesse esse controle seria muito mais fácil, “uma mão na roda”. O que acabou acontecendo é que a gente tentou se organizar custeando isso. Um fichário desse é quase 40 reais, esse aqui de plástico.

Organização da demanda para atendimento odontológico

Com relação à demanda de atendimento odontológico, a equipe conseguiu avançar mais na definição de critérios de priorização e na organização da demanda. No entanto, a alta demanda para tratamento odontológico e a natureza da intervenção odontológica são obstáculos a serem considerados na busca de um modelo de atenção dentro da lógica do PSF.

DENTISTA HENRIQUE: a **demanda é muito grande** para saúde bucal. Não digo que as outras demandas não sejam, mas, só para dar uma noção, assim, eu sempre digo que se os ACSs forem nas ruas, de casa em casa, bater na porta e perguntar: tem algum hipertenso aqui? vamos supor que da família de cinco, “tem, o pai e a mãe”. “Tem algum diabético?”, “tem meu avô”, “tem tuberculoso?”, “não, não tem”. Agora se você sai perguntando se tem problema de saúde bucal, qualquer problema dentário, todo mundo vai dizer que está precisando fazer uma limpeza que seja, que não pode ser deixada de lado, por que vai ser um problema maior lá na frente. E aí o paciente na odontologia não é só uma consulta, como geralmente, via de regra é, com o médico e enfermeiro, que atende o paciente, passa controlar e ver esporadicamente. Num paciente eu tenho de, pelo menos, uns vinte, mais de vinte dentes pelo menos, se tiver todos, trinta e dois dentes. Eu vou ter que cuidar de todos eles, eu tenho que garantir esse retorno. Eu sempre trabalho com **tratamentos concluídos**, ou seja, você veio, marcou a primeira vez, e você já sai daqui com a nova marcação, e assim sucessivamente até chegar depois e falar, “ó, Andréa, seu tratamento terminou hoje, estou te dando alta, você não tem mais nada”.

Mas o primeiro dentista da equipe, Henrique, iniciou o trabalho de organização da demanda no início de 2006. Resgato aqui a construção desse processo.

DENTISTA HENRIQUE: Lá eu tinha todo um controle do atendimento e eu conseguia desmembrar para que, daqui a alguns anos, todo mundo da área ter passado na minha cadeira pelo menos uma vez que seja, entendeu? Primeiramente, Eu fui pegando **por categoria**, faixa etária, por exemplo, criança. Pedi aos agentes comunitários uma relação com **todas as crianças da área** e eu ia lá. Me dava o nome da criança, eu pedia até catorze anos, porque eu tinha que fazer os **procedimentos coletivos**, que é um trabalho em escolas, era palestra na escola, informação, escovação.

Com relação aos procedimentos coletivos, ainda era possível administrar as “ilhas” de atendimento oferecido pelo Programa. Mas quando se tratava do tratamento no consultório, a fragmentação do território inviabilizava uma proposta mais equânime.

DENTISTA HENRIQUE: Aí eu pegava o nome da criança, onde ela morava e a escola. Se tivesse uma escola que realmente tivesse uma quantidade boa de criança da minha área, eu entrava na escola. Se tivesse só, vamos supor, **menos de trinta por cento da minha área, eu preferia não entrar**. Porque eu não posso entrar numa escola e dizer que só vou atender os da minha área, de outra área não, aí eu preferia não entrar. Quando tinha mais de trinta por cento eu entrava, fazia todos da escola, os procedimentos coletivos, **mas na hora de encaminhar para o consultório, era só os de minha área**. Isso eu deixava claro com a diretora, entendeu.

Mais ainda assim, excluindo uma parte da clientela, o dentista revelou a dificuldade de organizar a marcação de atendimento. Com relação à criança...

DENTISTA HENRIQUE: E aí eu já sabia mais ou menos o que queria, já tinha alguns planos, já tinha feito uma **especialização em saúde pública**. Então eu já tinha um pouco de noção da parte de **levantamento epidemiológico**, dessas coisas, então deu para nortear melhor como eu ia fazer com meus pacientes. Nas escolas também a gente tinha uma planilha para fazer os procedimento coletivos. Procedimentos coletivos é assim, a gente vai na escola e faz quatro atividades: **palestra educativa, escovação, aplicação de flúor e levantamento epidemiológico**. Nesse levantamento epidemiológico eu classificava as crianças em baixo, médio ou alto risco e a partir daí quem era alto eu ia chamando logo para o consultório.

Com relação aos adultos, o trabalho de priorização demandou mais tempo e trabalho para se chegar a um método mais justo.

DENTISTA HENRIQUE: Mas mesmo assim ainda tive uma dificuldade por ser uma demanda reprimida muito grande. Então a parte de marcação de consultas, a gente demorou para chegar num denominador comum. Ao mesmo tempo que a gente **não queria formar fila na porta** da unidade, **a gente queria dar a oportunidade para todo mundo**. Eu lembro que no início foi um **tumulto**, porque a gente marcava assim, dia, última semana do mês tal, do mês de abril, por exemplo, agente vai marcar a agenda de maio. A gente divulgava isso, quando chegava no dia, era uma quinta-feira, nunca me esqueço, eu que marcava, fazia questão de ir lá marcar para organizar. Quando **eu chegava não conseguia estacionar o carro porque a fila estava virando o** quarteirão e eu não tinha lugar para estacionar o carro. Aí eu marcava. Aí fechava um mês, ficava um mês sem marcação. Aí o **personal começava a ver como era o esquema, no mês seguinte estava lá mais cedo ainda**, para garantir logo a marcação, para marcar de novo, entendeu. **Aí eu falei, “não, está errado, para tudo”**.

Então, foi necessária uma mudança na forma de recortar o objeto de intervenção a fim de redimensionar a relação com a comunidade e de possibilitar a organização da demanda. A saída foi associar o levantamento epidemiológico com as visitas domiciliares e os grupos de portadores de hipertensão e diabéticos.

DENTISTA HENRIQUE: Aí eu comecei a ir mais para área. Isso eu acho fundamental, por que pelo menos, só o fato de estar explicando, “olha, não vou te dar a vaga, não vou ter vaga para você”. Estou dando uma resposta negativa, mas a forma de você falar, ele sai até mais satisfeito. Então só de você estar explicando que não tem vaga por isso, isso e isso, mas que está tentando desabafar um pouco o atendimento. A gente começou a fazer o sistema de prioridades, aquele que estiver precisando mais a gente vai fazer primeiro. Aí eu fazia **um levantamento na área, nas visitas** e classificava as pessoas como alto risco, médio risco, baixo risco, de acordo com o risco de cárie. E os de alto risco eu tentava chamar logo. Comecei a fazer **grupos de adultos**. Grupos de pacientes diabéticos...Aí como eu já tinha enfermeira na época, eu queria um dia do grupo para ser saúde bucal como tema, eu aproveitava e fazia o levantamento. E aí quem tinha alto risco, eu já começava a chamar quinze dias depois. Aí o pessoal começava a se interessar e ir para os grupos por isso. Essa troca, entre aspas, dos que iam para a palestra sendo chamado um a um. Eu tinha um livro e aí quando eu via que a agenda estava desafogando, aí eu ia no meu cadastro e quem tinha mais alto risco começava a chamar.

Com relação às urgências, foram estabelecidos também critérios de distribuição de consultas por micro-área.

DENTISTA HENRIQUE: **Tentava dividir de uma forma equânime para os agentes comunitários**, cinco pacientes para Joana, para Cristina, para Daniela e aí ia dividindo. Não dava ainda para dar conta, mas tentava pelo menos ser justo, tanto no

que diz respeito a atender todas as microáreas dentro da minha área, e no que diz respeito a **quem está precisando mais urgente**. Se o paciente está só com um resto de dente na boca, só uns caquinhos, não está servindo para nada, tem que eliminar aqueles cacos, vou chamar logo ele. Entendeu?

Quando o segundo dentista chegou na equipe, encontrou uma demanda de atendimento já estruturada e ressaltou para mim as vantagens dessa lógica de organização do trabalho.

DENTISTA GUSTAVO: Na realidade eu agradeço muito ao outro dentista que tava aqui antes de mim, por que ele estruturou o serviço aqui. Ele fez o que eu não consegui fazer em Alagoinhas e em Conquista. **Ele fez o CPOD e conseguiu estruturar a demanda dele**. No primeiro momento ele fez esse CPOD, esse levantamento, viu as crianças que precisavam de atendimento mais imediato e começou a juntar essas pessoas. Com os adultos ele fez não o CPOD, mas o exame clínico, definiu a prioridade de acordo numa escala com códigos, e **foi chamando as pessoas de maior prioridade**. Ele **capacitou os ACSs** a fazerem esse diagnóstico superficial, a identificar, de forma que nos últimos tempos os ACSs faziam e ele acabava só atendendo. O dentista anterior conseguiu fazer isso e teve **ajuda de um Residente do ISC** que ajudou ele nesse trabalho. E a **população aceitou isso**. Eu senti que aqui ele teve um suporte maior por que a equipe apoiou, a unidade apoiou, o distrito apoiou. Como ele desenvolveu um trabalho muito bom e que eu concordo, eu dou dando continuidade com a filosofia dele. Não por continuísmo ou acomodação, mas eu acredito que essa forma correta. As outras equipes da unidade têm a marcação é diferente.

No entanto, com a saída do segundo dentista da equipe, a proposta se perdeu. Em outubro de 2006 o atendimento das famílias foi sub-dividido entre os dentistas das outras equipes, fragmentando o território e desarticulando o sistema de prioridades já estruturado.

As atividades extramuros e de promoção da saúde

Além das visitas domiciliares, que tem uma natureza mais de assistência, a equipe também desenvolve atividades fora da unidade mais voltadas para promoção e prevenção da saúde. Alguns membros da equipe destacaram para mim as vantagens dessa estratégia. A médica da equipe, destacou o caráter informativo dessa estratégia.

MEDICA LUÍZA: No início a gente não tinha muita articulação de grupo, atividade na comunidade. Mas com o exercício, você vai vendo que ou você parte para comunidade para falar ou você vai ter que falar aquilo de um por um no consultório. E isso multiplica não sei quantas vezes o tempo na consulta, divide o número de pessoas. É pior para todo mundo. Então essa consciência das atividades educativas na comunidade a gente já tem. **A gente precisa colocar para fora as informações.** A gente precisa sentir que as coisas estão circulando, que as pessoas já sabem. Já tem pessoas multiplicando as informações de higiene básica, noções de como deve ser feita uma alimentação balanceada, como se evita doença sexualmente transmissível, como isso, como aquilo. “Bater nessa tecla” o tempo todo no consultório é muito desgastante.

Já outros membros destacaram o aspecto lúdico como uma possibilidade de fortalecimento de vínculo com a comunidade.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Uma coisa que eu vou e **me distrai muito**, não vou mentir, é as palestras com os idosos, grupo de jovens. **A gente ensina a eles e aprende com eles.** E aí desce e solta, é aquela agonia. Com pandeiro. Mas ali a gente está fazendo aquele trabalho e tá aprendendo com eles. Eles estão aprendendo com a gente. È um trabalho muito bom. Eu achava que deveria dar continuidade.

DIÁLOGO COM A ACS JOANA:

ACS: Você participou daquela caminhada ?

ET: Participei.

ACS: nós fizemos várias caminhadas com café da manhã e eles ficaram assim maravilhados. Ficam perguntando quando vai ter a próxima. E não são adolescentes, são velhinhos mesmo que vão, que participam. Você tem uma resposta tão boa, que eu acho que isso aí é um **resultado do trabalho do PSF: integração social na comunidade.** Eles participam mesmo.

ET: E os jovens ? São mais difíceis de participar ?

ACS: é como eu falei para você é ...outro dia na reunião eu falei “gente, eu mesmo adoro quando é reunião de hipertenso e diabético. **Agora, as dos jovens...” para a gente conseguir arrancar alguma coisa é difícil.** Eles não são participativos. Os hipertensos e diabéticos, eles participam, o espaço é pequeno, ficam em pé e não reclamam em nada. É lotado o espaço que a gente conseguiu para fazer as reuniões no Bar de seu Brito. Lá já está pequeno para as reuniões desse grupo. Mas em relação aos outros, é tranqüilo.

Embora o valor desse tipo de atividade seja declaradamente reconhecido, os membros quase sempre se referem utilizando o verbo no pretérito. Até mesmo a sala de espera também foi referida com um certo saudosismo.

ACS HELENA: No ano passado toda quinta-feira tinha um grupo: apresentar uma peça, fazer uma palestra, ... Outro dia teve **uma peça**, foi a gente que apresentou. Eu era o pai tuberculoso. (risos). E na **sala de espera** a gente fez sobre Hanseníase, sobre colo do útero.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO III - A Equipe, seus Membros e o Processo Grupal: A Cena Principal

PARTE 1: Trajetórias de Vida, Trajetórias Profissionais: Encontros e Desencontros

No presente capítulo, tentarei resgatar a trajetória profissional dos membros da equipe, identificando as motivações que os trouxeram até aqui: “O que lhe atraiu ao PSF ?” Foi essa minha pergunta... A partir disso, destacarei as possibilidades de encontros, ou seja, de como esses sujeitos incluem o Programa nos seus projetos.

1.1.OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA EQUIPE

Toda trajetória profissional começa por um ponto essencial: o processo de escolha pela profissão. A médica Luíza, 26 anos, relata que formou-se há 2 anos pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e tem um ano atuando na equipe. A sua opção pela área de saúde foi influenciada pela presença marcante de seu pai também médico:

“Mas eu acho que meu interesse de medicina começou dentro de casa. Acho que foi exemplo de meu pai. Meu pai é médico. Então dentro de casa nós somos 3 irmãos. Teve uma fase nos anos 80 de escola particular em greve quase que anualmente. Acho que chegou até ser semestralmente, acho que 86, por aí. Nós tínhamos uma diferença de idade pequena. Para você ter uma idéia é uma escadinha: 22, 24, 26. E não dava conta de deixar 3 crianças num apartamento de um edifício cheio de criança só por conta da babá. Aí, o que aconteceu? Um dia de consultório, meu pai levava um para o consultório, só não levava para plantão e hospital. Acho que por que ele é pediatra, o consultório cheio de brinquedo, para a gente era muito mais atraente do que o trabalho de minha mãe. Minha mãe trabalhava na biblioteca da escola de arquitetura da UFBA. Acho que isso influenciou um pouco na decisão. Já meus 2 irmãos fazem medicina veterinária e trabalham juntos”

Já no caso tanto da enfermeira, como do dentista, a escolha pela profissão se deu durante a preparação do vestibular. Para Fernanda, 27 anos e com 4 anos de formada pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL), e Gustavo, 29 anos e 6 anos de formado pela

Universidade Estadual de Feira de Santana, a área de saúde não estava tão previamente definida.

“ENFERMEIRA FERNANDA: Eu estudei no colégio militar no segundo grau. Então, eu queria seguir a carreira militar, que eu gostava muito. Algumas pessoas diziam: “ah, é por que você gosta de mandar” (risos). Eu concluí o segundo grau com 16 anos, então não podia fazer a prova na época. Aí eu desisti de fazer a prova. Aí meu pai queria, por que queria uma filha que fosse advogada. **Eu nem pensava fazer enfermagem.** Nada vinculado à área de saúde. Aí eu fiz prova (do vestibular) para direito. Porém, contudo, todavia, eu não passei na prova para direito. E fiquei estudando e fazendo outras coisas, fazendo cursinho. E na época do vestibular, meu pai fez, “e aí, você decidiu o que você vai fazer? Você vai fazer para direito de novo?” Aí eu disse “Não. Vou fazer para área de saúde.” Na época eu gostava muito de ler sobre o assunto. E fiz para enfermagem. Fiz para enfermagem na Universidade Católica e fiz para medicina na UFBA. Passei na primeira etapa da UBFa de Medicina e perdi na segunda etapa. E passei para enfermagem na católica. Então, foi uma coisa muito do momento. Vou fazer para medicina, vou fazer para enfermagem. E foi a minha paixão. E quando eu comecei a cursar...

Assim como Fernanda, o interesse pelas ciências naturais motivou também Gustavo a optar pela área da saúde.

DENTISTA GUSTAVO: **A odontologia não foi a minha primeira opção.** Eu não escondo isso de ninguém. A primeira opção na verdade era para ser **aviador**. Eu cheguei até a fazer mais de uma vez o concurso, mas não passei. Na época do vestibular, eu não sabia se eu fazia para área de saúde ou eu fazia para área de humanas. Especialmente **direito**. Eu gosto da parte de química, biologia, mas gosto muito de humanas, sociologia, antropologia, psicologia. Os professores “faça um, faça outro”. Mas particularmente não fui para a área de direito, é uma crença minha hoje, eu até já mudei um pouco isso, mas eu digo que os dois meios que mais corrompem é a política e o direito. Por achar que se eu fosse depender de causa justa eu ia morrer de fome. Mas eu poderia ser promotor ou coisa do gênero. Mas tudo bem. Enfim, então, me senti mais inclinado para a área de saúde. A primeira opção foi **medicina**, não nego isso. Fiz o vestibular na Federal, mas não passei. Eu cabei fazendo **enfermagem**, mas tinha certeza que não ia ficar em enfermagem. Eu fiz enfermagem porque achava que não ia passar em odonto. Vou fazer outro vestibular, se eu não passar, ótimo, senão vou trancar o curso e vou estudar. Então eu passei e fiquei. **Então foi assim que acabei indo para odontologia.** Gosto do meu trabalho, me identifico com ele, ainda vou fazer medicina. Não sei como, mas ainda vou fazer. Isso eu tenho certeza. Não é dinheiro, não é status, é realização pessoal.

Seja enfermeira, médica ou dentista, quando eles finalizaram a graduação já tinham em si um **caminho idealizado** sua própria inserção no mercado de trabalho. No entanto,

esse ideal não corresponde ao tipo de atuação que eles hoje desempenham através do Programa. Ou seja, eles trabalham, mas não da forma desejada anteriormente.

MÉDICA LUÍZA: “Claro que hoje eu me identifico mais com uma área específica de medicina que não tem nada haver com a área de meu pai (pediatra). **Eu sou quase 80% cirurgia.** Eu gosto muito de trabalhar com a minha mão”.

FERNANDA: “**Eu me identificava muito com a área hospitalar. Muito, muito, muito. Muito mais do que PSF.** Mas foi assim: foi mais uma questão das minhas supervisoras de saúde pública. Tinham resistências com relação a algumas coisas que a gente tentava fazer lá. E eu fui mais me afastando da área de saúde pública e indo muito mais para a área hospitalar. Em 97 eu entrei na Faculdade, mas em 99 e 2000 foi mais a época dos estágios: hospitalar, saúde pública, ... Depois disso tudo, foi que eu fui ver o que realmente eu queria. Se era saúde pública ou se era hospital. Mas desde a época que eu me formei há, 4 anos atrás, o meu primeiro emprego foi saúde pública. **Acho que foi para ir contra tudo que eu queria.**”

DENTISTA GUSTAVO: “**Todo dentista quer ter o seu consultório.** A realidade, por mais que a universidade diga que é preventiva, isso e aquilo, nós dentistas muito, entre aspas, liberais, no sentido do pensamento liberal de ter o seu consultório e ganhar o seu dinheiro. Então me dá satisfação e além do mais, o consultório é uma oportunidade que você não substitui. Aqui o serviço é muito bem estruturado, em relação a vários lugares por aí, eu não posso negar isso. As situações aqui são boas, mas lá (no consultório) são melhores ainda. Eu tenho possibilidade de fazer coisas que aqui eu não posso. Eu particularmente gosto de cirurgia e tem algumas coisas que eu não tenho como fazer aqui. Para dizer a verdade, eu gosto mais de sangue do que de saúde. Prefiro sangue à saúde. é estranho um dentista falar isso. Dentro da odontologia o que eu **mais me identifico é cirurgia**, eu já fiz 3 cursos nessa área. Eu gosto.”

Então, fica claro que esses 3 profissionais da equipe optam por desempenhar suas funções em áreas de saúde mais voltadas para média e alta complexidade do sistema. Então, o que os trouxe à saúde pública e ao PSF? Todos destacaram a oportunidade de **inserção no mercado de trabalho**. Seja pela possibilidade de conciliar o exercício da profissão aliado a maternidade, seja pela “segurança” de receber um salário fixo no final do mês (comparada ao exercício liberal da profissão) esses foram os caminhos que os trouxeram ao PSF.

MÉDICA LUÍZA: “na verdade, **a gente se forma e tem que trabalhar.** Eu não podia fazer residência por que já me formei grávida. A opção de engravidar foi porque eu tenho teratoma no ovário esquerdo, um tipo de nódulo benigno que tem poder malignizante. Se eu fizesse ooforectomia (cirurgia para retirada dos ovários)

provavelmente a técnica de congelamento poderia condenar ou não o meu ovário direito. **E eu queria ser mãe.** Aí eu optei por terminar o curso e ser mãe. Já me formei com 4 meses de grávida e **esse foi o emprego que me pareceu com mais possibilidades, mais fácil de conciliar.** Minha decisão muito mais baseada na história familiar de câncer e de minha prima, que teve que fazer a ooforectomia quando ela tinha 17 anos. Foi operado o ovário direito dela sob risco dela poder ou não vir a gerar um filho. Eu tava no centro cirúrgico e vi a cirurgia. E foi toda uma tensão... Teve que ser utilizada uma técnica de congelamento e teve que esperar o resultado para ver se dava. Foi decidido no momento da cirurgia para ver se dava ou não para preservar o outro ovário. Eu não quis me submeter a isso. Então eu engraidei e pronto. **Então o PSF foi uma escolha egoísta, pessoal.** Mas acho que posso desempenhar um trabalho decente dentro de uma equipe de PSF. Não foi um tiro no escuro. Eu venho de uma escola que faz internato em PSF no quarto e no quinto ano. Na “Bahiana” (Escola de Medicina) a gente faz isso, quer dizer, não é bem PSF. Eles não deram ainda esse título para aquela unidade do Pau Miúdo, mas assim, o que os supervisores preconizam, lá é mais ou menos dentro dos moldes do que seria PSF, inclusive com visita domiciliar. Então, assim, eu sabia mais ou menos onde eu estava pisando.”

Para Fernanda e Gustavo, a Saúde Pública também foi a primeira porta do mercado de trabalho que se abriu, sendo que eles fizeram várias experiências no interior da Bahia antes de atuar no PSF em Salvador.

ENFERMEIRA FERNANDA: “Na época que a gente é recém-formada, um gasto horrível!!! A oferta era muito boa de trabalho. Aí eu fui trabalhar no interior com saúde pública. Meu primeiro emprego foi em Boninal, na Chapada Diamantina. Foi muito legal, muito bonita a cidade. Aí eu fui trabalhar lá com saúde pública. Fiquei 1 ano e 8 meses. E lá era o trabalho completamente diferente, por que eu estava trabalhando com o PACS numa unidade básica de saúde, que a demanda era aberta. **A partir disso trabalhei a maior parte em saúde pública.** Eu saí de lá e vim para Salvador. Fiquei um mês no hospital, mas pagava muito pouco. Aí eu recebi uma outra proposta para um outro interior: Cardeal da Silva. **Foi o meu primeiro contato com o PSF.** E trabalhando diretamente com o PSF. Foi bem interessante, foi bem diferente. Eu trabalhava com a coordenação das 3 unidades de PSF.”

DENTISTA GUSTAVO: “Todo recém-formado tá **louco para ganhar dinheiro.** Com 6 meses de formado eu passei numa seleção em **Vitória da Conquista para PSF.** Eu coleei grau no dia 5 de fevereiro de 2000. Quando foi maio ou junho de 2000, eu passei em Vitória da Conquista. Fiquei 6 meses em Vitória da Conquista. Lá foi a primeira ou uma das primeiras cidades a colocar dentista no PSF. Quando eu entrei no PSF não tinha dentista no PSF, era para 20 horas. Aí eu ficava indo e voltando de Feira para Vitória da Conquista. Fiz um acordo, então uma semana eu trabalhava 16 horas e a outra eu trabalhava 24 horas. E comecei a montar meu consultório em Feira de Santana. Então montei meu consultório. Então surgiu o concurso em Alagoinhas. Passei em primeiro lugar em Alagoinhas. Troquei Conquista uma vez por semana por Alagoinhas todos os dias. E continuei com meu consultório. Passei **2 anos em Alagoinhas.** Então do início de 2001 até março de

2003. Depois disso fiquei só com meu consultório. E quando foi agora, em dezembro de 2005, já nem pensava mais trabalhar com saúde pública, não ao nível de PSF, ligaram para mim e me falaram que eu tinha passado num concurso em **Salvador** que eu nem me lembrava mais. Eu não contava mais com isso. Não queria vir para cá agora. Não queria assumir agora. Pedi a REAL que me deixasse para depois. Falaram comigo que ou eu aceitava ou eu tava fora. Então eu aceitei também pelo o período de janeiro que não tem muito movimento no consultório e dá para levar. Tenho atendido aqui durante a semana, em feira sexta à noite e sábado o dia todo. Se tiver alguma folga, eu estou lá. No carnaval, quando eu estou aqui de folga, eu tô lá também. Eu estou fazendo uma experiência aqui. Se eu vou ficar, não sei. Janeiro e fevereiro ainda dá para levar. (...) Lógico existe PSF em outros lugares, mas aqui é bom por que paga bem em relação aos outros PSF, com exceção do problema da greve, paga regular. Tem uma **tranqüilidade psicológica**, você sabe, ganho todo mês faça chuva ou faça sol.”

Um ano aqui, 6 meses ali, 2 anos lá: assim, esses profissionais circularam pelo sistema de saúde de vários municípios como itinerantes. Embora eles tenham destacado aspectos positivos da experiência, revelaram também os desafios. No caso de Fernanda, percebe-se a sobrecarga de atividades administrativas que usualmente é delegada às enfermeiras e freqüentemente aceita por elas.

ENFERMEIRA FERNANDA: “Em Boninal tinha 12.400 habitantes e tinham 10 postos de saúde na zona rural. Eu tinha 23 ACSs, respondia pela vigilância sanitária e nos finais de semana eu era supervisora de estágio. Eu trabalhava de domingo a domingo para poder dar conta. E foi uma experiência que eu fiquei apaixonada. Eu já era casada, sou casada há 8 anos. E eu fui para lá e meu esposo ia sempre nos finais de semana. Eu só tinha uma filha. Então ficava mais fácil. Como tudo era pertinho no interior. Era tudo no centro. Nos 10 postos de saúde quem ficava eram os técnicos de enfermagem. Na época eram auxiliares de enfermagem, trabalhavam nos postos de saúde para verificar pressão, peso, injeção, retirada de ponto. Só duas unidades que tinham atendimento médico uma vez na semana. Era o secretário de saúde que fazia essas visitas. Mas como ele era médico, ele só tinha dois dias na semana de folga. Todos os outros dias ele dava plantão. Ele era o secretário de saúde, mas quem respondia pela secretaria era eu. Eu fazia os ofícios, eu ia para as reuniões, fazia todas as pactuações, ele assinava tudo e carimbava.”

Já Gustavo revelou sua frustração em tentar organizar a demanda para saúde bucal, tomando como critério um perfil epidemiológico. Mas com a alta demanda reprimida para atendimento odontológico, essa racionalização do serviço não foi possível nos dois municípios onde ele atuou em equipes do PSF.

DENTISTA GUSTAVO: “Nos dois lugares que eu trabalhei, eu tentei fazer o CPOD. Em Conquista eu propus isso. Em Saúde Pública não tem como separar o trabalho da odontologia da epidemiologia para que a gente possa medir o impacto da ação. Se você está perdido, você precisa saber primeiro onde você está para saber aonde você quer chegar. Eu falei ‘vamos fazer o levantamento da minha área. Eu acho interessante antes de começar a atender na cadeira. Mas quem vai fazer o levantamento na minha área. Eu e ou a equipe?’ Me disseram. ‘você’. Eu perguntei: ‘posso fazer’. Disseram: ‘Não. Primeiro tem que calibrar todos os dentistas’. Mas a calibração não foi feita. Em Alagoinhas eu cheguei para a coordenadora e disse ‘acho que a gente tem que fazer CPOD’. Eu entrei e saí de Alagoinhas depois de 2 anos e não foi feito. Essas coisas foram me deixando frustrado...”

A transitoriedade da atuação no PSF presente nos discursos dos profissionais não para por aí... O prognóstico de que eles venham a permanecer nessa equipe não parece muito otimista.

DENTISTA GUSTAVO: “No início de fevereiro vou fazer a prova do mestrado. Se passar e aqui me liberar, que eu acho que seja difícil, seria ótimo. Se não me liberarem, eu me libero para fazer o mestrado. Se eu não passar, eu vou colocar as coisas na balança, embora a **inclinação é muito forte para que eu fique no meu consultório**, por que é uma coisa que eu venho construindo ao longo desses anos. Lógico existe PSF em outros lugares, mas aqui é bom por que paga bem em relação aos outros PSF. Mas por outro lado, satisfação pessoal não é a parte do dinheiro, **satisfação pessoal eu tenho no meu consultório**, por que é meu, por que é o sonho de todo dentista. Foi assim que eu vim parar na saúde pública e acho que posso até continuar com saúde pública, não sendo necessariamente na ponta. Ensinando, alguma outra coisa desse tipo. Na verdade a prova é 6 e 7 e o resultado sai dia 10 de fevereiro. Então tá em função do resultado. Se passar, **fico até o início de março** para ter os horários das disciplinas e ter como argumentar com o distrito se dá pra liberar ou não. Se não eu saio.”

E de fato ele saiu em março de 2006, depois de 2 meses de atuação. Até outubro/06 nenhum outro dentista assumiu no seu lugar. A Secretaria Municipal de Saúde assumiu o regime de 1 dentista para 2 equipes como já foi citado acima. Atualmente o serviço de saúde bucal da equipe tem se limitado a atividades de higiene bucal nas escolas da área e atendimento só para urgência pelos outros dentistas que sobraram na unidade.

Já para a enfermeira Fernanda ...

ENFERMEIRA FERNANDA: “eu gosto muito de trabalhar com o PSF. Tô gostando demais!!! Não tenho nenhuma previsão de sair daqui. A não ser que não dê para conciliar com os meus estudos. Tô fazendo ‘pós’ em UTI. Completamente diferente. Eu preciso de uma coisa que me dê uma base maior por conta de trabalhar no hospital, dar um plantão. Para mim seria uma alternativa.”

E foi a alternativa que ela assumiu. A partir de julho de 2006, Fernanda não atuava mais na equipe. Já a médica Luíza tem planos bem claros de fazer a prova da residência. Caso seja aprovada, ela já sinalizou a sua saída para a equipe em janeiro 2007.

MÉDICA LUÍZA: “Agora eu só largo PSF quando eu tiver passado na residência mesmo. (...) A disciplina de estudar para uma prova de residência até que complementa com o PSF. Até que durante a licença à maternidade, eu não parei de estudar em momento nenhum, por que o programa é de clínica médica. Você estuda tudo. Você estuda pediatria, obstetrícia, ginecologia, saúde coletiva, cirurgia. Você tem que lidar com todos os elementos. Aqui no ambulatório nesse ponto, o fato de estudar para a residência, tem uma convergência interessante com o exercício profissional. Agora, o tempo que demanda aqui, tempo que a gente precisa estudar, isso aí é questão de se organizar individualmente. Isso que é complicado.”

No caso estudado, o PSF parece ser para esses profissionais a possibilidade imediata de ganhar dinheiro desempenhando a sua função. Além disso, o Programa se apresenta para esses membros só como um “ponto de partida” para os seus próximos passos, e não um lugar desejado. Mas como isso se apresenta para as outras categorias da equipe ? De que forma o Programa faz parte de seus projetos de vida ?

1.2. OS AUXILIARES DA EQUIPE

Diferentemente dos profissionais de nível superior, os Auxiliares de Enfermagem da equipe tiveram que percorrer caminhos anteriores até conquistarem o papel que eles hoje desenvolvem. Seja fazendo trabalhos manuais, seja como metalúrgico, eles desenvolveram outras estratégias, inclusive de sobrevivência, até identificarem a saúde como área de atuação. No caso da Auxiliar Tânia, 44 anos, natural de Santo Amaro da Purificação e mãe

de uma estudante de Enfermagem, só deu início à sua trajetória ao chegou em Salvador em 1978, quando iniciou sua carreira na saúde.

AUXILIAR TÂNIA: “bom, eu fui uma pessoa pobre. Muito pobre mesmo. Agora era um pobre que tinha da onde tirar o seu sustento. E éramos uma família grande, 20 irmãos. Meu pai e minha mãe criou todo mundo assim: para trabalhar, para ter o que é seu, para estudar, apesar das dificuldades. Por que naquele tempo ir para uma escola no interior era muito dificultoso. Era longe do centro da cidade. A maioria das escolas era coberta de coqueiro e professor lá era uma dificuldade muito grande. No caso a mãe de Caetano Veloso, Dona Canô, e professora Amabel, que é irmã dele, elas sempre fizeram pela comunidade carente que ela via que queria alguma coisa, que se interessava. Então sempre ajudou a gente **com curso de corte e costura**. E Você sabe, interior fica muito ligado à igreja. Minha mãe é até hoje ligada a ensinar, aprender e ensinar o corte e costura. Então a gente teve que desenvolver essa habilidade. E foi assim que eu e o meu pessoal ‘cresceu’. Então daí para cá a gente foi melhorando as coisas, aí de lá nós vínhamos para aqui para cidade, para Salvador. Aí quando eu vim para aqui eu fui trabalhar numa Clínica, a Clivale. Eu vi a necessidade de fazer um outro curso. Em Santo Amaro eu tinha feito o segundo grau completo, mas que naquele tempo não era o curso de auxiliar. Então eu fiz um curso de **técnica em laboratório**.

Já o Auxiliar de Enfermagem Jorge, 38 anos, começou a sua carreira na saúde em 1996. Mas até chegar lá ...

AUXILIAR JORGE: A saúde é uma área que muito chamou atenção, né? Eu sempre fui um bom aluno em ciência e biologia. Tinha uma professora de ciências que fazia questão de me apresentar como aluno dela que só fazia 8.5, 9.0. Só para frente. E tive o azar, não sei, de tá longe dela quando eu fui para o segundo grau. Eu senti que ela era a pessoa que ia me orientar para eu ir logo para o caminho certo. Mas como na vida da gente as coisas não são como a gente quer... Assim que saí do segundo grau eu fui para a marinha e depois fui ser **metalúrgico** com 20 anos aos 30. Entrei como ajudante, me especializei e saí chefe do setor. E trabalhava nesse setor com medidas de precisões mais fina de que um cabelo nosso. Só que em março de 1995 a empresa pediu concordata. Quando a empresa pede concordata passa a não poder comprar mais faturado e tem que comprar a vista. Ele pediu concordata sem estoque. Aí ficou naquela situação: ficou comprando à vista e vendendo faturado. E aí não agüentaram. Os caras ‘liberou’ todo mundo, né? E saí. ‘Oh meu Deus, eu agora. O que eu vou fazer?’ A empresa era a maior no norte-nordeste. E para Rio de Janeiro ou São Paulo eu não vou. Vou ficar por aqui, só que eu vou ter que começar tudo de novo. Tenho que ver outra profissão. O que eu vou fazer? eu disse: eu vou para área de saúde por que além de gostar, é uma área ampla. Começo para ter uma base para depois poder fazer o que eu quero.

Mas mesmo tendo a área de saúde já definida, eles tiveram que passar por vários trabalhos na área de saúde até a conformação do perfil de Auxiliar de Enfermagem.

AUXILIAR TÂNIA: Eu sempre gostei da área de saúde, mas naquela época não tinha como entrar na universidade, muitos gastos, filhos, essas coisas. Eu fiz o curso de **técnica em laboratório em 79 para 80**. Iniciei trabalhando no laboratório na Clivale. Aí Dr. João, que era cardiologista, me perguntou se eu não tinha interesse em fazer eletrocardiograma. Fiquei trabalhando uns 6 anos com isso. E sempre trabalhava com o povo. Nessa época o INAMPS tava com aquele vigor. E era muita gente mesmo. Trabalhava o dia todo. Depois passei na seleção e fui trabalhar como **técnica de radioterapia** do Aristides Maltez. Eu radiava CA de colo de útero, mama, e cabeça e pescoço. Trabalhava num cobalto 137. Antigamente, vamos dizer assim... isso já era uma sentença de morte mesmo. E nisso foi quando meu pai adoeceu de CA de pulmão. Aí eu cuidava da doença em casa e no trabalho, aí eu não agüentei. Eu desmoronei. Aí eu pedi demissão. Eles não queriam me dar demissão e foi aquela agonia toda. Aí eu fiquei cuidando de meu pai. Essa foi uma fase muito difícil para mim, sabe. Depois do Aristidez Maltez fiz durante dois anos o **curso de auxiliar de enfermagem**.

AUXILIAR JORGE: Em 1996, saindo empresa de metalurgia, fiz uma seleção publica para **Agente de Zoonoses** para trabalhar no combate a dengue. Eu trabalhei nesse período 11 meses. Eu pensei: “vamos ficar por aqui para ver se esse pessoal vai efetivar a gente”. Mas depois eu vi que não ia andar. Pelo salário, vou ter que sair daqui. Aí eu me simpatizei com o curso de **instrumentador cirúrgico**. E eu me apaixonei pela profissão. Mas quando eu entrei na área, eu vi que não era assim tão fácil. É uma área fechada, difícil, uma área que não tinha vínculo empregatício com hospitais. Aí você começa a pesar os pros e os contras. Isso foi 1997. Foi chegando 1998 e eu ia casar no final de 1999. Eles me chamavam uma vez ou duas na semana, e resto do tempo ficava ocioso. Eu tinha colocado o currículo na ‘Irmã Dulce’ (Hospital Santo Antônio) no início de 1999. Até que chamaram para trabalhar por um salário mínimo no centro de recreação e prevenção de deficientes – CRPD. Lá têm uma média de 150 moradores, todos eles com deficiência mental, física, com dupla deficiência. Eu ‘disse eu vou, por que eu já tenho meu curso de instrumentação cirúrgica, e tô indo para dentro de um hospital, é a mesma área’. Eles me chamaram para trabalhar como cuidador, mas eles me aproveitaram num **serviço de transporte** para levar paciente para fazer consultas em outros hospitais, em outras clínicas. Esse serviço me deu uma base muito grande para o meu objetivo que viria logo em seguida. No fim de 1999 o PROFAE abriu uma inscrição para fazer **curso de auxiliar de enfermagem** para quem era da área de saúde. Em fevereiro de 2001 começou o curso de Auxiliar de Enfermagem do PROFAE. A bagagem foi muito grande, por que o Auxiliar de Enfermagem é um cuidador diferenciado, especializado. Fui, eu fiz esse curso, em seguida o pessoal me aproveitou. E fiquei no meu setor. É um centro que tinha um posto de enfermagem que dava apoio a esse centro na Irmã Dulce.

Já como Auxiliares de Enfermagem, ambos desempenharam a função basicamente na rede hospitalar da cidade, inclusive no regime de sobrecarga de trabalho para complementação salarial, até chegarem no PSF.

AUXILIAR TANIA: “Trabalhei no **Hospital Evangélico** pela cooperativa paramédica que eu também me associei. Depois eu vim trabalhar no **Hospital Santo Antônio** por que na minha trajetória de vida, foi lá onde eu aprendi muito. Tanto é que eu não tenho besteira com nada. Se eu já não tinha, ali eu fiquei sem nenhuma. Foi nesses dois hospitais: no **Aristides Maltez** e no Hospital **Santo Antônio**. No Aristides Maltez pelo tipo até da patologia. Ali “filho chora e mãe não vê”. E no Hospital Santo Antônio é um hospital carente, onde trabalhei na pediatria: criança desnutrida, com insuficiência renal crônica, IDR e IDU, com comprometimento dos órgãos, crianças que os padrastos estavam usando sexualmente. Na realidade lá a gente era Auxiliar de Enfermagem, era psicóloga, era mãe, era pai, era um pouco de tudo dessas crianças.”

AUXILIAR JORGE: “Em **Irmã Dulce** a gente pode aprender muita coisa lidando com diversos setores e eu aprendi. Passei a conciliar 3 serviços. Trabalhava como um condenado. No **Santo Antonio** trabalhava num período de 6 horas, no **São Paulo** trabalhava 12 horas e na **Mediline** eu passei minha disponibilidade, por que é cooperativa também. Deu para conciliar direitinho. Aí lavei, lavei, quando foi no final de 2003, abriu a inscrição do PSF pela internet de 2 dias.”

A possibilidade de trabalhar em Salvador, a diminuição da carga horária de trabalho, a possibilidade de estar mais perto da família e o público a ser contemplado pelo Programa foram os aspectos destacados na hora de optar pelo PSF.

AUXILIAR JORGE: “Quando foi outubro de 2004 a REAL Sociedade chamou rápido por que tinha que entrar logo, por que estava acabando a gestão de Imbassay. Eu estava no Santo Antonio às 8 da noite quando me ligaram, pedindo para comparecer no dia seguinte. Fui lá e falaram tudo, como era o salário e tal. Ai eu pesei meu filho que tinha nascido. Eu saí de casa de manhã, 20 para 6, deixava ele dormindo, chegava às vezes no mesmo dia e ele já estava dormindo. Às vezes chegava 36 horas, 48 horas e encontrava ele também dormindo. Pesei isso, o lado mais forte. Pesei o salário do São Paulo e da Irmã Dulce, por que no São Paulo era cooperativa, pagava por diária, é uma instituição filantrópica, o salário era pequeno. Pesei os dois. Poxa, a **diferença daqui desses dois para o PSF vale a pena**. Vou me descansar mais, vou ter mais tempo para a minha família, vou ter mais tempo para mim. E partir e vim para cá em novembro de 1994.

AUXILIAR TANIA: “no PSF foi o seguinte... Eu realmente nem sabia que existia PSF. Minha irmã é ACD e Auxiliar de Enfermagem. Ela ligou para mim ‘eu estou vendo aqui que tá tendo uma seleção do PSF’. E eu perguntei: ‘o que é isso?’. Ela respondeu: ‘aqui tá dizendo que é Programa de Saúde da Família’. Eu mais ela acordamos cedo, pegamos o ônibus e nos mandamos para **Alagoinhas**. Todas as duas fez a seleção e as duas passaram. E eu na época não fiquei por causa de minha

mãe. Minha mãe é de idade e disse ‘como é que fica se vocês duas forem?’. Como minha irmã tinha mais necessidade do que eu, aí eu liberei e ela foi. Eu disse a ela que para eu trabalhar com PSF, eu só iria aqui em Salvador. No decorrer dos anos, uns 3 anos ou 4, abriu inscrição para o PSF aqui de **Salvador**. Aqui no Aeroclube até. Ela me disse: ‘vai ter inscrição, fique atenta!’. Nessa época, eu trabalhava na pediatria do Santo Antônio e trabalhava na emergência do Agenor Paiva. E no Santo Antônio a gente tinha um trabalho assim que era muito ligado ao povo, a comunidade carente e ia levar o pão para o pessoal dos Alagados, ia psicóloga, ia o serviço social. Quer dizer, na realidade eu já desenvolvia um trabalho que não era igual ao PSF, mas era muito parecido. E depois veio a minha classificação que foi 156. Minha irmã foi a 7ª colocada. Aí mais ou menos 1 ano depois de minha irmã, eu fui chamada. Aí eu vim trabalhar aqui.”

Para o Auxiliar Jorge, essa longa caminhada não vai parar por aqui...

AUXILIAR JORGE: “Agora o meu objetivo é fazer o meu nível superior. Já fiz **vestibular para enfermagem** mesmo e passei. Começo agora dia 20 de fevereiro. Surgiu o Edital do Estado. Eu disse: ‘vou me preparar para o concurso que vai me dar uma estabilidade maior’. Me empenhei no cursinho. Eu não vou fazer um cursinho de 2 meses e meio, mas vou fazer uma revisão. Vou me pegar no português, que vai fazer a diferença e normas SUS. O concurso foi no dia 4 de dezembro. Fiz o vestibular já sabendo que tinha passado no **concurso do Estado**.”

Já para a Auxiliar Tânia, vai dar continuidade aos seus sonhos de uma outra forma...

AUXILIAR TANIA: “Desde pequena que eu queria ser médica, mas não foi possível. Eu tô me realizando em mim e em **minha filha quando ela for enfermeira**. Ela vai começar a fazer. Ela fez FIB e passou. Na Federal ela passou na primeira fase e perdeu na segunda. Agora ela vai tomar o cursinho para ver se consegue passar na segunda fase. Se não passar, na Católica eu sei que ela passa. Então a gente tem que lutar para ver se a gente consegue o nosso objetivo. Eu sou uma pessoa muito lutadora, sabe. Graças a Deus. **Tudo que eu tenho na minha vida eu tenho através da minha profissão**. Eu procuro exercer com amor, com carinho. Tudo que eu tenho, tudo: minha casa, meu carro, tudo que eu tenho. Tudo. Os estudos de minha filha até hoje. Só tenho uma filha e sempre paguei o colégio dela. Tudo através de meu trabalho. Ajudei também a minha família através do meu trabalho. E na maioria das vezes na área de saúde sempre tive dois empregos. Nunca tive um, por que não tinha condição. Mas não reclamo de trabalhar, não. Eu quero que Deus me dê vida e saúde.”

Já com a Auxiliar de Cirurgião Dentário – ACD, o caminho foi um pouco mais curto.

Na verdade Eliana, 38 anos, foi chamada para exercer a função sem ter ainda uma formação específica na área de saúde.

ACD ELIANA: “Antes de ser ACD eu trabalhava numa lanchonete lá no Iguatemi. Até que uma senhora, que morava de aluguel na casa de mãe e trabalhava na casa de uma doutora. A dentista pediu a essa senhora uma pessoa. Ela me pegou e me levou para trabalhar com ela. E eu fui aprendendo. Trabalhei sempre em consultório particular. Mas trabalhei também 3 anos no CREAIDS e 4 anos no REDA, um trailer das voluntárias com Dr. Henrique (o ex-dentista da equipe). Quando eu já estava no trailer das voluntárias, eu fiz o curso e tirei minha carteirinha do CRO.”

Sua escolha pelo PSF baseou-se pela questão salarial e pela natureza do trabalho enquanto atividade de prevenção na comunidade, mas agregada ao tratamento bucal concluído.

ACD ELIANA: “Minhas amigas me avisaram da inscrição da seleção. Fiz a seleção lá no Aeroclube e depois me chamaram. A vantagem que me fez querer trabalhar aqui foi o **salário**. Trabalhar no consultório eu não gosto, não. Eu já estava acostumada no trailer com a comunidade. Eu trabalhei no consultório porque não tinha jeito. No consultório a gente fica muito dentro. E aqui não, a gente trabalha com a parte de **prevenção, vai na comunidade fazer palestra**. E eu já trabalhava lá nos trailers com a comunidade. Só que aqui é diferente. **Aqui os pacientes vêm e terminam o tratamento**. E lá não concluíam. Se ficava só 15 dias em cada bairro!! E se o pessoal dormia em fila para conseguir. Eram 12 pacientes para manhã, e 12 pacientes para tarde. Tinha muita gente que não conseguia, tinha uns que insistia, dormia. Ficava a partir de 1 hora e até outro dia para conseguir uma vaga.

Outro aspecto a ser ressaltado é que Eliana acompanhou todo o processo de organização da demanda para saúde bucal através do CPOD realizado pelo dentista Henrique, que participou da implantação da equipe. “Essa dupla” formada já trabalhavam juntos 4 anos antes de iniciarem suas atividades com essa equipe. Esse dado deu uma qualidade especial ao trabalho de saúde bucal, como veremos mais adiante.

1.3. AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

Como já era de se esperar, todas as ACSs fazem parte da comunidade de Campo Belo. No entanto, a maioria delas estão nesse bairro desde que nasceram, pois suas famílias vieram de outras partes da cidade para poder realizar no Campo Belo o sonho da casa

própria. Algumas compraram na época lotes, outras invadiram os terrenos onde antes era uma fazenda. Quanto à trajetória profissional, só uma das sete ACSs, Helena, já tinha uma afinidade particular com a área de saúde antes de ser ACS. Todas as outras 6, entre 23 e 34 anos, relataram que essa está sendo a primeira atividade na área de saúde e a primeira vez que estão desempenhando um papel de caráter “comunitário”.

ACS MARGARIDA: “Minha mãe nasceu em Salvador e morava ali no Dique. Ela veio morar aqui quando ela tinha uns 18 anos. Lá eles moravam de aluguel. Ela fez patologia clínica, mas hoje é doméstica. Já eu sempre morei aqui, mas antes a gente morava com minha avó. A nossa casa não tava pronta. A gente tem 13 anos morando nessa casa. É, mas não quero morrer aqui, não. Eu fiz formação geral e antes de ser ACS eu ensinava em casa do maternal até a quinta série. Depois disso trabalhei na Lorena Veículos por um mês na cantina. Eu vendia lanche. Entre dezembro e meado de janeiro de 2005 eu pedi para sair por que fui chamada para ser ACS.”

ACS KÁTIA: Desde os 10 anos eu moro aqui. Eu morava um pouco mais para cima. Meu pai é Sergipano e minha mãe é daqui de Salvador mesmo. Somos em 5 filhos e eu sou a segunda. Tô com 30 e já trabalhei de tudo um pouco. Já trabalhei como balconista, empacotadora e promotora de vendas.

ACS RITA: Na realidade, eu não fazia absolutamente nada antes de ser ACS. Quando tinha para fazer eu fazia. Um exemplo, minha irmã que trabalha e não tinha filho nem nada, eu ajudava ela e ela me ajudava. E assim, também, já fiz panfletagem de negócio de edifício na sinaleira e essas coisas assim.

ACS DANIELA: Eu moro aqui há 22 anos. Tenho 23. Nós morávamos em Periperi, aí minha mãe e meu pai compraram um terreno aqui e a gente se mudou. Antes de ser ACS eu trabalhei numa lanchonete como balconista e como gerente comercial de um depósito de bebidas. Lá no Cabula VI. Eu administrava umas fichas dos pedidos que vinham e que saíam.

ACS JOANA: Tenho 34 anos. Eu casei com 22 anos, tive neném com 24, o primeiro filho. E tive o meu segundo com 31 anos, que tem 3 anos. Eu moro aqui desde criança. Morava antes na Fazenda Grande do Retiro e com 9 anos de idade eu vim morar aqui na Fazenda Coutos. Eu antes de tudo isso, assim, eu já fiz de tudo um pouquinho. Já fui vendedora de loja durante muito tempo, já ensinei numa escolinha lá que não existe mais. Depois eu comecei a trabalhar como paticeira, fazendo doce e salgado. É do francês “*paticeri*”, mas a gente chama paticeira. Eu trabalhava no *buffet*, mas não ia todos os dias. A gente ia mais no período que tinha muita festa e tal. Antes desse período, era o que eu fazia.

ACS CRISTINA: Bom, nunca pensei em trabalhar na área de saúde. A minha aérea era de construção civil. Eu sou formada em desenho técnico e construção civil. Eu já trabalhei na prefeitura de Lauro de Freitas como desenhista.

O relato mais distinto de todos foi de Helena, de 46 anos e mãe de 9 filhos, que me surpreendeu pela sua capacidade de enfrentamento e superação das dificuldades da vida.

ACS HELENA: “Eu já tenho 16 anos agora em junho que eu moro aqui. Quando eu fui para lá eu estava com 15 dias de grávida de Leo, quando eu me separei pela segunda vez. Eu casei 3 vezes. Com um eu tive meu filho Daniel, que o pai dele é até comissário. Ele arranhou outra mulher, aí queria ficar comigo e com a outra. Eu disse “não, fique com ela lá” e eu fui cuidar da minha vida. Depois eu conheci uma outra pessoa e eu tive 4 filhos. Foi Paulinho, Leo, Ane e Emina. Aí eu vim para essa invasão, esse buraco aí. Buraco, não. Agora é um palácio. Tinha começado a invasão e o diretor da HURBES me deu um lote. Aí eu fui trabalhar na casa de Dr. Silveira que era Procurador Geral do Estado. Tomei conta da sogra dele e do sogro como Auxiliar de Enfermagem. Eles me ajudaram muito. Aí fiquei em casa e depois de algum tempo eu conheci essa pessoa na ‘Igreja Cristão vai à Deus’ (o último marido). Depois não tava dando por que a gente brigava muito. Ele arranhou outra mulher, separou, voltou. Agora tá querendo voltar, mas só que eu não tô querendo. Ele é muito ciumento, se eu converso com uma pessoa ... Eu estou separada dele há 4 anos. Quando eu me separei, Gabriel tinha 8 meses. Foi uma luta para cuidar desses 9 meninos. (Ela me mostrou as fotos de todos os 9 filhos) Esse aqui tem 4, esse aqui tem 12, Maira tem 11 e Rebeca tem 9, tem Leo que tem 15, Ane com 17, Ninha tem 19, Paulinho que tem 20, Daniel que tem 23. E ainda sou separada. (Eu perguntei: e como é que você faz para dar conta dessa turma toda ? E ela continuou) Ah, Deus prepara. Eu trabalho. Eu sempre faço sabonete. Vendo sabonete. Faço desinfetante, faço crochê, tou no PETI⁵⁰. Os meninos recebem bolsa de 40 reais. Esse, esse e o outro menino. E Gabriel recebeu a bolsa família, o pequenininho. Hoje o mais velho tem 23 e é músico. Toca lá na orquestra na Praça da Sé, na filarmônica. Aí vem descendo. E o menor tem 4 anos. Os 5 menores botei na escola, fica um de manhã no SESI, quando é de tarde ele vai para o Lar Fabiano. E só vai chegar às 4:30. é hora que eu estou chegando em casa. Saio daqui 5 horas. Eles nem brincam na rua por conta da violência. Quando eu tenho tempo e pego eles e vou para a Praça de Paripe.”

A riqueza e singularidade de seu relato não ficaram por aí. Além da questão salarial e trabalhista, ela foi a única das ACSs que atribui um sentido diferenciado ao trabalho de Agente, tais como, a sua possibilidade de intervenção social, o que seguramente se reflete na

⁵⁰ Programa de Erradicação do Trabalho Infantil tem o objetivo de erradicar as chamadas piores formas de trabalho infantil no País, aquelas consideradas perigosas, penosas, insalubres ou degradantes. Para isso, o PETI concede uma bolsa às famílias desses meninos e meninas dos 7 aos 15 anos em substituição à renda que traziam para casa. Em contrapartida, as famílias têm que matricular seus filhos na escola e fazê-los freqüentar a jornada ampliada. Essas atividades foram regulamentadas pela Portaria nº 20, de 13 de setembro de 2001, da Secretaria de Inspeção do Trabalho, do Ministério do Trabalho e Emprego. Famílias, cujas crianças exercem atividades típicas da área urbana, têm direito à bolsa mensal no valor de R\$ 40 por criança. As que exercem atividades típicas da área rural recebem R\$ 25 ao mês, para cada criança cadastrada. (Brasil, 2006b).

forma de recortar seu objeto de intervenção e orientar sua prática de saúde na direção da mudança, dentro, é claro do que ela considera mudança.

“Eu era auxiliar de enfermagem, eu trabalhava com pessoas idosas, dava plantão, e também, dava banca em casa. Eu deixei de ser Auxiliar, por que não era carteira assinada. Na época eu precisava de dinheiro e eu precisava fazer a minha casa. Esse trabalho me ajudou muito. Mas eu saía de manhã e chegava de noite. Os meninos sozinhos. E quando a minha colega não ia trabalhar, eu tinha que dobrar. Trabalhando na cidade, na Barra, Brotas, os meninos só faziam ligar ‘mãe, tá acontecendo isso aqui’. Eu dizia para o mais velho ‘dê um jeito aí que daqui a pouco eu chego’. Quando se queimava ou ficava doente, o mais velho levava para o médico. Agora não. Como ACS eu tenho mais oportunidade de ajudar a minha comunidade, estou mais perto da minha casa e a qualquer momento eu posso ver os meus filhos e dar assistência para eles. Vi que podia estar perto de casa sendo ACS. Tanto eu estou a eles na minha área e posso fazer o melhor. E lá eu estava precisando de dinheiro, mesmo e tinha que correr. E agora é claro que preciso, mas agora é diferente. Eu não preciso ficar me matando para sábado e domingo, ainda dar plantão e ficar longe de casa com menino pequeno, por que Gabriel tem 4 anos. Com muita luta, mas graças a Deus eu consegui chegar. Eu gosto de trabalhar com a comunidade, eu vejo que tá tudo ali precisando. E o único meio que o pessoal quer ajudar, é induzindo a vender droga. Então tem que mudar isso. **Tantas crianças ali que precisam de um curso, de uma orientação, não acha uma oportunidade. E eu como ACS, na minha área mesmo, na minha associação, a gente poderia desenvolver isso.** Tem muitas pessoas carentes, que vai para feira catar coisa para comer, no balde do lixo, sai pedindo. Tem mães mesmo, tá até na minha área agora, mandava as filhas se prostituir para ter comida dentro de casa. Separada com um monte de filhos... **Uma Agente Comunitário numa comunidade dessa, poderia ajudar muito e mudar o sistema.** Como está tá melhorando um pouquinho, mas tem muitas coisas a desejar lá onde eu moro. E aqui em cima também. Não tem uma associação, um lugar que reúne as pessoas para perguntar o que precisa, promover alguma coisa... O lazer do pessoal da comunidade é bebida, a seresta e droga.”

Enquanto para as outras Agentes, o processo da escolha se deu de forma bem diferente. O aspecto mais ressaltado foi **o desemprego**. Aquele perfil idealizado do ACS com uma história pregressa de participação comunitária e engajamento social se mostrou nesses casos de uma outra forma: são jovens que necessitavam ingressar no mercado de trabalho formal e, por isso, participaram da seleção para ACS dessa localidade. Algumas até referiram que nem tinham conhecimento do que era um ACS.

ACS MARGARIDA: “O que me atraiu ao PSF ? (risos) Pode ser sincera ? **A falta de emprego**. No início eu não entendia ao certo o que era ACS. Nunca eu tinha visto falar. Eu pensava que era igual ao povo da dengue. Na época que eu fui fazer a

seleção, eu trabalhava na casa de uma senhora. Tava todo mundo desempregado lá em casa. Lá na Princesa Leopoldina. Tava um momento difícil. Meu pai tinha saído de casa, tava aquela situação muito precária, mesmo. Aí eu fui trabalhar lá. Teve um dia que eu saí e vi um movimento lá na rua. Eu procurei saber o que era, ‘é a inscrição do ACS!!!’ Disseram que a inscrição de ‘Campo Belo’. Fiz a prova, no outro dia peguei o resultado da prova. Passei em primeiro lugar.”

ACS KATIA: “**Eu não escolhi ser ACS.** De principio foi por que eu **estava desempregada.** Tavam falando que tinha uma inscrição, eu estava desempregada, eu fui e me inscrevi. Depois eu fui aprofundando mais no assunto e fui achando importante, pois na área de saúde você aprende muita coisa, passa a ter informações que você não tinha antes. Fica bem melhor trabalhar assim. Eu já conhecia o trabalho por que eu já conhecia alguns ACSs daqui de perto, então eu já sabia como era o trabalho. Aí eu perguntava como era o trabalho, como era que fazia, como tinha que ser. A gente teve o treinamento de qualificação depois que foi aprovada.”

ACS RITA: “**Eu estava desempregada** e minha mãe ficou sabendo que tava tendo a inscrição. Como eu lhe disse no começo, não foi ‘decidir’ mesmo. Na realidade, quando eu me inscrevi, eles falaram que era para ACS. Mas eu não tinha nem noção do que era ACS. Tinha uma fila enorme, tanta gente, briga. O dia todo para conseguir uma ficha. Foi difícil, viu. Eu não consegui, não, na realidade. Uma senhora que tinha pego a ficha, mas ela disse que não queria a ficha não, por que ela só queria se fosse agente de endemias. Aí eu dei a informação para ela. “oh, minha filha, você é muito educada, tome essa ficha que eu não vou querer, não”. Eu disse ‘oh, caiu do céu’ ”.

ACS DANIELA: Primeiro, o que me levou a me inscrever a fazer o concurso foi a **falta de emprego.** Eu já estava desempregada e minha filha pequena já tinha 3 anos, não, tava com 2 anos. E aí eu tava desempregada há bastante tempo quando surgiu esse concurso. Eu soube de última hora. Eu soube num dia de noite e no outro dia já ia encerrar. Aí eu fui cedo com Margarida, ela é minha cunhada, eu fui com ela para se inscrever. Foi “viola” !!! tinha policial batendo. O pessoal queria invadir de qualquer jeito. Foi uma confusão. Foi coisa de louco mesmo. Eu agradeço muito a Deus por ter conseguido.

ACS JOANA: Na verdade... é eu me inscrevi para ser ACS pelo fato de eu não trabalhar de forma, assim..., de **carteira assinada.** Então o que todo mundo procura é uma **estabilidade,** para alguém assinar a sua carteira, para você ter o seu dinheiro mensal fixo de forma certa. Pode trabalhar despreocupada. “Será que esse mês eu vou ter dinheiro?” Você sabe que é uma coisa mais garantida. E eu vim. Foi uma experiência nova para mim, mas tá sendo muito bom. Tô gostando do que faço.

ACS CRISTINA: Eu estava trabalhando como desenhista, fazendo serviço temporário mesmo. Então, o tempo passando, passando... e as **possibilidades de emprego cada vez mais distantes.** Então como era uma coisa que tinha mais garantias, então eu resolvi fazer para ter uma **estabilidade de emprego.** Saúde é uma área assim que eu nunca pensei. Mas como surgiu a oportunidade de concurso, né ? é uma coisa garantida pelo fato de a gente trabalhar na área e ter essa proteção de ficar mais fixo no trabalho. Então eu fui fazer minha inscrição. Foi difícil por que

eu só consegui me inscrever no último dia e assim mesmo não tinha mais senha. No final da tarde, quando eu comprei a senha de uma senhora por 3 reais. (risos). Comprei a senha no desespero assim, aí eu me inscrevi na sexta-feira à tarde, quando já estava encerrando mesmo. Eu fiz as provas e passei.

De fato, antes de atuar como ACS, a área de saúde não fazia parte das escolhas profissionais das Agentes. Mas depois da atual experiência, as possibilidades de visualizar outros caminhos se ampliaram. E para algumas, a projeção do futuro se aproximaram da saúde, mas não de continuar como ACS.

ACS KÁTIA: “Eu pretendo estudar, fazer outros cursos, conseguir me encaixar em outra profissão, assim. Não que eu não goste de ser ACS. Qualquer pessoa que esteja em qualquer profissão não pretende ficar ali. Sempre indo para frente. Eu pretendo fazer alguma coisa mais para frente. Não sei ainda. Gostaria de continuar na **área da saúde** mesmo, mas fazendo algum curso mais específico.”

ACS DANIELA: “Eu particularmente pretendo crescer na vida. Eu pretendo fazer um vestibular, fazer uma faculdade, alguma coisa assim. Se eu pudesse, eu ficaria aqui para vida toda, mas a gente tem que procurar o melhor para a gente também. Acho que vou optar mais na área de saúde. É bem praticante. Quando você ajuda uma pessoa, você ouve um “Deus lhe ajude”, um “Deus lhe pague” para mim. Devo optar mais por **enfermagem**.”

ACS MARGARIDA: “Eu gosto do trabalho do ACS, mas eu não pretendo passar minha vida toda como ACS. Eu pretendo fazer um curso profissionalizante, para trabalhar numa empresa e poder fazer a minha faculdade na área de saúde, um curso de **ACD**. Tem muita gente fazendo para Auxiliar de Enfermagem. O curso dura 8 meses. E depois tem estágio, e também não vai atrapalhar o meu trabalho, por que é dia de sábado. Mas meu sonho mesmo é ser **nutricionista**.”

ACS JOANA: “Em relação à vida profissional, a gente espera melhorias. Tô aqui pronta para trabalhar, desenvolver da melhor forma. Espero que esse **programa cresça cada vez mais**, que não acabe. Torço para que ele não acabe e funcione realmente e que cada vez mais encontre formas melhores para atender à comunidade. Só isso mesmo...”

1.4. A EQUIPE COMO UM TODO

A partir dos relatos acima, fica claro o que atraiu esses profissionais ao Programa: o **desemprego**. A falta de estabilidade do mercado de trabalho associada à garantia de receber o mesmo salário no final do mês, salvo os atrasos, faz do PSF uma alternativa atraente,

mesmo com as dificuldades de implantação e condução das equipes que a Secretaria Municipal de Saúde tem enfrentado e o processo de terceirização do trabalho das equipes. Ou então o mercado de trabalho está tão disputado que o PSF se constitui uma proposta interessante de trabalho mesmo com as condições expostas no capítulo I. Referiu-se também a disponibilidade de tempo para si mesmo e para a família, mas pouco se falou da singularidade do trabalho desenvolvido no Programa enquanto estratégia. Parece que esse tema não está em destaque para esses profissionais ou então o discurso sobre a mudança atribuído ao PSF não é ainda suficientemente claro ou convincente para ser apropriado pelos seus agentes.

Além disso, pode-se pensar na trajetória da equipe como um todo, tendo em vista a diversidade de perfis profissionais (diagramas 05 e 06). Os profissionais de nível superior partiram de um saber intelectual já consolidado, sistematizado e historicamente já legitimado pelo mundo acadêmico, o que os qualifica a definir o diagnóstico e a conduzir o tratamento. Tanto a enfermeira Fernanda e o dentista Gustavo agregaram a esse saber as experiências desenvolvidas em PSF nos municípios onde já passaram.

Mas, diferentemente, os auxiliares desenvolveram primeiro a execução do cuidado para, após o curso, se legitimarem como Auxiliar de Enfermagem e ACD. Com essa trajetória, eles trouxeram muita experiência técnica associada à experiência de vida para a equipe, já que precisaram desenvolver outras estratégias na vida para superar os enfrentamentos até terem um papel definido como auxiliares.

Em termos de “saberes”, as ACSs se mostram como a categoria de profissionais da equipe menos legitimada. De um lado elas ainda não acumularam experiência comunitária suficiente para se afirmar no processo de trabalho coletivo, o que poderia ser o “trunfo” de uma Agente. Por outro lado a capacidade de comunicar e informar as famílias sobre o

processo saúde-doença e o funcionamento do serviço de saúde ainda está em maturação e não depende só delas. Pode-se dizer então que há um desnivelamento de saberes e poderes na equipe e que as ACSs são as que estão em menos vantagem. Por essa e outras questões elas também são as que menos tem menos oportunidade de se inserirem em outras atividades profissionais e, portanto, são as que provavelmente permanecerão mais tempo na equipe.

Entre todas as categorias referidas acima, os profissionais de nível superior são os que têm mais possibilidade de partirem para outra atividade mais atraente do que o PSF, ou seja, o Programa não é a única opção para eles. Além disso, os 3 profissionais já estão investindo em capacitação para outras inserções profissionais futuras. Dessa forma, a atuação desses membros na equipe se mostra bem mais transitória.

È evidente que o PSF não precisa ser considerado a única oportunidade de trabalho para um profissional, mas o que está em discussão é como um Programa com tantos atributos (mudança do modelo de atenção, vínculo, clientela adscrita, tratamento continuado, acompanhamento da equipe, participação comunitária, entre outros) pode se consolidar em meio a tanta transitoriedade ?

DIAGRAMA 05: AS TRAJETÓRIAS PROFISSIONAIS DOS MEMBROS

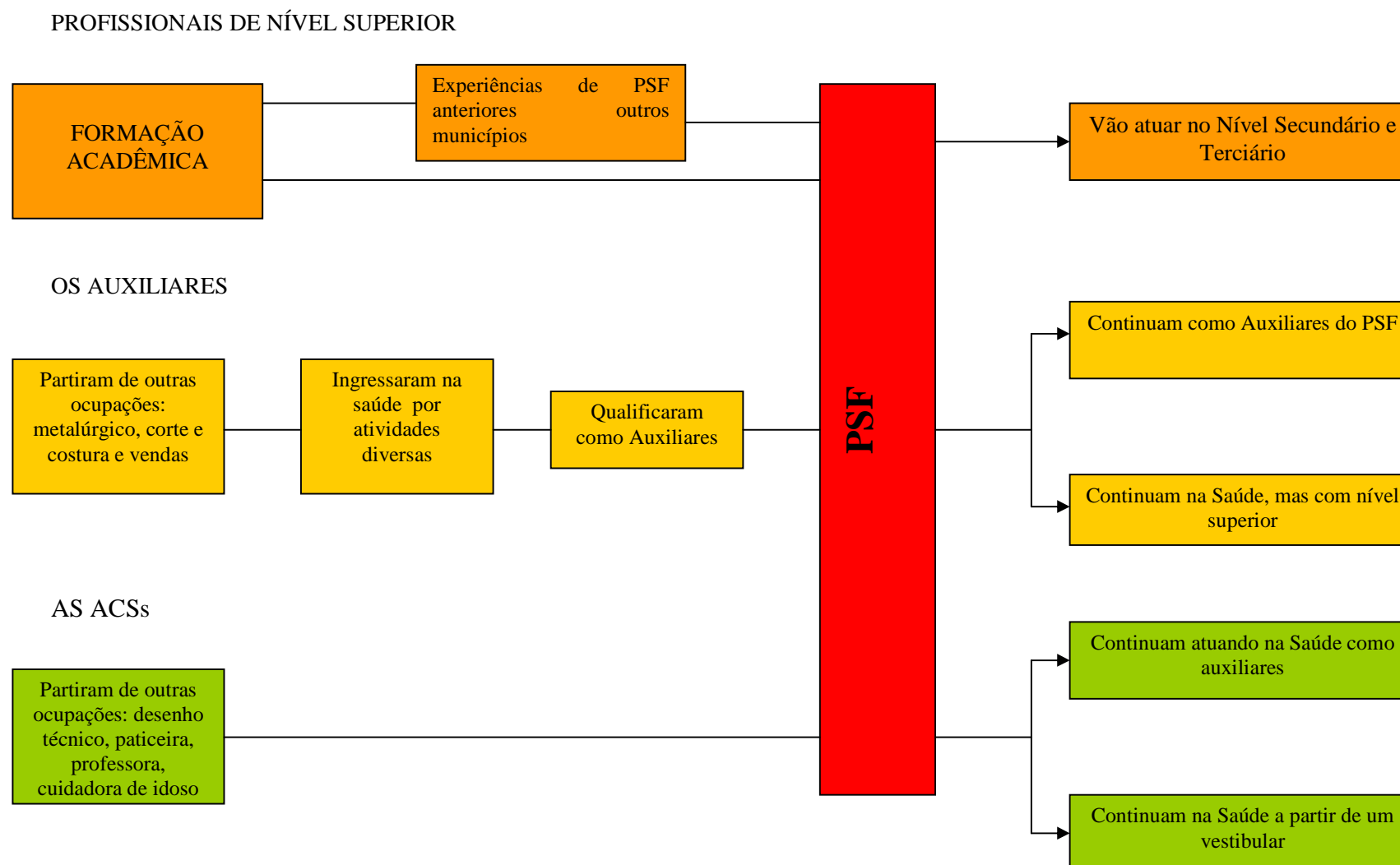


DIAGRAMA 06: NÍVEIS DE SABER E PODER FAZER

PROFISSIONAIS	QUALIDADE DO SABER	CONTEÚDO	PROCESSO DE APRENDIZADO	O PODER QUE ELE OFERECE
Profissionais de Nível Superior	Predomínio do Saber Intelectual, bem estruturado e legitimado	Raciocínio Clínico, Diagnóstico	Através da Universidade: mais teórico do que prático	Médico E Odontólogo: Definir a condução do tratamento através da Anamnese, Definição do Diagnóstico e Tratamento das Doenças Enfermagem: Cuidado continuado e administração em saúde
Os Auxiliares	Predomínio do Saber técnico-operacional, apreendido com a experiência técnica	Procedimento, o como fazer	Primeiro eles aprenderam a fazer informalmente para depois serem capacitados por um órgão específico, legitimando o profissional	Auxiliar o procedimento do profissional de nível superior
ACSs	Predomínio do Saber Sócio-Comunicacional, informal, ainda muito pouco estruturado e aprendido com a experiência de vida	Informação e a articulação comunitária	Elas trouxeram a experiência de vida e que está sendo aproveitada para o exercício da profissão. Há capacitação na área de saúde, mas não é suficiente para se tornar uma profissão legitimada.	Informar, comunicar, articular com a famílias e grupos já organizados da área

CAPÍTULO III

PARTE 2 – A PERCEPÇÃO DO PRÓPRIO TRABALHO E DO TRABALHO DO OUTRO

Na parte 2 do terceiro capítulo, os membros da equipe estudada irão definir o próprio trabalho que cada um desempenha dentro da dinâmica grupal e como percebem o trabalho do outro. Fazendo um diálogo entre sujeitos, é possível apreender o discurso grupal, os pontos de estrangulamento e convergências de um trabalho coletivo.

2.1 – ACS: os mensageiros da equipe

“Como é ser ACS na comunidade do Campo Belo” ? A primeira reação a essa pergunta foi de fato positiva, embora muitas delas nunca tivessem desenvolvido alguma atividade comunitária. À medida em que o trabalho foi avançando, as ACSs foram descobrindo a satisfação de poder ajudar a sua própria comunidade.

ACS MARGARIDA: Eu gosto muito. Eu gosto de ver os velhinhos e as crianças. Tão bom. (...) A pessoa está necessitando de alguma coisa e você de alguma forma vai **poder ajudar**. Você se sente bem.

ACS HELENA: Eu gosto muito do trabalho de ACS, por que eu me sinto como se fosse a **rainha no pedaço**. (...) Eu estou quase que completamente realizada. Só ter o prazer em você **ajudar** você já se sente melhor. Tá abrindo a sua mente, por que quando a gente faz alguma coisa é num crescente, tá vivendo. Então a gente tá aprendendo. Eu passo a experiência para você e você passa para mim.

ACS KÁTIA: não tem nada na minha rotina que eu não goste. Por mais que seja cansativa, é bom. É um trabalho que no final do dia é gratificante. Só o fato de você dar um conselho à pessoa, fazer a pessoa participar daquilo. Você chega, dá uma orientação e depois vê que a pessoa tá dando importância ao que você fala, **isso é muito gratificante**.

ACS DANIELA: Esse trabalho tem valor por tá **ajudando de alguma forma a sua comunidade**. A gente tenta de alguma maneira tá ajudando, mesmo que seja com palavras e com ações.

ACS CRISTINA: é, assim, muito ... é muito bom pelo fato da gente saber que está **ajudando pessoas**. (...) Assim o bom nisso tudo é que a gente vê muitas coisas positivas: as famílias tendo atendimento; pessoas que há muito tempo não conseguiam exame médico, conseguem fazer; outras estão conseguindo encaminhamento para tratamento.

ACS JOANA: Eu gosto, foi uma novidade para mim. Eu nunca tinha feito esse tipo de trabalho, tô gostando bastante e me adaptei.

A percepção das ACSs com relação ao seu próprio trabalho revelou as duas faces de um trabalho marcado por inquietações e desafios. Um dos aspectos mais marcantes da descrição foi o sentimento de impotência perante os problemas da comunidade.

ACS KÁTIA: o problema mais complicado assim é com relação as drogas. Tem pessoas que são drogadas, que são alcoólatras. E aquelas que têm HIV ficam mais complicado ainda. Elas estão sendo acompanhadas pelo CREAIDS. É um caso que a gente se sente assim: não pode fazer muito por aquela pessoa. Eu pessoalmente **fico até triste** quando eu visito aquela pessoa. Poxa, vê a tristeza da pessoa, a tristeza que ela tem por carregar aquela doença. No caso de uma gestante mesmo. Na casa dela todo mundo é usuário. É complicado.

ACS CRISTINA: Mas também **psicologicamente tem altos e baixos**. A gente tá ali acompanhando a família e toma amizade daquelas pessoas. Aí de repente, a pessoa vem a falecer. A gente tá envolvida naquela história.

ACS DANIELA: Às vezes a gente se sente até **impotente**, por que a gente não pode fazer. De vez em quando eu **sinto raiva** por que eu me sinto impotente diante de algumas situações assim. Então para mim é difícil.

Também foi apontado outro elemento que as ACSs enfrentam diariamente: estar 24 horas a serviço da comunidade. Esse dado pode significar uma consolidação da figura da ACS perante a comunidade, no entanto a expectativa colocada pelas famílias tem representado um incômodo para as ACSs pela perda de privacidade. Agora elas não são mais simples moradoras, mas representantes de um serviço que precisa dar respostas à comunidade.

ACS MARGARIDA: É um trabalho de muita responsabilidade, por que a pessoa tem que saber o que quer e saber o que faz. Não é fácil. O pessoal vai na sua casa de manhã cedo para saber de alguma coisa. Ser ACS é um trabalho **24 horas** por dia. Você não tem privacidade. O povo fica tão assim, querendo resolver a sua situação, que eles não olham que a gente não tá ali trabalhando, que a gente tá de folga. Não olha se é tarde da noite, não olha se é um final de semana.

ACS JOANA: eu gosto do meu trabalho, mas diria para você, eu mesma tô trabalhando **24 horas** (risos).

Essa é a dupla face da intimidade, parece ser inerente ao próprio trabalho do ACS. Na medida em que os moradores são visitados mensalmente e argüídos quanto às questões de âmbito pessoal, aparece o desejo de também perguntar sobre a vida do outro. Na realidade, nessas situações, a “distância ótima” para manutenção de uma relação de caráter mais profissional demanda muito jogo de cintura do ACS.

ACS DANIELA: eu gosto, mas é uma profissão que lhe divide muito, por que você é **24 horas** vigiada. **Você não tem uma vida particular.** Passou para rua, você já não tem mais vida particular. O pessoal já cai em cima e quer saber e tal e te pergunta mesmo. Não tem “simancol”. Vai investigar e tal. é difícil. Eu particularmente sou louca pela minha profissão, eu adoro. Do começo, eu “ai, meu deus do céu. O povo se mete em tudo. **Quer saber de tudo da minha vida.**” Mas depois eu fui podando mais. O que dá para ser passado é passado. O que eu me aborreço dentro da minha casa, tem que ficar dentro da minha casa. O que eu me aborreço dentro do meu trabalho, tem que ficar dentro do meu trabalho. Não gosto de misturar as coisas.

Saber o momento de “aproximar-se” e “distanciar-se” faz parte do estabelecimento do vínculo com as famílias. Mas também, a “escuta” e a “resposta” na hora certa e da forma adequada são necessários, inclusive para contornar os erros de comunicação da equipe x comunidade e os equívocos do próprio sistema de saúde. O ACS é o primeiro ouvinte.

ACS JOANA: sempre tem coisas boas, tem umas desagradáveis, mas ... agora eu lembrei de segunda-feira que eu voltei de férias. Tem uma rua que todo início de mês normalmente eu começo por ela. Fui fazer visita nessas duas casas e na terceira casa fiquei mais de 10 minutos chamando “oh, de casa, oh de casa” não queriam vir me atender. Aí vem uma moça e disse “é a ACS”. A mãe falou para filha: “atenda ela aí mesmo que eu não quero nem ver a cara dela”. Eu pensei: “meu deus, o que foi?” Eu entrei e procurei saber como é que está o bebezinho de 2 meses, se teve febre ou diarreia. Essas perguntas que a gente costuma fazer ... e a mãe lá na cozinha sem vir me atender. Eu acho que ela ficou tão inquieta que ela veio, ela disse que não estava agüentando, **essa criatura me disse tanto desaforo, tanto desaforo.** Deixei ela dizer, claro. A criatura estava tão indignada pelo fato das minhas férias. **Ela veio aqui no posto e o bebê estava chorando muito, eu acho que estava sentindo dor e trouxe aqui no posto como emergência.** Eu não sei o que passou, só sei que a médica não conseguiu atender o bebezinho. Acho que foi

um dia que tinha muita gente. Então, ela achou que eu era culpada de não atender esse nenezinho, então ela não queria ver mais a minha cara. E disse que ia rasgar os cartões e não queria ir mais para o posto. Todas essas coisas desagradáveis de se ouvir. Eu então conversei com ela. Eu disse “oh, senhora, como a senhora sabe eu estava de férias e eu estou voltando hoje, é muito bom que a senhora esteja passando esse problema para mim por que eu vou ouvir o outro lado. E prometo amanhã que eu passo aqui para conversar com a senhora.” Eu vim conversar com a médica e ela nem sabia que tinha esse caso de emergência que foi ate no dia 26/01 e ela até me mostrou a agenda e tinha até atendido dois casos de emergência e ela não sabia desse terceiro caso. No dia seguinte eu fui de novo e ela me atendeu bem melhor. Eu pensei “Garças a Deus”. É como eu disse: tem o seu lado bom, mas tem seu lado complicado. Mas eu fiquei arrasada. **A gente não quer, mas mexe muito com o emocional. Eu acho que realmente tem que tá bem preparada, por que tanta coisa que você escuta, você tem que respirar e contar até 3.**

Mas a “escuta” do ACS transcende ao papel de ser meramente “o elo entre a equipe e a unidade”. É também uma tecnologia de trabalho que pode fortalecer a sua função. É onde se situa o poder de estabelecer o vínculo através da confiança e o respeito.

ACS KÁTIA: o ACS é um elo de ligação entre o PSF e a comunidade, por que a gente conhecia a comunidade, mas não tinha intimidade. A gente passa a freqüentar a casa dele, ele passa a confiar na gente, não só com relação aos problemas de saúde, mas eles contam outras coisas deles. Eles confiam no trabalho da gente. **Tem muita confiança de contar, de chegar e desabafar, até os problemas pessoais mesmo.** Eles passam a falar com mais freqüência. E logo de inicio, não. Eles tinham medo, por que não sabia do que se tratavam.

Em outros casos, a conversa e o conselho são outras tecnologias utilizadas pelas ACSs.

ACS HELENA: Eu gosto muito do meu trabalho. Eu chego nas casas e eu converso. Às vezes está triste, mas em visitar e conversar, já é uma alegria. Que tem muitos idosos que tá sozinho em casa, às vezes só mora o homem e a mulher. E mais ninguém, não tem vizinho. **A gente chega já conversa, já anima.** E criança também, quando eu chego já começam a cantar “Helena, cadê você ? Eu tou aqui só para ti ver!!!” Eu pergunto:

- cadê o seu dente ?
- tá aqui.
- você escovou ? xovê (deixe eu ver) como é que tá.

A gente tem que está conversando com eles. Eu gosto muito do meu trabalho. Eu vou, eles me respeitam. Quando acontece qualquer coisa e digo “não faça isso, não. Veja como trata sua mãe”, ou “tem que estudar”. Muitas mães vêm me fazer queixa dos filhos. **Aí eu tenho que chamar as crianças para conversar.** Eu gosto muito

do meu trabalho e eu acho melhor até do que o trabalho de Auxiliar de Enfermagem. Trabalho na área é bom para sentir, ver alguma coisa. Me sinto importante.

ACS DANIELA: Como eu vejo mesmo, como eu posso dizer ? Uma criança de 12 anos grávida e quando pari vai deixar o filho ao léu. Para mim, dá vontade de pegar para mim. **Tento orientar ela, fazer um espelho para ela.** E eu fui mãe aos 19 anos. Então eu digo a ela “olhe, eu era muito “farrista” sempre gostei de farra, sempre gostei de tudo. Mas a partir do momento que eu tinha uma criança na minha mão, que precisava de mim, parei com tudo isso. Eu digo a você: é difícil abrir mão das coisas que você gosta por causa de uma pessoa, mas você tem que pensar que essa pessoa não é qualquer uma. É seu filho”. Então eu tento com palavras tá orientando para que ela venha manear mais, tomar conta do filho.

Mas qual a natureza dessa orientação ? Para além do vínculo, tanto a escuta, a conversa, como o conselho devem ser qualificados, devem ter em vista uma racionalidade, uma direcionalidade dentro de um serviço de saúde. A clareza do aspecto técnico da orientação foi pouco lembrada pelas ACSs. De fato, elas reconhecem a importância do papel do Agente dentro da equipe como aquele que facilita o trânsito de informações entre a equipe e a comunidade: traz da comunidade as informações para a equipe; da equipe os horários de atendimento para as famílias e identifica as possibilidades de realização das atividades extra-muros. Mas a sua atuação como aquele que pode deter informações mais técnicas, não foi muito destacado.

Embora a ACS Kátia tenha até citado a questão da prevenção como algo interessante no PSF, mas quando ela define a função do ACS ...

ACS KÁTIA: o trabalho do PSF é uma coisa para prevenir as doenças, atender à comunidade, passar a orientação e ajudar que elas venham evitar outros tipos de doença. Já passam orientação de coisas que não sabiam, isso é muito importante. (...) o ACS é um elo de ligação entre o PSF e a comunidade. O papel do ACS é um papel muito importante, por que se não existisse os ACS, não seria PSF, por que o ACS é quem vai para a comunidade, tá no meio da comunidade, que passa a ver os problemas e que chegam até os profissionais que estão aqui dentro. **Traz os problemas, as doenças para aqui, para a unidade.**

E nessa mesma direção ...

ACS DANIELA: é do ACS que começa o PSF, digamos assim, por que é ele que vai fazer a visita, **é ele que traz todos os problemas pro médico, enfermeiro e odontólogo**; é quem conhece o pessoal da área e sabe o que cada um tem. é o papel chave para a equipe.

ACS RITA: Se a gente (ACS) não tivesse lá talvez, por mais que eles (os outros profissionais) vão na área, né, não é como a gente. **A gente traz tudo, fala tudo para eles**. Então é um pedacinho de cada coisa, por que um completa o outro, em pedacinho em pedacinho, nós 7 (as ACSs) trazemos tudo para a unidade.

ACS HELENA: fico todo o dia no pé da doutora: “marque essa consulta”, “olhe esse paciente”, “dá remédio para ele”, “vá lá visitar”. Isso tudo ajuda...

De fato, a ênfase no “ajudar” traz em si um caráter mais tutelar e não baseado num reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. É claro que as atividades de organização do trabalho, promoção, prevenção e assistência em saúde foram por mim identificadas através da observação participante, da semana típica e análise dos questionários. Mas o elemento mais “técnico em saúde” não aparece no discurso delas, quando foi perguntado qual é o papel do ACS na equipe. Talvez esse seja um papel ainda muito circunscrito aos outros profissionais da equipe, principalmente aos de nível superior. Talvez elas ainda não identificam essas tecnologias como algo a ser apropriado pelo ACS, como instrumento de intervenção também, que ao ser associado à orientação, à conversa e ao conselho poderia potencializar mais o trabalho da equipe como um todo.

Quando escutamos a equipe como um todo, o papel que o ACS desempenha é destacado, com muito afeto, como sendo uma atuação importante: uma espécie de combinação entre “olheiro” da equipe com “mensageiro” da unidade.

ENFERMEIRA FERNANDA: Eu chamo eles de pupilos, são as minhas pupilas, por que tudo que **eles enxergam lá, eles trazem para a gente**. São eles que mostram realmente o que está acontecendo e é de extrema importância. Acho que esse trabalho sem eles, ia ser muito complicado.

ACD ELIANA: Eles trazem todas as informações. Isso depende do ACS. A gente fica mais aqui dentro do consultório e eles trabalham mais na rua. **São eles que trazem toda informação**. É muito importante o trabalho dele.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Eles são assim importantíssimos. **Eles ‘é’ o elo, entre a gente aqui no posto e eles lá fora**, por que eles trabalham na rua. Nós auxiliares trabalhamos na rua, mas é muito pouco o que a gente faz. Então quem faz esse trabalho é o ACS. Até por que tem atividades aqui no posto, que às vezes você está ali tão envolvida, tem as visitas para a gente fazer e a gente fica sem saber se vai para a visita ou se não vai. Apesar de que é importante que a gente vá para a gente ter aquele elo com a comunidade, mas o agente também faz esse elo entre a gente. O trabalho deles é de suma importância.

Outro aspecto interessante a ser destacado na concepção do trabalho é a definição do local de atuação das categorias. Aqui aparece uma dicotomia entre trabalhar “dentro” ou “fora” da unidade. A intervenção parece ser definida pelo espaço de atuação dos membros: os profissionais de nível superior no consultório; os auxiliares na sala de procedimento, na sala de vacina, na farmácia. E o fora, na rua, na comunidade parece ser o espaço dos ACSs. E é claro, como aspectos distintos, há uma tensão de quem fica e quem sai.

Mas será que é isso mesmo ? O único membro da equipe que suscitou um aspecto dissonante foi o Auxiliar de Enfermagem Jorge.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: o ACS faz um trabalho muito importante. É o elo de ligação entre as famílias e os outros profissionais. **Quando bem orientados pelas equipes desde as patologias até uma orientação, surte efeito. Você vai ver um grupo de ACS comunitário fazendo a sala de espera falando de prevenção.** E o que é muito importante.

Mas a questão que aparece em seguida é quem tem o papel de orientar os ACS que, por sua vez, orientam as famílias ?

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Acho até que deveria treinar mais eles, entendeu ? por que é muito importante o que ele passa lá. O que ele passar para o pessoal é o veredito, por que muitos não vêm aqui ver. Tem medo de vir. É através dele que vem. Se ele passar coisa errada, uma informação errada, a pessoa não vem até o posto. Então ele é muito importante. É o **espelho do posto**.

MÉDICA LUÍZA: eu acho que é jogada uma série de tarefas muito pesadas nas costas dos agentes. Sem fiscalização. **Eu enxergo a necessidade de ter uma pessoa para coordenar os ACSs, que não fosse uma coisa só da equipe.** Tanto tem ACSs que cruza os braços e vira as costas, como tem ACSs que leva problema da comunidade nas costas.

Enfim, quem assume o papel de orientar os ACS além da parte técnica, acompanhar na área e redefinir as tarefas para que não se tenha excessos ou negligência no processo de trabalho entre os ACS ? Não seria a própria equipe na atuação contínua dentro e fora da unidade ? Fica então a questão...

2.2 – Os auxiliares: orientadores diferenciados

No discurso dos Auxiliares de Enfermagem da equipe há também uma forte identificação do trabalho com o papel de orientar. No entanto, aqui essa tecnologia já é percebida como um instrumento de intervenção em saúde, ou seja, a natureza educacional da ação já é vista como diferenciada por estar associada a um domínio mais específico da área da saúde.

ACD ELIANA: eu gosto de trabalhar com a comunidade, por que no consultório a gente trabalha com a parte mais curativa. É só tratar. E aqui não, a gente educa os pacientes, faz prevenção, escovação com as crianças. A gente fazia nas escolas, mas algumas não eram da área. Muitos pacientes que o dentista estava tratando aqui, aí ele mandava vir, trazia a escova para eu orientar, ensinar a criança a escovação. Para mim era muito interessante. Eu gosto.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: eu acho muito importante nosso trabalho. Muito importante mesmo, pois é um trabalho de educação, por que a gente educa a comunidade. É um trabalho de professora, certo ? **É um trabalho de educação, de ensinamento, de aprendizado.**

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: No PSF você tem maior responsabilidade em orientar a população. **Mais do que o procedimento é a orientação, senão não funciona.** Entendeu ? se nós somos a base da saúde, a unidade básica de PSF, é a base da saúde. Então a base da saúde é você educar esse pessoal na saúde. **Então nós somos educadores de saúde.** Então a educação parte do princípio de orientar. Temos que fazer oficinas na área, eventos, formamos grupos na área, para passar uma melhor orientação para o pessoal. Pessoal saber como se portar diante de uma situação, e tal. Não ficar esperando para resolver. **PSF pode não me dar o trabalho braçal como o hospital dá, mas ele me dá um trabalho psicológico.** Eu tenho que tá muito bem para correr atrás de conhecimentos para estar orientando o pessoal.

Vale salientar também que tanto para os Auxiliares de Enfermagem como para a ACD da equipe o papel educativo da atuação parece permear toda a prática e não está restrito a uma categoria e nem a um espaço de intervenção específico: pode ser numa sala de vacina, na hora de um procedimento e, também, nas atividades extra-muros tipicamente educativas.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Eu vou ser sincera: eu não sabia muita coisa de vacina por que eu sempre trabalhei em hospital. Aí quando eu vim para o PSF, eu tive um curso sobre imunização e também, por mim mesma, procurei ver livros e estudar. É muito importante e em pleno século XXI tem mães que nunca vacinou a criança, nunca tomou uma vacina, não sabe pra que serve. Acho que também a gente pode trabalhar em cima disso com elas, orientando, para explicar o por que das ‘vacina’ e por que não. **E quando elas chegam na sala de vacina, a gente dá uma aula para elas, praticamente. A gente conversa...** Na primeira vez não vai não, é difícil. Mas sempre que ela vai vindo, a gente vai amolecendo e termina que elas se tornam amigas, dando risada, daqui a pouco, tem um pezinho de carambola no quintal e traz para a gente merendar. Aí quando a gente vai ver tá todo mundo envolvido. É aquele laço que cria com comunidade.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: Às vezes o pessoal chega só para verificar a pressão, ele não vai para consulta médica. Mas eu tenho a obrigação de **verificar a pressão e orientar** ele na alimentação, na ingestão hídrica, até para usar a medicação e até o outro tipo de terapia medicamentosa que é as folhas.

Mas a orientação também tem um outro sentido: a da alteridade no uso da tecnologia. A partir da disponibilidade de perceber a perspectiva do outro, pode-se repensar a condução das práticas de saúde, na medida em que se redefine os conceitos que separam tecnologias distintas, no caso, a medicina tradicional e a medicina chamada “alternativa”.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: A gente ensina e também a gente é aluno. A gente aprende com eles. Eles terminam sendo os nossos amigos, entendeu? (...) **Eu aprendi muito, eu acho muito importante.**

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: que a gente aprende muito no consultório com o povo mesmo. **No dia-a-dia que a gente vai conversando com as pessoas e vão trazendo a medicina.** Como é que a gente fala ? É... Alternativa!! É a Alternativa, entre parêntese, não é ? Mas que na verdade funciona. Se não funcionasse não estava nessa “alta” aí. Se bem que as pessoas têm que ser bem orientada para não deixar de tomar sua medicação certinha. **Eu digo sempre que tem que conciliar.** Eu digo sempre assim: se ele faz uso de um Capítropil manhã e outro a noite, que no intervalo procure tomar um chá, procure tomar um suco, né ?,

que ajude a baixar a pressão. Às vezes a pessoa já tá tomando a medicação há tanto tempo que a medicação já não faz mais efeito. Então tem que mudar de medicação. Aí a depender do tempo que você leva como hipertenso, você vai passar por todas as escalas de medicação e nenhuma medicação vai fazer efeito. Aí vem os “infartes” e “AVCs” da vida. Então você dando o suporte a medicação com alguma medicação dessas da vida, ele vai ... Eles usam muito suco de graviola, de carambola, de maracujá, chá de melissa, erva doce, da folha de carambola. É muita coisa. Coloca um copo de água à noite com um dente de alho, de manhã bebe para o colesterol e para outras coisas. **A gente aprende muito.** A gente vem sabendo uma coisa e conversa com um paciente e ele diz “eu uso isso” . E funciona. Com o paciente que tá ali com você no dia-a-dia, a gente acompanha e vê. Tem paciente que vem duas ou três vezes na semana. Você vê que tá lá direitinho. Aquele (referiu-se ao um senhor que ele me apresentou na sala de procedimento) toma medicação, 69 anos, é um paciente rigoroso. Vem sempre uma vez por semana por que ele sabe que a pressão dele tá sempre naquela base. Ele vem assíduo. Então no PSF, eu, como Auxiliar de Enfermagem, isso é muita orientação.

Não me cabe avaliar aqui se a associação da terapêutica dos chás e sucos com a medicação para controlar a pressão arterial gera bons resultados a médio e longo prazo, mas, sem dúvida, a inclusão do saber do outro pelo profissional no acompanhamento das famílias nos sugere um ponto de avanço na noção do que seja uma orientação. Essa apropriação de um conhecimento não-hegemônico pode ser entendida como uma estratégia de superação da dicotomia eu-outro, medicamento-chá, profissional-usuário. A dinâmica da alteridade começa a aparecer aqui no discurso da equipe como um caminho para a mudança.

No entanto, o papel do Auxiliar de Enfermagem para os outros membros da equipe ainda é muito associado à triagem, vacinação e aos procedimentos de enfermagem.

ACD ELIANA: Eles verificam a pressão, fazem a parte da triagem. Quando o paciente vai para sala da médica, ele já verificou pressão e já pesa a criança e gestante.

ACS RITA: eles ficam na parte de curativo. Eles acompanham a gente nas visitas domiciliares. Para tirar pressão, eles participavam também.

ACS JOANA: a nossa equipe tem dois auxiliares. O trabalho junto a gente é quando tem visita domiciliar vai um por que é uma tarefa dividida, por que tem que tá um na farmácia, outro na sala de curativo ou na sala de aferir pressão.

ACS CRISTINA: O papel dos Auxiliares de Enfermagem é indispensável. Nas campanhas de vacinação mesmo eles têm uma presença importante, mesmo.

No caso da ACD, é identificada como aquela que media a marcação das disputadas consultas de odontologia e que dá suporte às atividades de escovação desenvolvidas pelas ACSs.

ACS RITA: Agora com o Dr. Gustavo é ela que faz mais a marcação. Ela também participa do procedimento de escovação na área. Ela também vai. Faz escovação, aplicação de flúor. A gente também faz, quando é em criança. Mas quando é com flúor é ela.

ACS DANIELA: ela sai mais assim quando tem atividade na área com o dentista. As marcações são com ela também.

2.3 – Os profissionais de nível superior

2.3.1 - A Enfermeira: muito mais do que uma administradora de serviços de saúde.

A enfermeira Fernanda revelou claramente a sua satisfação em atuar na equipe do PSF. Para ela, o novo e interessante aqui é poder desenvolver atividades de assistência. Ao contrário das outras experiências com Programa no interior da Bahia, aqui ela amplia a sua atuação para além do papel tradicional da enfermeira de coordenar/administrar o serviço de saúde. Agora ela tem os seus próprios atendimentos.

ENFERMEIRA ELIANA: Eu gosto muito de trabalhar com o PSF. Eu gosto demais daqui. De todos os trabalhos em PSF, esse é o que mais me encanta. **Como enfermeira, eu me sinto muito mais próxima da assistência.** Até então era coordenação, supervisão. Eu só fazia uns atendimentos ou outros, mas não tinha um vínculo muito grande com a comunidade. Aqui é diferente. Aqui eu faço os meus atendimentos com a médica. Então, o vínculo que eu tenho com a comunidade é muito maior. Aqui é completamente diferente. Ser enfermeira aqui está sendo uma excelente experiência. Fora do comum de todas as outras.

Outro aspecto interessante é a distribuição das atividades administrativas entre os outros membros da equipe de nível superior, embora admita que goste de gerenciar. Re-

elaborando o papel da enfermeira na equipe, Fernanda deu seu grito de liberdade: Coordenar, sim. Mas concentrar tarefas, não.

ENFERMEIRA FERNANDA: Normalmente o que tem se falado aqui, é que a enfermeira é a que vai, que cobra, que supervisiona, que faz os relatórios. Mas dentro da equipe, a gente distribui algumas atividades e então descentralizou daquela figura da enfermeira para os outros profissionais também de nível superior. Tem coisas que eu posso tá resolvendo, mas não posso estar resolvendo pelos outros profissionais. As ACSs podem se reportar a qualquer um deles para alguma coisa relacionada à equipe. Até o relatório mesmo, eu fechei em um mês o relatório do SIAB (SSA2 e PMA2), o outro mês a médica fecha, no outro o dentista. Quando eu sair de férias, ou o dentista ou a médica vai fechar o relatório do mês. Eles também fazem a capacitação dos ACSs. O tema de cada semana uma pessoa vai fazer. Então a gente distribui essas funções para não sobrecarregar, por que todo mundo trabalha. **Todo mundo faz atendimento, todo mundo faz visita e todo mundo fecha relatório.** Então fica muito mais fácil assim. **Descentralizei.** Quebrei esse vínculo que é tudo com a enfermeira. **Todos são responsáveis pelo êxito da equipe.** Então todo mundo tem que passar por isso. Eu acho que você tem que saber gerenciar e tem que saber delegar. Eu gosto muito de gerenciar.

Embora ela tenha declarado sua iniciativa em descentralizar o trabalho administrativo, mas para alguns membros da equipe é ela de fato a chefe da equipe. A figura da enfermeira ainda representa muito a capacidade de administrar os serviços.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: a enfermeira é a **“mola-mestra”**. Tem aquele negócio: “enfermeira é a chefe da equipe”. A enfermeira tá na frente para dar o suporte para o Auxiliar de Enfermagem, ao ACS que são na média de 6 a 7. é a enfermeira que está na frente programando os eventos e **sempre tomando a dianteira mesmo.** Mesmo que o grupo discuta o que vai fazer, mas a enfermeira é a peça fundamental, é **o carro-chefe** da equipe. Entendeu ? o médico e o odonto tá mais distante.

ACS CRISTINA: a enfermeira, nós aprendemos também que é a **cabeça da equipe.** Todo mundo na equipe tem a suas atribuições e suas obrigações. A enfermeira é quem tomar a **iniciativa de organizar, de orientar, tirar dúvidas.** E no caso ela tem que está bem sintonizada com a equipe para que ela tenha essa autonomia de chegar, de resolver as coisas, de orientar. é importante, muito importante o papel da enfermeira na equipe.

ACS JOANA: olha, num curso de qualificação, a gente aprendeu que a enfermeira é a **responsável pela equipe.** Eu acho que somos um grupo, uma equipe. Cada um tem sua função, nós vemos que é a enfermeira que é responsável. A gente tenta trazer todos os problemas da comunidade para ela, e a gente vê resposta.

ACS KÁTIA: É a enfermeira que está na frente da equipe toda. é a enfermeira que está na frente dos ACSs, que passa orientação para os ACSs, que passa tudo que vai

acontecer para os ACSs, para a comunidade... Tudo que vai ser feito. As reuniões que vai ser feita. A enfermeira que vem e passa para a gente. O trabalho dela é assim: **tomar conta da equipe** como um todo e também faz o atendimento dela como ela tem feito.

Já outros membros identificam a tarefa de “atender” como parte das atribuições das enfermeiras, principalmente as ACSs. No entanto, algumas estabelecem claramente uma hierarquia do saber em saúde entre Fernanda e Luíza, bem como, o limite da intervenção da enfermeira.

ACS RITA: a enfermeira também tem muito trabalho, por que **são muitas ‘pessoa’ para ela atender**. Na realidade é tudo muito dividido. O que só dá para a médica atender é mais gravemente. Só com o médico mesmo. Fora disso. O que dá para ela resolver é tudo dela. Ela faz o acompanhamento das gestantes, mas tem uma parte que tem que passar pela médica. **Mas tudo assim é dividido**.

ACS HELENA: bom, a enfermeira, eu acho que ela é **essa intermediária** por que às vezes quando está com os casos mais grave, a gente procura a médica. Quando ‘é’ as coisas mais simples, a gente procura ela e resolve. A doutora já tem tantas ocupações... quando é somente uma receita ou uma coisa assim, uma orientação, ela mesma pode dar. Também é um papel muito importante. **Nós somos o elo entre a comunidade e o posto. E a enfermeira é o elo entre a gente e a doutora**.

ACS DANIELA: acho que é **quase** a mesma coisa da médica, mas ela tem problemas que não pode resolver. Tem que levar a médica. Então quer dizer, é quase a mesma coisa. É ela que orienta a gente junto com a médica. Elas **entram em consenso** sobre o que deve ser passado para a gente e o que não deve.

Mas um ponto interessante relatado foi a articulação entre ambas profissionais para cobrir a demanda de atendimento e na condução do trabalho da equipe, confirmando, assim, o que foi dito acima pela própria enfermeira Fernanda. Na mesma direção, a própria médica Luíza declara a importância da complementaridade das funções.

MÉDICA LUÍZA: A gente trabalha numa sintonia muito boa, por que temos afinidades. Então, é o primeiro ponto. Não adianta tapar o sol com a peneira e dizer: “médica e enfermeira é um romance”, não é. Então, o fato de a gente ter se dado bem de cara ajudou um bocado. E a gente tenta trabalhar em parceria, em todos os ambulatórios, cada um com suas necessidades. Pacientes de pré-natal, por exemplo, a gente faz de tudo para a gente ter organizado na nossa cabeça a garantia de que passou por mim e por ela. Pela consciência da complementaridade das duas funções. O pré-natal é um exemplo excelente, por que o **médico tem a tendência**

em focar no exame físico, na probabilidade de risco de determinadas patologias naquele momento da vida da mulher e a enfermeira vai para parte de orientação, educação e “sabatina” o paciente e a coisa casa. Fica um conjunto bem feito.

Embora, nessa equipe, o trabalho de atender às demandas que chegam à unidade aconteça em parceria, a auxiliar Tânia chama atenção para um outro aspecto do trabalho de enfermagem no PSF: a atuação fora da unidade.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: o papel da enfermeira é muito importante. (silêncio) É muito importante mesmo, se realmente elas vierem para o PSF e se elas forem fazer o que o PSF pede, ficaria melhor ainda. Por que às vezes muitas também já estão acostumadas como aquela... Como é que eu vou dizer? **Rotina de hospital, né?** Elas também vêm para aqui também para poder aprender, ter o entrosamento e começar a desenvolver: **saber que tem que ir para área, saber que tem que visitar, saber que tem que chegar até o paciente, saber que tem que reunir.** Muitas fazem, mas muitas ainda... Não sei direito. Você me entende, não é ? O corpo a corpo com a comunidade, né ? Eu acho, na minha opinião, não são todas, mas ainda tem uma barreira assim... só com o tempo e a convivência e o aprendizado elas vão desenvolver esse trabalho.

2.3.2 – O Odontólogo: autonomia acima de tudo.

O dentista Gustavo defende claramente a autonomia no seu trabalho, reafirmando o discurso liberal e a intervenção individualizada na odontologia. Vale destacar que o sentido da sua liberdade está relacionado com a flexibilização dos horários.

DENTISTA GUSTAVO: A medicina também como a odontologia é muito voltada para o atendimento individual. (...) com relação ao trabalho técnico, uma coisa que eu prezo aqui é a liberdade, autonomia. Talvez por isso eu goste tanto do meu consultório. Eu tenho total autonomia lá dentro. Aqui de certa forma eu também estou tendo. Mais autonomia aqui só se eu tivesse mais flexível no horário, que eu sei que não vai ser. Mas assim, apesar daqui ser um governo de esquerda, é mais flexível do que nas outras duas experiências que eu tive com a prefeitura de PT. Eu costumo brincar que o PT quer que você cumpra a carga horária, produtividade e ainda quer que você bata continência.

Ao se comparar o discurso de Gustavo com os dos outros membros da mesma equipe, há uma diferença notável na concepção da odontologia no PSF. Vale ressaltar que a percepção da equipe sobre saúde bucal está mais relacionada com a figura do dentista anterior, Dr. Henrique, o qual deu um outro sentido à sua atuação no Programa. E essa diferença é percebida tanto pela equipe como pela comunidade.

MÉDICA LUÍZA: eu acho que no nosso caso, Henrique, depende do perfil do profissional. O ex-dentista, já saiu da faculdade e já fez a especialização em Saúde Coletiva que interessa para ele. Então, **existia toda uma paixão e óbvio uma dedicação maior em participar de tudo que dizia respeito à equipe**. E isso se quebrou com a saída dele. Elas ainda estão conhecendo o atual dentista.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: eu adoro ele. (risos). Ele é uma pessoa maravilhosa, sim. Ele fazia um trabalho muito bom, principalmente na nossa comunidade. Ele ia fazer escovação, olhava a boca daquelas crianças todas. E ele não tinha besteira. Nunca notei nele assim ... Ele então, pegava o menino botava no colo, olhava a boca toda, olhava o nariz, meleca, não sei o que !!! brincava com os ‘menino’, às vezes ia para área, jogava bola com os meninos. Os ‘menino’ tuudo doido por ele. **Acho que ele é assim a cara do PSF**.

Mas com relação ao trabalho em si, toda equipe falou sobre a relevância da odontologia no PSF e das dificuldades em contemplar a alta demanda de atendimento para saúde bucal.

ENFERMEIRA FERNANDA: Acho que um dos maiores problemas que a gente tem é saúde bucal. Então, é o que todo mundo procura. A gente anda na área é o que todo mundo procura. “e o dentista, o dentista ...”. **Tudo que eles falam é do dentista**. Eles nem falam muito do atendimento médico ou de enfermagem. Acho que é uma carência muito grande. O dentista anterior da equipe tinha feito a questão das prioridades e o atual achou muito interessante isso.

ACD ELIANA: Todos são importantes, mas que é mais procurado aqui é o dentista, por que a população é muito carente na saúde bucal. Todos procuram a médica, a enfermeira, mas **o dentista é o mais procurado**. Para cada paciente para o médico ele vem uma vez e passa remédio e tudo. Para o dentista, um paciente só, tem que vir quase 20 vezes. Aí fica difícil para o dentista. É uma briga por que não acha vaga. Não tem vaga. A unidade é uma confusão por que a gente não tem condição de atender todo mundo.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: A gente vê ... Se marcar um dia para consulta de odontologia, dá uma fila daqui até quebrar ali a esquina. O odontólogo utilizava estratégias: marcava nos grupos, nas comunidades. Então ele chega nesses grupos, fazem uma triagem e vê realmente quem tem a necessidade de ir primeiro à unidade. Começa a atender e tá dando certo. Quem tem mais necessidade vai primeiro, quem tem menos vai depois. Geralmente se prioriza as crianças e faz o trabalho em escolinhas na faixa etária de 3 a 15 anos mais ou menos.

De fato a natureza dos problemas de saúde bucal é diferente das outras questões de saúde e demandam formas de priorização. Mas o grande avanço dessa estratégia é ter como objetivo o tratamento concluído, embora isso demande muita paciência por parte da comunidade. Assim, o acesso ao atendimento acaba sendo visto como um “troféu”.

ACS HELENA: Todo mundo tem problema nos dentes. Ou um cariado, ou bobagenzinha. Pode não ter hipertenso na casa, mas tem 5 pessoas com problemas dentários. E cada um pior do que outro por falta de informação. Vai deixando levar, quando vê, já está perdendo os dentes e tudo. E tem que correr para o dentista e ele tem que se virar para terminar o atendimento todo daquele paciente para começar outro. Então ele se sente sobrecarregado. Mas sempre dá um jeito com as emergências. Sempre que vem... ele não pega o paciente e arranca o dente e pronto, não. **Ele acompanha o paciente até acabar todo o tratamento.** Tava sendo com o dentista anterior e com o atual. Eu acho bom. A gente antigamente ia obturar um dente e pronto. Tinha que esperar um outro dia. E agora não. A primeira consulta é um pouquinho difícil. Mas depois que consegue, as seguintes são tudo remarcado.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Até hoje tem gente aqui que quando diz assim : ‘consegui marcar com o dentista’, dá pulo de alegria. Você vê a satisfação, como se tivesse ganhado um troféu. Teve um dia que teve um senhor aí que para ele foi um **troféu conseguir marcar o dentista.**

2.3.3 – A Médica: entre a dor e a delícia de ser médica do PSF

Mas a flexibilidade de horário e uma boa remuneração fazem parte da expectativa de outra categoria, a qual também tem raízes liberais: a categoria médica. A imagem vendida do PSF leva alguns a crêem que é possível associar esse desejo com a atuação no Programa. Seria realmente ?

MÉDICA LUÍZA: As informações que chegam para gente ainda dentro da faculdade são essas. “Fulaninho tá no interior assim, assim, assim. Ganhando não

sei quantos mil”. Parece que a pessoa tá tendo uma **vida de príncipe**. Dá tempo para estudar tranqüilo, ganhando não sei quantos mil, tem tantos dias de folga na semana, e só atende não sei quantos pacientes por dia. Parece que tá o tempo todo dedicado só à residência e não tem responsabilidade nenhuma. E que quase não trabalha. A verdade é essa.

No entanto, a Médica Luíza desmistifica a idéia de que PSF pode ser uma temporada tranqüila entre a saída da universidade e a prova da residência médica. Como Médica, Luíza reconhece a sua insuficiência técnica perante o desafio de acompanhar a diversidade de problemas de saúde da sua área de abrangência. Durante esse enfrentamento, o poder médico torna-se tênue e frágil. Sem falar do estar próximo do sofrimento do outro, que não é qualquer “outro”, mas daquele sem acesso aos serviços de saúde especializados.

MÉDICA LUÍZA: é frustrante e enriquecedor ao mesmo tempo, por que você leva muita responsabilidade nas costas de tá lá na “pontinha”, isolada, tentando lidar com todas as áreas da medicina. Aqui a gente não tem como selecionar problema de cardiologia. **O que eu não sei, não “encaro”**. Então eu digo: “vá procurar o seu médico. Já tentei fazer esse tratamento com você, já pedi esse exame. Não tenho conhecimento suficiente. Você vai para um especialista”. Você imagina mandar uma senhora idosa acordar, sabe lá deus que hora, para ir para a porta do hospital como o Santo Antônio, que é o hospital mais próximo daqui ou então para o hospital geral para procurar um atendimento especializado. **Eu sofro também**. Eu não consigo ainda me distanciar e não me contaminar. Eu me contamina com os pacientes. Eu levo esse sofrimento todinho para mim. Eu divido tudo: **as vitórias e as derrotas**.

Então, para se desempenhar de fato o papel do médico é necessária muita disponibilidade de continuar aprendendo para absorver a grande demanda dentro do possível. A estratégia de enfrentamento da médica Luíza é investigar mais o caso ou encaminhar a demanda para um especialista.

MÉDICA LUÍZA: Assim: a pessoa tem que estar com a cabeça aberta, com o coração aberto e com boa vontade, por que a pessoa vai precisar voltar para o livro o tempo inteiro para resolver os problemas. Se você deixar, eles vão agudizar e vão voltar para você. Não adianta você dizer isso eu não resolvo. Aqui não dá. Aí eu posso encaminhar da melhor forma possível. Isso você pode fazer. **Mas virar as costas para os problemas, não dá**.

Então o que parecia poder ser “uma vida de príncipe” se mostra como uma responsabilidade de peso e centrada na figura do médico.

MÉDICA LUÍZA: É muita responsabilidade. E chega paciente de todo tipo para a gente. Com todo tipo de problema. Então, assim, eu acho que a gente tenta trabalhar com equipe, tenta contar e colaborar com a ajuda dos outros profissionais de nível superior, a gente chega junto dos ACSs e elas são excelentes parceiras de trabalho, mas em termos de **doença é muita responsabilidade nas costas de uma pessoa só**, por que a enfermeira não prescreve, dentista não trabalha com doença fora da boca, então, assim: a responsabilidade é sua. Você encaminha, ou você melhora, ou investiga. Vai voltar para você ? **É um trabalho solitário.**

Outro aspecto importante a ser discutido é o peso da responsabilidade da atuação médica aqui atribuída. Na medida em que o seu objeto de intervenção é centrado na doença e o sujeito que tem o papel de intervir sobre ela é prioritariamente a médico, ou até só o médico, de fato sua tarefa se torna não só supervalorizada, como também quase impossível de ser desempenhada. Não estou querendo qualificar essa opção como certa ou errada, mas o que é importante notar que o próprio modelo historicamente construído limita apropriação desse objeto pelos outros membros e, conseqüentemente, restringe as possibilidades de enfrentamento dos problemas, que não são poucos. E esse afunilamento ainda é mais acentuado quando outras tecnologias, como as de prevenção e promoção, não são incorporadas no cotidiano do profissional médico.

No caso particular dessa equipe, os membros tiveram reações bem distintas ao serem perguntados sobre qual seria o papel do médico no PSF. Alguns de estranhamento, talvez surpresos pela minha pergunta, que para mim era aparentemente tão simples como foi perguntar sobre o papel dos outros membros. Destaco aqui o diálogo na intenção de destacar tal reação. Detalhe: eu sempre apresentava sobre o trabalho do médico depois de perguntar sobre os outros da equipe.

DIÁLOGO COM ACD ELIANA:

ET: e como você vê a função da médica na equipe ?

ACD: é também muito importante a médica. Todos são importantes.

ET: eu sei que todos são importantes, mas qual a função que eles tem na sua visão atuando na equipe?

ACD: não entendi.

ET: aqui você tem uma equipe. Todos são importantes, isso é inquestionável. Mas como você vê o papel de cada um ? a contribuição de cada um ?

ACD: a médica é atender os pacientes e orientar.

Outros, reagiram com uma postura de defesa imediata a médica Luíza ou justificaram prontamente motivo da médica não dá conta da demanda sem que eu tenha se quer perguntado.

DIÁLOGO COM A ACS JOANA:

ET: e o papel da médica na equipe, como você vê ?

ACS: olha, eu sou suspeita do papel da médica. Eu me dou super bem com ela, é uma excelente profissional, é uma excelente pessoa também, e o trabalho dela é muito bom.

ET: mas a função da médica ? para você o que tem que fazer uma medica por exemplo ?

ACS: examinar, diagnosticar, eu acho que ela está cumprindo o papel dela. As atribuições que são referidas. Eu acho que ela cumpre as atribuições.

DIÁLOGO COM A ACS CRISTINA:

ET: como é que você vê o papel da médica na equipe ? para você, qual o papel dela?

ACS: Nossa médica é bem elogiada na comunidade. As pessoas falam muito bem do atendimento dela. E tem a mesma dificuldade do odontólogo que é de ter muita procura, e de no caso, ter essa dificuldade de espaço para marcação de consulta, por que é muita gente. Mas ela é bem elogiada na comunidade.

DIÁLOGO COM A AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA:

ET: como você vê o papel da médica no programa ?

AUX: o médico é super importante. Por exemplo, a doutora da nossa equipe, a agenda tá lá cheia, um bocado de pessoas para atender. Quando ela diz assim: “olhe, eu atendi e às vezes eu atendo extra. Eu não tenho condição de atender essa.” Quando ela se nega a atender, é por que a agenda já tá muito cheia e ela não vai dá um bom atendimento e também não tem como. E o pessoal da comunidade também e até o próprio paciente ele reclama disso, entendeu. Mas deve ser igual a gente lá dentro. Ouvi aquela história toda, e tem que explicar tudo e sempre com o sorriso no rosto. Quando ela se nega a não atender, não por que ela é ruim e não quer atender, por que ela sabe que ela tá aqui para isso. Para atender, veio para

desenvolver um trabalho bom, mas o fluxo de pessoas é tão grande que termina ela não dando conta. O problema é esse: ela não dá conta.

Já outras ACSs identificaram, de imediato, o fazer da médica como atender os doentes, examinar, diagnosticar e orientar as próprias ACSs para melhor acompanharem as famílias. E ponto. Há também uma grande expectativa com relação à médica: é ela quem tem a resposta, a solução ou a cura. Talvez até por isso a própria Luíza tenha referido o trabalho com algo que tem uma grande responsabilidade devido a concentração tecnológica em uma só pessoa.

DIÁLOGO COM ACS HELENA:

ET: e então qual o papel da médica para você ?

ACS: ela tá ali para tirar todas as nossas dúvidas. Tudo que a gente precisa, a gente recorre à enfermeira, quando é uma coisa mais séria, “vamos procurar a doutora para ter a solução”. E ela sempre tem resposta e solução.

DIÁLOGO COM ACS KÁTIA:

ET: e da médica para você ? como é que ela se encaixa ? qual a contribuição dela para a equipe ?

ACS: a médica contribui muito em passar a orientação para gente de coisas que ela sabe como médica, para quando a gente chegar na visita sabendo mais do assunto. Para orientar a pessoa, orientar melhor para procurar a médica. É a médica que faz a consulta e orienta mais ainda o paciente. Nós não somos médicos, nós só vamos dar aquela informação básica. O restante que faz é a médica.

Sem dúvida, a presença da médica na equipe legitima o trabalho da ACS perante a comunidade. Talvez sem a médica ou o dentista esse reconhecimento não seria o mesmo.

DIÁLOGO COM ACS DANIELA:

ET: e o papel da médica ? qual a função dela na equipe ?

ACS: é fundamental também, por que mesmo que a gente estiver fazendo o nosso trabalho, se ela não tiver aqui... A gente passou uma época sem médico e é difícil por que quando a gente chega na casa da pessoa, ela pergunta “tá tendo médico ?” Então a gente chega para dizer o que a pessoa tá sentindo, a gente traz todo o problema para ela, e ela tenta da forma dela, como profissional, resolver os problemas.

A enfermeira Fernanda, na realidade, falou mais do seu próprio trabalho com relação ao trabalho médico do responder a pergunta.

ET: e da médica ? como você tem visto o papel do médico aqui ?

ENFA: O trabalho da enfermagem, a gente vai da seguimento ao trabalho do médico. A gente tem a nossa autonomia, mas a gente tem limitações. E eu respeito as minhas limitações. Não pretendo ultrapassa-la, eu gosto muito do meu COREN e não pretendo perde-lo. Então, por mais que seja uma coisa que a gente saiba, a conduta é sempre a interconsulta.

Quanto ao dentista, quando foi perguntado sobre o papel tanto da médica como da enfermeira, ele fez um longo discurso sobre a intervenção minimalista da saúde pública dentro do projeto Neo-liberal. Muito interessante, mas não responde a minha pergunta. Em um outro momento da entrevista foi perguntado sobre a possibilidade de incluir a epidemiologia no processo de trabalho dessa equipe, então aí ele falou um pouco da forma de intervenção de cada categoria.

DIÁLOGO COM DENTISTA GUSTAVO:

ET: e a equipe tem um horário para que possa está se discutindo essas coisas (inclusão da epidemiologia no processo de trabalho) ?

ODONTO: sim, nas reuniões nas terças. Eu particularmente acho que é mais fácil fazer isso para enfermagem do que para medicina. Não estou falando da minha enfermeira e nem da minha médica. Estou falando de áreas mesmo. **A cultura de enfermagem, no meu ponto de vista, é mais voltado para o social do que o de medicina. A medicina também como a odontologia é muito voltada para o atendimento individual. E a enfermagem tem um caráter mais geral, mais social.** Na própria faculdade, como essa coisa das enfermeiras geralmente ficarem com a parte burocrática e acabam tendo uma visão melhor e acabam trabalhando melhor isso.

Já o Auxiliar de Enfermagem Jorge marcou a importância do profissional médico estabelecer uma relação diferenciada com o usuário no Programa. E ainda ressaltou que essa disponibilidade ao vínculo é diferenciada entre os profissionais.

DIÁLOGO COM AUXILIAR JORGE:

ET: Mas como você vê o papel do médico aqui dentro ?

AUX: o médico quer queira, quer não **ele tem que estar mais perto do paciente**. Como eu falei anteriormente, não é um paciente que vem hoje e vai voltar daqui a 1 ano ou 2, não é ? Ele praticamente tá aqui todo mês. Em 2 e 2 meses. Ou se tiver alguma situação emergencial. Têm alguns que se doam mais, se entrega. Têm alguns que são realmente mais tranqüilos.

2.4 - A conformação do trabalho coletivo

O trabalho coletivo da equipe do Campo Redondo se dá para além das somas entres as partes. Ao contrário, a dinâmica grupal se modela à medida em que os vínculos vão sendo fortalecidos e renegociados a cada instante. Está além do sujeito, mas entre os sujeitos. Há uma constelação de aspectos que se constituem na dinâmica das relações entre os membros: o aspecto histórico de cada categoria, que precede qualquer ação individual; a identificação ou não do próprio profissional com papel que lhe é atribuído; e reconhecimento, a afirmação e reafirmação desse “desempenho” por parte dos outros membros da equipe. Mas esse consenso não é dado espontaneamente, é construído no dia-a-dia do processo de trabalho da equipe.

No caso da Enfermeira Fernanda revelou que descentalizou as atividades administrativas da equipe, mas a equipe ainda a identifica com o papel de comando da equipe. Essa contradição pode estar apontando tanto para uma expectativa da equipe ou pra o fato da enfermeira de fato não ter conseguido romper totalmente com esse papel tradicional da categoria, embora seja esse seu desejo revelado. Eu levanto essas hipóteses por que em uma das poucas reuniões da equipe que ocorreu no mês de janeiro e fevereiro de 2006, quando eu estava em campo, observei aspectos interessantes da dinâmica do papel da enfermeira na equipe. A reunião da equipe programada para 15:30 que só começou depois das 16:00, quando a enfermeira decidiu que ia começar a reunião para discutir sobre

o baile infantil pré-carnavalesco no qual cada ACS só poderia convidar 8 crianças, sendo que cada uma não podia levar irmão ou irmã. Eu pensei comigo: mas que proposta !!! Isso é impossível para uma comunidade daquela. A festa era na realidade para todo distrito e, por falta de um espaço maior, não era possível convidar mais crianças. Logo as ACSs revelaram que não seria pertinente convidar uma única criança de 8 famílias diferentes. Mas essa questão nem chegou a ser debatida pela equipe. A médica Luíza não estava, o dentista Gustavo não fez comentários e a enfermeira Fernanda já chegou com essa proposta pronta, talvez já acertada com o nível distrital. Ou seja, as ACSs nem tiveram espaço para repensar a atividade e o papel deles se restringiu executar o planejado. Logo após o repasse dessa informação, a enfermeira saiu e a equipe ficou conversando sobre festas de aniversário num clima muito animado. Em meio essa conversa, a Enfermeira voltou para reunião, sentou e falou sobre as outras atividades, o curso para os Auxiliares de Enfermagem sobre Rotavírus e depois disse que a reunião estava terminada, levantou e saiu definitivamente. E a equipe voltou a conversar sobre festa de aniversário...

Esse relato me faz pensar se Fernanda realmente desempenha sua função no sentido de romper com o papel tradicional da enfermagem. Provavelmente, o significado que ela atribui a descentralização se refere mais ao fato dos outros profissionais de nível superior também consolidarem os relatórios mensais do SIAB e não a um o repensar sobre sua condução com a equipe como um todo. Outro aspecto importante também é a aproximação da sua função com tradicionalmente da médica: atender doentes. Para ela, a enfermeira, essa apropriação pode parecer uma conquista de seu espaço profissional, mas a opção pelo atendimento como atividade privilegiada, no contexto do PSF, pode vir a ser inapropriada.

Já os ACS parecem muito identificados com o papel de poder ajudar e do aconselhamento. Embora essa disponibilidade afetiva seja fundamental para o

estabelecimento do vínculo com as famílias, talvez as ações de saúde para as quais elas ainda estão sendo treinadas, não fazem parte da figura do ACS ilustrada por elas mesmas e pela equipe. A necessidade delas se apropriarem do papel de orientadoras em saúde ainda está em processo. O papel de articulador e agregador dentro da comunidade nem foram mencionados. Nessa hora, a pouca experiência comunitária das ACSs se reflete no trabalho da equipe. Os contatos que são feitos com escolas, líderes comunitários ou estabelecimentos foram mais em função das festas promovidas pela equipe ou da escovação com crianças. Mas espaços de diálogo para o compartilhamento de poderes com a comunidade como conselho local, por exemplo, ainda são estratégias a serem incluídas no discurso e na atuação das ACSs e da equipe como um todo.

De fato, o grupo de 8 Auxiliares de Enfermagem assume um lugar diferenciado na rotina da Unidade de saúde do Campo Belo. Elas almoçam juntas, dividem a comida que trazem de casa e conversam de forma alegre as novidades do dia-a-dia. Por conta disso, esse foi o primeiro grupo com que eu tive contato na minha entrada na unidade. E logo pude perceber que o auxiliar Jorge é uma liderança da categoria dentro da unidade. Nesse momento pode-se observar o papel que o sujeito desempenha dentro do grupo, que não por acaso, está intimamente relacionado com sua história pessoal, com sua experiência na defesa pela classe que ele já desenvolvia quando era metalúrgico. Essa peculiaridade que o ator traz para o coletivo, junto com os outros atores, tem possibilitado a conformação do trabalho da categoria dentro da unidade muito além das especificidades das 4 equipes. Isso fortalece os laços entre as Auxiliares de Enfermagem ao ponto delas se posicionarem contra certas demandas dos profissionais das equipes.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: Ainda tem um fator que estamos lutando aí que as pessoas têm que ter um bom senso, independente de área, de profissão. Nós sabemos que cada um tem a sua função na unidade. Que o médico está no consultório dele, que a enfermeira está no consultório dela para fazer uma consulta. E cada um tem o seu aparelho de medir pressão, estetoscópio, para na hora da consulta verificar. **E por esse motivo que os profissionais acharem que tem muito auxiliar, eles começaram a jogar a função deles para a gente.** A pressão arterial pode até ser uma coisa boa, mas o seguinte: é uma coisa que lhe traz num curto prazo de tempo, danos. Por exemplo: perda de audição, infecção, por que o número é muito grande de atendimento. Você tem todo o pessoal que tem controle de pressão arterial das áreas. Todos eles não vêm diariamente. Mas o número é muito grande e tem pessoas que vêm e que não é das equipes, é de fora. Quando soma esse total de aferição de TA, imagine você ainda aferir a pressão arterial que ainda vai para a consulta. Entendeu ? se você chega lá no caderno, é um número exorbitante. No final do dia você está acabado. Então, tudo bem: cada um na consulta vai aferir. **Aí começou sumir tensiômetro e estetoscópio.** Então, cadê ? Tem que apurar esses fatos para cada um poder voltar a fazer suas coisas. No PSF cada um tem uma função.

Esse posicionamento pode vir a se constituir uma quebra na relação tradicional de poder entre aqueles que simplesmente executam e aqueles que ordenam. As profissionais de nível médio se dispõem a fazer o que parece ser necessário, mas nem sempre o que é solicitado.

Os próprios profissionais da equipe estudada reconhecem a interação entre as Auxiliares de Enfermagem e revelam de forma queixosa como a autonomia dessa categoria repercute no trabalho da equipe.

ENFERMEIRA FERNANDA: **aqui dentro não são os meus auxiliares.** Mas lá fora, quando a gente vai fazer visita, lá fora, são realmente os auxiliares da equipe, que fazem curativo, que vão lá verificar a pressão. Aqui dentro fica muito complicado, por que eles têm que percorrer todos os setores. Mas quando a gente precisa, eles vão com a gente. Hoje eu perguntei a um deles quem ia comigo para a visita domiciliar e ela me disse que o outro auxiliar ainda não tinha chegado. Mas uma auxiliar da outra equipe disse “eu cubro o setor da sua auxiliar para ir com você”. **Eles interagem muito bem entre eles para que tudo ocorra tudo direitinho** e eles que botem o auxiliar nosso quando a gente precisa. Então, eles seguem duas escalas: uma da unidade e outra da equipe. Eles sabem o dia de reunião, eles sabem o dia de grupo. Então eles seguem tudo direitinho e eu sei qual o setor que eles estão. Isso é bem interessante.

MÉDICA LUÍZA: e os auxiliares de enfermagem também são ocupados com coisas que são de auxiliares de enfermagem, e de uma equipe de PSF, é o profissional que a gente tem menos contato no dia-a-dia. A gente solicita os auxiliares de enfermagem para irem com a gente para as visitas, para as atividades de equipe, mas no dia-a-dia. **Não existe isso: “ah, por que os meus auxiliares são da minha equipe, eu vou pedir para eles, por favor, que verifiquem a pressão dos meus pacientes agora.”** Ou logo agora que estou com o tensiômetro quebrado, por exemplo. Ou “por favor, fazer isso para mim, por que to sobrecarregada de pacientes num determinado dia”. Não existe isso. Quem tiver no procedimento, eu vou pedir, por que os profissionais são mais da unidade do que da equipe. Acho que isso é de uma maneira geral, lá em cima (no térreo) as pessoas têm mais contato direto. De tá solicitando e tá tendo retorno dos auxiliares. Aqui em baixo (sub-solo), com essa escada no meio, fica muito complicado. No dia-a-dia da unidade a gente praticamente não tem. A gente convive com os auxiliares nas atividades extramuro praticamente

O trabalho de saúde bucal na equipe parecia ser o mais estruturado da equipe devido à organização da demanda deixada pelo dentista Henrique. No momento, quando eu entrei no campo, o dentista Gustavo ainda estava estabelecendo vínculo com a equipe e a comunidade. Até fevereiro de 2006 ele estava dando continuidade aos tratamentos iniciados pelo dentista anterior, mas não tinha ainda apresentado nenhuma proposta de trabalho conjunto nem com as ACSs e nem com os outros profissionais. Na realidade, ele já tinha deixado claro, pelo menos para mim, a sua incerteza de continuar na equipe, pois a sua prioridade era o seu consultório particular. No entanto, havia uma expectativa da equipe que ele fizesse o mesmo trabalho que Henrique realizou com a comunidade. Em uma das reuniões eu ouvi uma ACS falar com relação a Gustavo: “ele tem que se entrosar!!!”

Sem dúvida a atuação da médica Luíza apresentada pela equipe é conduzir o tratamento das pessoas doentes. Mas o aspecto mais interessante durante as entrevistas não foi nem tanto a resposta à minha pergunta “para você, qual o papel da médica na equipe?”, mas a reação dos informantes. Seguramente ao falar do trabalho das ACSs, por exemplo, quase todos os membros da equipe se mostraram confortáveis e expressaram até uma

reação de carinho. Mas falar de quem está num lugar de poder hierarquicamente instituído e consolidado é desconcertante, é falar sobre que não pode ser dito. Essa evidência pode nos apontar para o fato de que há na própria equipe a reafirmação dessa dinâmica hierárquica de divisão de papéis e de poderes.

De fato, o processo de trabalho de toda equipe tem pontos de estrangulamento, em que prepondera a dinâmica já instituída, mas nessa equipe há também pontos de convergência da atuação que devem ser ressaltados como mostra o diagrama abaixo:

DIAGRAMA 07: CONVERGÊNCIAS DO TRABALHO DA EQUIPE

	ACsSs	AUXs. ENFERMAGEM	ENFERMEIRA
AUXs. ENFERMAGEM	Visitas domiciliares; Atividades extra-muros como vacinação ou na preparação e realização de algum evento com a comunidade como festa do dia das crianças.	-	-
ACD	Na escovação e aplicação de flúor nas escolas, levantamento e priorização da demanda para atendimento, encaminhamento das urgências; atividades educacionais	No atendimento odontológico de hipertenso, o auxiliar verifica a pressão arterial e quando a equipe realiza algum evento.	Organização e realização dos eventos nas comunidades.
ENFERMEIRA	Levantamento da demanda para atendimento, principalmente para materno-infantil e dos grupos de diabéticos e hipertensos; organização das atividades educativas com esses grupos ou dos eventos na comunidade.	Nas visitas domiciliares. Organização e realização dos eventos nas comunidades.	-
ODONTOLOGO	Levantamento da demanda para atendimento e organização das escovações e demais atividades educacionais de saúde bucal na comunidade.	No atendimento odontológico de hipertenso, o auxiliar verifica a pressão arterial	Grupos educacionais como o de hipertensão , enquanto a médica e a enfermeira fazem o trabalho educacional, o dentista faz a marcação de consulta por prioridade. Na definição de questões administrativas da equipe, na capacitação das ACsSs e fechamento dos relatórios do SIAB .
MÉDICA	Levantamento da demanda para atendimento e acompanhamento dos grupos prioritários, como os portadores de hipertensão	Nas visitas domiciliares. Organização e realização dos eventos nas comunidades.	A médica e enfermeira na interconsulta. Nos casos de grupos específicos (diabéticos, materno-infantil, hipertensos) a médica faz a primeira consulta e a enfermeira o acompanhamento. Em casos de complicação ou mudança de medicação, o caso retorna para a médica.

CAPÍTULO III

PARTE 3: Os Sujeitos e o Processo Grupal da Equipe

Na terceira parte desse capítulo, irei resgatar a história grupal, identificando os momentos do processo grupal através dos quais os membros foram estabelecendo formas de se vincular um ao outro e às possibilidades de interação comunicativa. Trarei aqui também a voz dos sujeitos com relação à convivência em equipe, as dificuldades e as estratégias utilizadas de enfrentamento dos conflitos.

3.3.1 – Os momentos da equipe

A chegada dos membros para formação da equipe se deu de maneira gradual e fracionada, ou seja, os profissionais de saúde chegaram em momentos diferentes da constituição do trabalho coletivo. Os primeiros chegaram em novembro de 2005, entre eles o dentista Henrique, o primeiro dentista da equipe e o primeiro profissional de nível superior da equipe.

DENTISTA HENRIQUE: A primeira semana logo no trabalho o posto não funcionava ainda. Eram quatro equipes, como é hoje da mesma forma. Eu fiquei com a equipe, que pela distribuição do mapa, não tinha agente comunitário nenhum ainda. Os agentes comunitários da unidade ficaram em outras equipes. Então nós ficamos um tempo sem agente comunitário, depois de um mês, ou um pouco mais, começou a chegar os ACSs da nossa equipe, entendeu?

Com a chegada das primeiras ACSs, a equipe ainda em formação iniciou o trabalho de reconhecimento da área e o cadastramento das famílias.

ACS RITA: Eu cheguei no dia 20 de dezembro de 2004. Da equipe de ACS, quem chegou primeiro foi a Cristina. Por que teve outras meninas que chegou junto com ela, mas foi para outra equipe. Aí quando eu vim aqui, foi eu, Joana e Daniela. Aí ficamos 4. Na realidade a gente não tinha o mapa logo de início, não. A gente conhecia a área. A gente saiu junto, contou casa por casa e depois dividiu as micro-areas certinho. Mas a nossa área ainda ficou descoberta. Aí chamou mais 3 para cobrir a área: Margarida, Kátia e Helena que começaram a trabalhar em fevereiro.

Aí formou a equipe de ACS. A gente chegou em dezembro e em janeiro a gente já estava cadastrando.

ACD ELIANA: Primeiro, quando a gente entrou, não tinha compressor instalado. A gente estava sem fazer nada aqui. Então a gente saiu para área para cadastrar as famílias junto com ACS. E a gente foi para ajudar e não ficar aqui sem fazer nada. Então a gente passou janeiro e fevereiro de 2005. A gente começou trabalhar no consultório depois do carnaval.

Somente em fevereiro de 2005 a equipe se completou com entrada de 3 ACSs, da médica Luíza e a enfermeira Fernanda.

ACS KÁTIA: eu e as outras entramos no dia 3 de fevereiro: eu, Helena e Margarida. A médica e a enfermeira também entraram no mesmo dia que a gente. O Dr. Henrique já estava aqui. Só tinha ele de dentista, 4 ACSs e as auxiliares. A equipe só ficou completa no mês de fevereiro de 2005.

Então essa foi a primeira formação da equipe de saúde da família de Campo Belo. Mas em dezembro do mesmo ano, a equipe se deparou com a primeira ausência: a saída do dentista Henrique.

DENTISTA HENRIQUE: É ... a gente fazia um trabalho interessante com os idosos, com os hipertensos e diabéticos. A gente tinha que movimentar e eu gostava muito. Só que para mim o que pesou mais foi a distância. Pegar a BR todo dia... Eu tinha só um ano de casado e nunca tinha almoçado em casa com minha esposa. Depois que vim para cá é que eu consegui pela primeira vez, em casa, almoçar. Eu gostava muito de lá, muito mesmo, da equipe, dos pacientes, sobretudo, e do trabalho, do que eu fazia. Eu estava conseguindo consolidar, dar a minha cara ao trabalho. Só que na hora de colocar na balança, essa parte de estar mais perto da casa pesou um pouquinho mais.

Como ele participou de toda a implantação da equipe e do processo de estabelecimento de vínculo da equipe com a comunidade (como já foi relatado no capítulo II), sem dúvida ele conquistou o lugar de liderança na equipe. Esse aspecto se evidenciou para mim em diversos momentos na coleta pela forma como os membros da equipe pontuavam sua ausência no processo grupal e pelo carinho com que a própria comunidade se referia a ele durante as minhas andanças na área com ACSs. De fato, o vínculo que toda

a equipe firmou com a comunidade foi devido, em parte, ao trabalho que ele desenvolvia através das atividades de saúde bucal com as crianças e com os idosos nos grupos de hipertensos.

ENFERMEIRA FERNANDA: Na **época de Henrique** a gente fazia muita atividade na área: muito CPOD, muita escovação, triagem. O trabalho de odonto estava todo estruturado, mas ele pediu transferência por questões pessoais. Aí ele precisou sair. Agora ele está pertinho da casa dele.

ACS JOANA: ah!!!! O **Dr. Henrique** era uma pessoa que somava muito para equipe.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Tinha um dentista aqui na equipe mesmo que era muito bom. **Deixou muita saudade. Deixou um vazio muito grande.** Eu adoro ele. (risos). Ele é uma pessoa maravilhosa, sim. Ele fazia um trabalho muito bom, principalmente na nossa comunidade. Ele ia fazer escovação, olhava a boca daquelas crianças todas, e ele não tinha besteira. Nunca notei nele assim ... Às vezes a gente nota uma pessoa tem receio de pegar, né ? ele então, pegava o menino botava no colo, olhava a boca toda, olhava o nariz, meleca, não sei o que !!! brincava com os 'menino', às vezes ia para área jogava bola com os meninos. Os 'menino' tuuudo doido por ele. **Acho que ele é assim a cara do PSF.**

MÉDICA LUÍZA: O ex-dentista, já saiu da faculdade e já fez a especialização em Saúde Coletiva que interessa para ele. Então, **existia toda uma paixão**, e óbvio, uma dedicação maior em participar de tudo que dizia respeito à equipe.

Em janeiro de 2006 o dentista Gustavo entrou na equipe e deu continuidade ao trabalho deixado pelo seu colega. Quanto às atividades de atendimento odontológico, a equipe contou com a atuação do mais novo dentista. No entanto, além da liderança profissional, o dentista Henrique também exercia uma liderança afetiva, motivando a equipe a desenvolver atividades mais criativas e fortalecendo os vínculos interpessoais.

Durante uma das reuniões de equipe, a enfermeira Fernanda chegou a se queixar que o aniversário dela passou despercebido pelos outros membros. O auxiliar Jorge logo se defendeu dizendo que na época ele estava de férias e ainda ressaltou que essas datas só eram lembradas quando o dentista Henrique estava na equipe, pois tomava a iniciativa para organizar alguma comemoração.

A ausência desse tipo de liderança foi sentida, sem dúvida, pela equipe como uma perda, pois alterou o jogo de papéis na cena grupal. A partir do desempenho da sua própria verticalidade na dinâmica do grupo, era atribuído a ele o papel de sustentar o discurso pró-PSF. Ele representava para a equipe a mudança, o novo. O papel tanto técnico como interativo que ele exercia parecia ser um elemento facilitador para o processo grupal. Com a sua saída, o grupo demandou um certo tempo para retomar o ritmo de trabalho e reestruturar a divisão de tarefas e de papéis.

Mas naquele momento não só a saída do querido dentista quebrou a rotina da equipe. Sincronicamente, outro evento teve um papel bem mais desestruturante para os vínculos tanto intra-equipe como dentro da unidade: a paralisação do mês de janeiro. Essa conjugação de fatores fragilizou e desestabilizou as relações em torno do processo de trabalho. Essa hipótese foi se evidenciando para mim desde as primeiras ameaças de greve até o momento pós-paralisação das quatro equipes da unidade.

No dia 13 de janeiro de 2006 toda a unidade de saúde da família do Campo Belo organizou uma “Caminhada pela Qualidade de Vida” com adolescentes das quatro áreas. Só que naquele mesmo dia e horário estava marcada uma assembléia geral das equipes de PSF para discutir os atrasos salariais.

Essa caminhada foi a primeira atividade coletiva da equipe que eu acompanhei. Estava marcada para saída da unidade pelas 8:30 horas, mas teve um atraso de 40 minutos, pois ainda tinha muito a fazer: organizar lanches e água, camisas,... Esperei a equipe na sala de espera, pois tinham combinado sair de lá andando até uma das rótulas do Subúrbio. O que eu pude observar, tinha uma comissão que liderou a atividade: a Enfermeira da minha equipe, Fernanda, e a médica de uma outra equipe, Luciana. Elas tomaram a frente da organização, mas não sei se a partir de um consenso da unidade, um papel conscientemente

atribuído pelo grupo, ou se tratava de uma liderança espontaneamente. Não tenho certeza. Mas de fato nem todos os profissionais da unidade se envolveram com a realização. Da equipe que eu tinha começado a acompanhar só a enfermeira e os ACSs estavam presentes. O dentista ficou na unidade e não demonstrou muita motivação em ir e a médica nem compareceu à unidade nesse dia. Enquanto eu aguardava na sala de espera, observava o sobe e desce de gente, trazendo e levando coisas para o carro da Prefeitura. Gente que eu falo, na realidade, os ACSs se movimentando. Um dos médicos das equipes, Dr. Manuel, ao ver a movimentação da unidade, sentou na cadeira e começou a discursar. Lembro bem de uma frase que ele disse em voz alta: “não sei o que é que acontece com essa unidade!!! Parece um encantamento. Ninguém se incomoda com os atrasos, se faz assembléia e ninguém participa. Meu povo, eu tenho contas para pagar e os salários estão atrasados. Temos que nos mobilizar!!!”

Mas me pareceu que ninguém deu muito ouvido a seu apelo de indignação. O movimento continuou e quem tinha que ir, foi para o local marcado com comunidade. Lá, em frente ao Bompreço de Paripe, já tinha um grupo de pessoas esperando. Alguém, que eu não lembro quem, chegou a comentar que tinha comparecido poucas pessoas da comunidade. De fato, o que eu via era um pouco mais de 20 pessoas para um universo coberto por 4 equipes, ou seja, em torno de 16.500 pessoas. Depois de uns 20 minutos apareceu uma banda de fanfarra regida por uma das ACSs de uma outra equipe. A banda, formada por adolescentes da área, conduziu o cortejo com música e “performance” das garotas da banda. Era um misto de dança baiana e movimentos que lembravam aquelas torcidas femininas de futebol americano que aparecem nos filmes de “sessão da tarde”. Com “mamãe-sacode” e tudo. E tinha de tudo um pouco: faixa com o nome da unidade, camisas para cada participante, carro de som, uma equipe da SET (Superintendência de

Engenharia de Trânsito) reorientando o trânsito ... e aos poucos foi se aglomerando gente na calçada, na porta das lojas, nas janelas e sacadas das casas. As pessoas iam parando “para ver a banda passar cantando coisas de amor”. De fato, foi muito animado. Se não conseguiram agregar muita gente das áreas de abrangências das equipes para caminhar, pelo menos pararam o trânsito e trouxeram música. Criaram um movimento diferente para o bairro numa sexta-feira ensolarada de janeiro. Mostraram a sua cara, roubaram a atenção das pessoas ... E algumas cenas ficaram muito bem registradas na minha memória fotográfica: a descontração da médica Luciana a dançar e pular na rua; a presença do ex-dentista Henrique que já tinha saído da unidade em dezembro, mas parecia ainda manter laços de amizade com alguns colegas da unidade; a musicalidade da caminhada. No final do percurso, a banda fez uma “performance” ainda mais elaborada e depois houve o sorteio de um celular. Esse foi o ápice do evento, liderado pela médica Luciana que subiu numa mesa da praça, falou sobre a importância da caminhada como hábito saudável de vida, a curto e longo prazo, e convidou a gerente do Distrito Sanitário para sortear um celular Motorola que elas tinham conseguido com a CLARO, um patrocinador do evento. A caminhada bem sucedida começou umas 9:30 e finalizou às 11:00 da manhã.

Ao final, em meio à alegria e descontração do evento, algumas coisas começaram a ficar claras na minha mente: 1 - é possível mudar a rotina de um território através de uma atividade criativa e que não é tradicionalmente associada como uma tecnologia de saúde; 2 - existem sujeitos que se posicionam em diversas direções, com a energia disponível a mobilizar grupos com diferentes objetivos, os quais estão baseados em distintos interesses e percepções de mundo e de fazer no mundo. Podemos chamar isso de ideologia? Enquanto um, no caso Dr. Manuel, queria mobilizar a unidade para a assembléia da categoria, outras estavam mobilizando a unidade e toda a comunidade, ou melhor todo bairro, para a

caminhada em direção à saúde como o slogan: “Mova-se: dê mais um passo em direção a sua saúde”. Sem dar peso valorativo, ambas as propostas tinham por trás discursos diferentes, motivações diferentes. Que, ao meu ver, de quem está de fora, poderiam até ser conciliados. Um com relação ao outro. Mas me pareceu desde já, que para aqueles sujeitos, os agentes da prática, se tratavam de propostas concorrentes e que, aos poucos, foi dividindo a unidade entre “sim” e “não”, em incluir e excluir.

Durante toda a semana seguinte a esse evento, as equipes estavam envolvidas com o movimento de paralisação, a qual eu acompanhei de perto. O primeiro momento de retorno das atividades, dia 20/01, sexta-feira à tarde, eu fui até a unidade para reprogramar o meu campo com a equipe. Nesse dia, houve a reunião de toda a unidade. Enquanto eu aguardava a reunião iniciar, o tempo passava lentamente. Os ACSs conversavam na sala de espera, as Auxiliares de Enfermagem na sala de farmácia e os profissionais lá em cima. E eu me perguntava “quando vai começar essa reunião?”, enquanto assistia com os ACSs o filme “Karatê KID” na sessão da tarde da Globo... Finalmente a reunião começou às 3:10 com 21 pessoas.

Ana, dentista e membro da comissão gerencial, abriu a reunião e fez a leitura dos ofícios. Depois foi discutida a paralisação: remarcação das consultas; avaliação do movimento como positivo; falta dos ACSs nas assembléias; assembléia já marcada para o dia 07/02, entre outros.

Após essa parte da reunião mais administrativa e informativa, Dr. Manuel tomou a palavra e começou a falar de como ele se sentiu isolado pela pouca participação da unidade no movimento. Falou ainda sobre a necessidade da união da equipe e reforçou que “a luta continua” a favor dos direitos dos trabalhadores das equipes de saúde da família. Logo após, Tereza, uma das enfermeiras da unidade, tomou a palavra e se contrapôs a ele dizendo

que a unidade não participou da assembléia na sexta-feira anterior devido ao compromisso já marcado com a comunidade. Ela se referia aos atendimentos marcados e à caminhada do dia 13/02. E continuou num tom de queixa: “o grupo se colocou e você não respeitou”. Falou ainda sobre “respeito ao outro”, “decisão de grupo”, o “amor ao trabalho”. Sua posição se referia à decisão da unidade em se manter funcionando com 30% do pessoal, mesmo depois da categoria decidir em assembléia pelos 100% de paralisação. E ainda complementou: “a gente aderiu à greve, sim!!!”

Nesse momento ficou claro o ponto de fragmentação do grupo: de um lado, Dr. Manuel defendendo que aderir à greve significava assumir a proposta votada pela plenária, que foi de parar totalmente as atividades; de outro lado, os outros profissionais de nível superior que já tinham decidido permanecer com o funcionamento parcial, independente da decisão da categoria. Só que na assembléia da terça, o próprio Manuel anunciou para toda a plenária que a sua unidade não tinha entrado em greve totalmente. Fernanda, a enfermeira da minha equipe, chegou inclusive a propor os 30% à plenária, mas foi vaiada. Ou seja, de líder do movimento de paralisação, Manuel passou a ser bode-expiatório da unidade. O grupo se sentiu traído e se virou contra ele.

O interessante é que nenhum dos profissionais de nível médio entrou nessa discussão. “Não compraram a briga”, embora a participação deles, ou melhor, delas tenha sido decisiva na plenária. De fato, era a grande maioria presente no movimento. Inclusive eu encontrei várias delas nas assembléias e passeatas. Na realidade, acho que se tratava de uma briga de “titãs”, de doutores...

Após essa tensa reunião, eu subi posteriormente para me despedir da enfermeira Fernanda, que me pediu desculpas pelo incidente e eu lhe disse: “mas isso também é equipe”.

Eu poderia ter passado um ano no campo, mas se eu não tivesse presente essa semana no campo provavelmente perderia ricas cenas do processo de interação dos sujeitos no PSF. Certamente eu teria uma visão “floriada” da unidade. A cada momento, um novo elemento entrou em jogo e vários aspectos, que estavam escondidos pela máscara de unidade modelo do Distrito, emergiram. Acredito que o cenário da paralisação foi fundamental para eclosão desses conflitos, talvez por que o próprio movimento exigiu que cada um mostrasse de que lado estava. Cobrou de cada profissional uma atitude frente à realidade do PSF no município. Essa apropriação da própria história em meio a um processo histórico coletivo valeu para todos se mostrarem, embora tivesse repercussões não muito positivas.

Após esses episódios a unidade, e particularmente a minha equipe, entraram num difícil processo de desarticulação. Difícil até para mim, que estava desempenhando um papel de “sombra” da equipe, pois as pessoas perderam o entusiasmo e precisavam fazer um certo esforço para que tudo voltasse para o lugar.

DIÁLOGO COM A ENFERMEIRA FERNANDA:

ET: você acha que a greve desgastou muito a unidade ?

ENFA: infelizmente os ânimos estão extremamente exaltados, então tem tido algumas divergências. Tá tendo um desgaste enorme por conta disso. É incrível. **Em novembro nós estávamos em lua-de-mel ainda. Você perdeu a parte melhor.** E agora, quando chegou em dezembro, virou completamente. **Tá parecendo casamento desgastado de mais de 30 anos. Tá um clima muito chato,** a unidade está chata nesses dois últimos meses.

ET: então não foi só por causa da greve.

ENFA: a greve só foi um dos desgastes.

ET: e você percebe alguma possibilidade de se recuperar esse “casamento de 30 anos” ?

ENFA: Acho. Com algumas dificuldades, mas volta, sim.

ET: você acha que a unidade tem fôlego de retomar o “casamento”, poder sentar e tocar ...

ENFA: acho. Mas a **gente vai precisar de umas ajudas externas**, mas... Sempre foi o seguinte: quando tinha um problema interno, a gente se reunia. A gente tinha reunião extraordinária direto. Então, tava acontecendo isso, isso, isso. Então vamos chamar agora para resolver. A gente sentava mesmo na hora, resolvia ali mesmo e acabou. **Muitas coisas nunca passaram para o Distrito. E o Distrito sempre nos**

viu com bons olhos. E nos últimos tempos as coisas ficaram batendo demais lá. E isso fica muito ruim para a unidade. Eu acho que a maioria aqui tem boa vontade. Vai voltar, a unidade vai se recuperar.

Mas “o casamento de 30” anos não se recuperou totalmente. Quando eu retornei para o campo em Setembro tanto a equipe como a unidade tinham se modificado. Dr. Manuel tinha sido transferido para outra unidade. Acredito que a paralisação foi uma das causas para que isso tivesse acontecido. A própria Fernanda não estava mais na equipe, e muito menos o dentista Gustavo, o qual já tinha sinalizado desde janeiro que estar na equipe não era uma das suas prioridades.

Assim, a equipe se reestruturou e passou a ter uma nova cara. Em agosto de 2006 entrou uma nova enfermeira, Regina. E a equipe se mostrou para mim com outros olhos: mais articulada e mais motivada, mesmo sob o “stress” das remarcações das atividades que não puderam seguir uma semana tipicamente típica devido às constantes paralisações.

3.3.2 – O estar na equipe

Embora a equipe estivesse passando em meio a uma série de turbulências, os profissionais de saúde reconhecem o valor do trabalho em equipe. Tanto a complementaridade de papéis como a possibilidade de aprender com o outro foram ressaltados como aspectos positivos do estar na equipe, principalmente pelas ACSs.

ACS MARGARIDA: é uma forma bacana de se trabalhar. Dá para atender às necessidades da comunidade.

ACS KÁTIA: eu acho que o trabalho de equipe é muito importante, por que uma pessoa sozinha não consegue resolver nada. Mas se é uma equipe, todo mundo unido, consegue fazer muita coisa. **Cada um presta seu papel e seu serviço do que faz.** Os auxiliares ficam verificando a pressão, a médica fica dando orientação, a enfermeira fica dando orientação, e os ACSs trazem as pessoas e também ajuda de alguma forma distribuindo folheto. Entendeu ?

ACS RITA: Em realidade, um inteira um pouquinho do outro, um faz um pouquinho pelo outro. mas quando aquele trabalho, mesmo que demorou, aconteceu alguma coisa, **vê o resultado, a gente vê que a qualidade do trabalho é boa.** O trabalho de equipe é melhor que você tá só.

ACS HELENA: Mas é bom que um ajuda o outro. Quando um está com dificuldade, o outro tem mais jeito para mostrar: “assim é melhor”. Mas é bom trabalhar em equipe. **2 cabeças trabalham melhor do que uma.**

ACS CRISTINA: pelo fato de a gente tem que estar sempre juntos mesmo, o trabalho **depende de todo mundo para acontecer.**

MED: eu gosto, **viva a diferença!!!** Eu aprendo muito, eu colho muito. As minhas meninas, eu sou muito egoísta com elas. E “tiro” muito delas com isso. Eu gosto. Acho que cabe para cada um o limite de que você pode dispor, de quanto mais você tem, quanto mais você conhece, quanto mais você pode vivenciar.

Embora o grupo tenha apresentado uma reação positiva ao serem perguntados sobre o trabalho em equipe, alguns profissionais admitiram que a convivência entre pessoas é um desafio. Nem tudo é um “mar de rosas”: há intriga, competição, disputa de espaço, dificuldades de comunicação e de consenso.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: é muito difícil, é muita gente junta, você sabe que ... é todo o dia. Se a gente partir do principio de uma família. Entre pais e irmãos já existem as desavenças, imagine em lugar que tem em torno de 50 pessoas internas trabalhando e não ter desavença. Isso não existe. (...) No PSF inclusive como na área de saúde, existe aquelas situações que certas pessoas querem se destacar mais do que outras, existe pontos onde se unem uma ou duas pessoas para tentar **queimar a imagem da outra**, ou para tentar intriga. Então são vários pontos. Tem pessoas que **se incomodam com o sucesso** ou com o bom relacionamento. Ver o profissional com o paciente ou com outro profissional. São vários fatores. As pessoas que vivem em comunidade. Tem que saber viver.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Nem na nossa família a gente tem uma convivência 100%, nem na casa da mãe da gente, nem com o marido da gente. Nada. Quanto mais aqui que são pessoas estranhas, de vários tipos de educação, pessoas que tiveram várias ‘criação’. Então eu me sinto aqui dentro como se fosse um **Big Brother**, eu sempre digo isso. É... entendeu ? Eu tenho muita cautela, por que eu sei que conviver com pessoas não é brincado, não. Às vezes você vai falar uma coisa você é até mal entendido. Mal compreendida, não é ? Pela colega ou pelas outras pessoas.

ACS DANIELA: A dificuldade é o pensamento de cada um que ninguém pensa igual a ninguém. Para entrar **no consenso uma equipe de 12 pessoas, é difícil.** Se conviver com 2 já é difícil, imagine com 12.

Mas a própria equipe identifica os elementos que favorecem a superação, ou pelo menos, mediação dos problemas. As estratégias mais destacadas foram o fortalecimento dos pontos em comum do grupo e do vínculo, tolerância com as diferenças, espaços de diálogo a fim de esclarecer o que não está bem resolvido.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: Eu sou uma pessoa muito alegre, mas aqui eu prefiro mais observar. Sou mais assim: **a união faz a força**. Mas realmente é difícil numa casa dessa colocar várias pessoas de vários níveis, de educação diferente. Mas aqui no Posto tem um detalhe que eu acho muito importante, sabe. Aqui a gente pode ter as nossas desavenças, mas se uni muito, apesar dos pesares. Aqui a gente **luta por um objetivo só**. A gente **fala a mesma língua**.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: Existem as desavenças, mas a **gente adota aqui uma postura de cada um falar o que acha, o que pensa**. Se bem que cada um tem que ter o seu senso, seu “desconfiômetro” e seu **jogo de cintura**. Se não você não consegue conviver em lugar nenhum. Por que em todo ambiente de trabalho existem as discórdias. (...) Você tem que tá bem. Você tem que deixar os problemas em casa, por que você sabe que todos têm problemas. No mínimo tratar seu colega bem. **Respeitar o seu colega. Respeitar o paciente** bem.

ACS HELENA: A gente discute até chegar a **um acordo**. Às vezes o local, o horário, o que a gente vai fazer. Às vezes tem uma dinâmica. A gente escolhe a que se adapte melhor e que **vai agradar a maioria**. Quanto tem uns temas a gente discute tantos temas. “Qual o melhor?”, “tem mais problema de quê?”, “tem mais hipertenso, diabético.” O que dá melhor a gente assume.

ACS JOANA: é como eu já disse para você, conviver com pessoas é **difícil**, mas dentro da medida, está tudo bem. Quanto a reclamações e as queixas, eu não tenho nenhuma. Mas como eu disse... e a **gente também procura esclarecer tudo. Nós temos reuniões dia de terça pela tarde**. Toda vez que tem alguma coisa para questionar, **a gente tem esse espaço**. Então tudo é resolvido. Dá para resolver tranqüilamente. Eu acho que o trabalho da nossa equipe, na maioria das vezes, a gente procura falar a mesma **língua em prol da comunidade**. O nosso trabalho é todo voltado para isso.

ENFERMEIRA FERNANDA: todos aqui são muito acessíveis. A gente chama, a gente fala, **a gente conversa, se explica**. Até então a gente não tem muita dificuldade em trabalhar em equipe, não. Nem com a nossa equipe e nem com as outras equipes.

ACS CRISTINA: A gente se reúne para está **conversando**, para tá resolvendo os problemas da comunidade, mas não é fácil. **Tem coisas que a gente também vê e que a gente não aceita e que acha que poderia ser diferente, mas a gente não tem como mudar aquilo, mas a gente tem que ir ... É colega de trabalho, né ? a gente tem que respeitar um ao outro e o jeito de cada um agir e de trabalhar**.

È claro que os valores sinalizados pela equipe são fundamentais para manutenção dos vínculos intra-pessoais. Sem dúvida, a equipe tem pontos de avanço no processo grupal. Só o reconhecimento deles pelos membros já indica a possibilidade da articulação tanto técnica como intersubjetiva. Mas até que ponto o respeito à forma de ser do outro não inviabiliza o próprio trabalho ? Até que ponto a conversa nas reuniões administrativas da terça possibilita essa abertura discursiva e o consenso? Indo um pouco mais além, o que parece “não dito” pelo informante também tem o seu valor na compreensão do processo de trabalho da equipe. A comunicação é uma categoria bem mais complexa do que a definição “somos uma equipe unida” ou “não temos problemas”.

DIÁLOGO COM A ACS MARGARIDA:

ET: o que você acha do trabalho numa equipe multiprofissional ?

ACS: (risos)

ET: você acha que trabalhar com pessoas com categorias diferentes, funciona ?

ACS: não entendi.

ET: tem vocês ACSs, tem Auxiliar de Enfermagem, tem ACD, tem dentista, enfermeira, tem médico. Você acha que montar uma equipe como essa consegue trabalhar junto ?

ACS: é uma forma bacana de se trabalhar. Dá para atender às necessidades da comunidade.

ET: a equipe funciona ? ela consegue se articular na sua concepção ?

ACS: (risos) é difícil dá uma resposta. O trabalho da equipe é um trabalho unificado. Acho que todos têm que tá em acordo. Se um não tiver em acordo, fica difícil trabalhar. Agora, se funciona ?

ET: isso que você imagina numa equipe, funciona na realidade ?

ACS: (risos de constrangimento). A gente coloca tudo no papel, mas na hora de exercer aquela atividade, foge um pouco do que foi o planejado. Em termos de planejamento, a gente planeja. **Mas na hora de colocar em prática, dificulta.** Entendeu ? Mas mesmo assim anda. Não da forma como a gente queria. Mas anda. Às vezes o que acontece, tipo assim, a gente planeja, planeja, planeja. E esquece tudo que planejou. E resolve fazer aquilo, mas faz de última hora. Entendeu ? Acontece, mas não fácil, não.

ET: mas mesmo assim, com essa dificuldade, funciona para você ?

ACS: tá funcionando. (risos de constrangimento). Não sei quanto tempo mais...

ET: e vocês conseguem conversar sobre essas coisas que não saíram como vocês planejaram ? dá pra conversar ?

ACS: **às vezes dá para conversar. Mas às vezes passa despercebido. Deixa para lá. Fez, aconteceu, não deu certo, talvez o resultado não foi tão bom como o esperado. Mas aconteceu e aí pronto. E acabou....** (num tom de descontentamento). (...) **O que deve mudar não sei se só tá relacionado ao PSF.**

Talvez quem deva ser mudada sou eu. È difícil conversar quando isso envolve pessoas. Entendeu ?

A fala de Margarida me levou a pensar sobre a distância entre o que se espera e se deseja do processo grupal e o que acontece na rotina diária. A partir desse ponto, comecei a destacar mais o valor da observação participativa e do diário de campo na minha coleta de dados. Então decidi que deveria acompanhar a equipe em uma atividade desde o seu planejamento até a execução, a fim de identificar como a abertura discursiva acontece na equipe tendo em vista a execução de uma atividade realizada em conjunto. No entanto, devido às inúmeras paralisações foi difícil estar junto à equipe durante todo desenrolar de uma atividade. Essa oportunidade só aconteceu em outubro de 2006, já no final da coleta, e a atividade escolhida foi a festa do dia das crianças. No dia 17 de outubro foi a primeira vez que eu ouvi comentários sobre a atividade. Eu estava na sala de espera com as ACSs, aguardando a reunião da equipe começar. Nesse momento, elas começaram a discutir sobre as dificuldades de se operacionalizar a festa com tão poucos recursos: 50,00 reais dados pela nova enfermeira da equipe, Regina. A ACS Margarida logo sinalizou a sua postura de que não iria fazer nada se não fosse bem feito, principalmente com relação à entrega ou não de presentes. Para ela essa opção só poderia acontecer se a equipe conseguisse algum patrocínio com doação de brinquedos suficientes para cada criança. Para ela, a idéia de sorteio não seria adequada, pois depois as mães iriam seguramente se queixar. Então, o grupo das ACSs se dividiu entre os que apoiavam a execução da tarefa e os que não apoiavam, que era a maioria. Joana colocou claramente que daria para fazer a festa dando apenas “lembrancinhas de aniversário”. Margarida não só não concordou com essa alternativa, como duvidava da capacidade da equipe em executar em uma semana tal atividade e disse: “Acaba ficando tudo para cima da gente !!!!”. Nesse momento Joana

ponderou que o grupo deveria então se colocar perante todos na reunião e perguntou: “quem vai falar isso na reunião e sustentar a palavra ?” E ninguém respondeu.

Durante a reunião da equipe, a festa foi discutida entre outros pontos da pauta (horário da reunião da equipe, visita domiciliar das puérperas, solicitação de material, embelezamento da sala de espera, condensação dos relatórios, a importância das ACSs informarem os óbitos por violência, a caminhada de hipertensão, repercussões da última greve, comemoração dos aniversariantes do mês, o contrato com a REAL Sociedade Espanhola, a comemoração do dia do médico, o preenchimento dos envelopes do prontuário, reelaboração do mapa da área, as folgas). Tais temas foram discutidos num clima muito amistoso e a dinâmica da reunião transcorreu tendo a organização da festa das crianças como um dos temas centrais, mas volta e meia o grupo se dispersava e entrava em um outro tema, sem fechar as questões básicas da atividade em questão. Além disso, em vários momentos os temas eram discutidos em duplas ou trios, o que resultava num burburinho. Por umas cinco vezes o grupo voltou a discutir a organização da festa durante a reunião, sendo tal tema sempre desviado para outros assuntos. Embora houvesse uma pauta e um livro de pauta, a discussão foi entrecortada, impossibilitando a otimização do tempo e a formação de um consenso grupal de fato.

No início da reunião foi colocada a data da festa e nenhum membro questionou quanto a impossibilidade de se executar tal tarefa em uma semana, nem uma das ACSs. Posteriormente, foi discutida qual seria o melhor lanche a ser oferecido. As duas propostas apresentadas foram: cachorro-quente e salada de fruta. A última opção foi a escolhida por ser mais barata e mais saudável. Mas não ficou claro, pelo menos em reunião, quem iria executar a produção do lanche. Nesse momento, a discussão envolveu a Enfermeira Regina, Auxiliar de Enfermagem Jorge, a médica Luíza e as ACSs Joana e Daniela. Numa segunda

discussão sobre a atividade, Jorge perguntou se não iria dar mais nada além da salada de fruta. Numa terceira rodada, se discutiu o ponto de encontro e horário. Numa quarta, Jorge voltou novamente a questionar qual seria o número máximo de crianças e ainda lembrou das experiências passadas com excesso de pessoas para o que se pôde oferecer. Nesse momento, a enfermeira Regina definiu a festa como “simbólica”. E disse: “a gente não pode dar um ar de festança, por que não é”. Num outro momento se discutiu a questão das lembrancinhas. A Auxiliar de Enfermagem Tânia disse que não daria tempo de confeccionar brincos para todas as crianças. A médica Luíza sugeriu que se fizesse saquinhos de bombons e pipoca. Mas com que dinheiro ? Ficou então de cada uma, médica e enfermeira, darem 25 reais. E assim, foi planejada a festa das crianças.

Ao final da reunião não tinha ficado claro para mim como eles iriam definir as questões mais operacionais, tais como: quem vai comprar, quem vai fazer a salada, quem vai levar as coisas para o local, decoração do espaço, entre outras. Provavelmente esses detalhamentos não façam parte das reuniões coletivas e o grupo utiliza outros espaços de comunicação para “fechar” os detalhes. Tenho a hipótese de que o grupo de ACSs detalharam isso entre elas em um outro momento e que a ACS Joana assumiu a liderança da parte executiva. Mas vamos para a atividade!!!

A atividade estava marcada para o dia 24 de março de 2006 às 9:00 horas. Eu cheguei na unidade por volta de 8:30, pois tinha combinado de sair da unidade com a equipe. A enfermeira Regina tinha programado de levar todo o material que estava na unidade no seu próprio carro, já que não contavam com o carro da prefeitura mais tão freqüentemente para as atividades extra-muros. Para isso contou com a ajuda das ACSs Daniela e Kátia além da auxiliar de enfermagem Tânia. A médica Luíza não participou da atividade por causa do falecimento de uma pessoa da família e o auxiliar Jorge teve que

permanecer na unidade, pois só um técnico da equipe pode sair da unidade por vez para uma atividade na comunidade devido a escala dos auxiliares de enfermagem. Só chegamos no local marcado pelas 9:25. Lá já estavam as ACSs Joana e Cristina decorando o salão com cartazes e bolas. Aos poucos as crianças foram chegando trazidas pelas mães ou irmãs mais velhas ou até mesmo pelas ACSs. Logo quando chegaram, as crianças tinham os seus rostinhos pintados com tinta guache por Joana ou Margarida.

A primeira atividade realizada com as crianças foi desenhar com giz de cera para os maiores de 5 anos e modelar com massa para os menores. Nesse momento a enfermeira Regina aproximou-se de um pequeno grupo para mostrar como eles poderiam modelar. Esse foi um dos poucos momentos que ela interagiu diretamente com as crianças. Logo após Joana e Margarida iniciaram as brincadeiras: morto-vivo, passar a bola, brincadeira da cadeira, competição de qual o grupo conseguia comer mais rápido uma maçã pendurada por um fio.

Por volta das 10:15 horas uma das adolescentes da comunidade vestiu uma fantasia de “Piu-Piu”, deixando a garotada eufórica, a ponto das ACSs terem dificuldade de controlar o grupo de 50 crianças, aproximadamente. O “ilustre convidado” foi obrigado a sair da brincadeira e esperar até que as crianças se acalmassem para voltar à cena. Aí ele pode distribuir os saquinhos de bombons e pipoca. Trinta minutos depois foram distribuídos o lanche, a salada de fruta e a atividade foi encerrada.

Com relação à dinâmica grupal da equipe, o papel de coordenar as brincadeiras foi executado por Joana e Margarida. Essas interagiram de fato com as crianças durante toda a festa. Tanto Helena como Rita colaboraram com as brincadeiras em momentos pontuais. E as outras ACSs deram apoio no momento de organizar as filas, de distribuir os lanches, de assistir alguma criança quando precisava de algo ou na hora da limpeza do espaço. Tanto a

enfermeira Regina como a auxiliar Tânia se limitaram, na maior parte do tempo, em observar a cena da entrada do salão.

Seja por falta de habilidade em desenvolver atividades com as crianças, que alguns dos membros chegaram até a verbalizar, ou pela forma desigual de distribuir tarefas, a atividade criativa e lúdica foi executada praticamente só pelas duas ACSs Joana e Margarida. Talvez pela urgência de ter alguém que coordenasse a ação na hora “H” da festa, foram elas que assumiram a execução. Assim, não ficou claro para mim se as tarefas foram de fato distribuídas ou se quer se elas foram pensadas antes da festa, tipo: que brincadeiras faremos?, Como?, Quem vai coordenar?, Qual atividade que pode ser realizada para cada grupo? Essa hipótese surgiu após por uma série de atitudes observadas durante a festa: 1 - um apelo feito a mim pela enfermeira para que eu coordenasse as brincadeiras no momento da festa, e eu educadamente recusei, não só por esse não ser o meu papel na cena como por elas não terem me solicitado isso anteriormente; 2 - o nível de “stress” de Joana ao não conseguir agregar às vezes as crianças para certas brincadeiras. Em outros momentos as crianças burlavam as regras do jogo e ela não conseguia contornar a situação sozinha ou só com a ajuda de Margarida; 3 - a dispersão de alguns grupos de crianças, pois só havia uma brincadeira por vez. Geralmente a atividade só conseguia envolver uma parte das crianças e o restante ficava solto, sem atividade. Não houve nesses momentos a iniciativa de uma outra ACS em coordenar uma atividade paralela com outro grupo; 4 – e ainda ao final, após a limpeza, o grupo não sabia quem deveria levar o saco de lixo. Eu perguntei ao grupo por que não tinha sido entregue à enfermeira para que ela levasse de carro para a unidade. Uma das ACSs colocou que a enfermeira não iria aceitar tal incumbência. E Helena levou o lixo para casa para ser colocado na sua porta no dia seguinte, quando o caminhão da coleta passasse.

A festa de fato aconteceu e as crianças saíram satisfeitas e alegres. Mas as inquietações de Margaridas apresentadas acima e relatadas em momentos diferentes da minha coleta se evidenciaram para mim com muita clareza através dessa atividade. Durante a sua entrevista em janeiro ela comentou discretamente sobre a sua insatisfação, pois as coisas são realizadas de qualquer jeito, embora a equipe planeje, planeje, planeje antes. E em outubro ela colocou o seu posicionamento para o grupo de ACSs com relação a festa das crianças, pois no momento da execução são as ACSs que operacionalizam. Embora ela tenha feito para mim o papel de porta-voz da equipe, ao apresentar uma leitura perspicaz da dinâmica grupal e me auxiliando na elaboração de novas hipóteses, ela mesma não conseguiu dar um “salto discursivo” no sentido de apresentar ao grupo suas questões em reunião. Por não ter o apoio real das outras ACSs, talvez tenha tido receio de suas colocações não serem acolhidas pela equipe e acabar se tornando um bode-expiatório do fracasso grupal. A sua fala “Talvez quem deva ser mudada sou eu” sinaliza, de um lado, a sua insegurança em falar o que pensa e por que pensa e, do outro, de como a comunicação acontece no grupo e as dificuldades de consenso, principalmente entre membros de categorias profissionais diferentes.

Vínculo, Comunicação e Poder

A categoria comunicação permeia toda a rede de relações da equipe no processo de desenvolvimento da tarefa. Refiro-me tanto ao “circuito” de posicionamentos apresentados no cenário da pesquisa (nível municipal e nível local, capítulo I e II, respectivamente) como no interior das relações dos sujeitos da prática da equipe (capítulo III). Em todo caso, há sempre aspectos das relações que são explicitados, quando há vínculos de confiança para que as ansiedades e questionamentos sejam colocados sem romper o tecido grupal. Então

para isso tem que se querer e se poder sustentar a atitude de mudança na dinâmica grupal. Essa possibilidade consiste tanto de aspectos externos e internos. Os primeiros estão mais relacionados com a oportunidade de tempo e de espaço já instituído pela equipe e pela unidade, como as reuniões. Refiro-me também aos aspectos internos da relação como a competência comunicativa a fim de desencadear a problematização das questões. No entanto, a Discursividade só se dá quando os níveis de dominação e de poder não ameaçam a expressão dos sujeitos. Será que essa não seria um nível muito idealizado de interação comunicativa ? O que se evidenciou pelos relatos foi a impossibilidade do sujeitos em adequarem ações conjuntamente a partir de propostas distintas, seja tomando como exemplo as repercussões do movimento de paralisação dentro da unidade, como a dificuldade dos membros da equipe em exporem seus questionamentos para a sua equipe sobre uma determinada tarefa ou sobre a forma da equipe planejar as atividades. Essa “quebra comunicativa” se evidencia quando é necessário sustentar posições próprias em meio ao debate com membros de categorias profissionais com maior acúmulo de poder.

Tomando as reflexões de Habermas como referência, a imagem de equipe unida relatada pelos membros seria de fato estabelecido a partir de um consenso ou um mero “acordo pacificador” ? Ou ainda melhor: um “jogo de cintura” ?

Assim, nem sempre é possível verbalizar o que está implícito, o que está latente. Esse aspecto só emerge no momento em que a equipe se dispõe a fazer a leitura do seu próprio processo. Nesse momento, o da interpretação dos emergentes, é que o grupo pode entrar num estágio de comunicação talvez próximo ao que Habermas chamou de discurso. Mas já para Pichon (1998a) esse processo tem idas e vindas, é um movimento de estruturação e desestruturação que ele mesmo configurou graficamente como um cone invertido: no vértice o implícito e na base mais larga o explícito. Os conteúdos que

emergem aos poucos podem acontecer num movimento em espiral, num processo de aprendizagem coletivo.

Com relação à execução da tarefa em equipe, é fundamental um nível mínimo de concordância entre os membros, que pode ir desde o simples acordo até mesmo uma interação mais discursiva como o consenso. A partir da relação que eu estabeleci com a equipe, foi possível identificar algumas categorias que denominam melhor esses níveis:

DIAGRAMA 08: NÍVEIS DE ARTICULAÇÃO DISCURSIVA DA PRÁTICA DE SAÚDE

1	Fazer separadamente sem um projeto comum.
2	Planejar juntamente e operacionalizar separadamente a partir de um projeto comum, assegurando, assim, uma certa convergência da ação, mas sem momentos de avaliação técnica posterior.
3	Planejar juntamente e operacionalizar separadamente a partir de um projeto comum e com momentos de avaliação técnica posterior.
4	Planejar e operacionalizar conjuntamente, dividindo as tarefas no momento do planejamento e com avaliação técnica posterior.
5	Planejar e operacionalizar conjuntamente, dividindo as tarefas no momento do planejamento, com avaliação técnica posterior e ainda tendo a possibilidade, quando necessária, de problematizar as normas e trabalhar os emergentes durante o processo de trabalho grupal.

É claro que esses níveis de discursividade não são contínuos e não se tratam de estágios que são alcançados de forma linear. O movimento é dialético e sujeito a uma série de aspectos externos e internos à relação dos seus agentes da prática. São tantos fatores e contextos que se apresentam, desde a história de vida até o contexto municipal do sistema

de saúde, que a situação ideal lingüística que Habermas apresenta nos parece um sonho ainda um pouco distante. Sem sustentar o **mito do consenso pacificador e isento de conflito**, a mudança das práticas de saúde na sua dimensão intersubjetiva pode se dar com pequenos progressos, com avanços e recuos. Ela pode ser vivenciada na forma com que o vínculo é estabelecido seja entre membros da equipe, seja entre o profissional e o usuário, na medida em que haja espaço para o **exercício da alteridade**.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO IV – O PSF, a equipe e o tema mudança

No último capítulo de apresentação de resultados, eu gostaria de apresentar as seguintes questões:

1. Será que os sujeitos da práxis identificam o seu próprio trabalho como uma estratégia de mudança ?
2. Mas que sentido teria essa mudança ? O que seria para eles a mudança proporcionada pelo Programa ?
3. Que aspectos do processo de trabalho possibilitariam ou dificultariam essa referida mudança para eles ?

Com relação à primeira pergunta, os sujeitos destacam elementos do Programa como desencadeadores da mudança. Mas que mudança ? O auxiliar Jorge identifica o PSF como uma estratégia bem sucedida, na medida em que possibilita a ampliação do acesso aos serviços de saúde para populações historicamente excluídas desse benefício. Sem dúvida esse é um avanço dado pelo Programa a partir do momento que ele tem uma clientela adscrita.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM JORGE: Então eu não tenho nada para mudar no PSF, eu tenho para melhorar. E a melhora já começou a ser feita e o caminho é esse mesmo. **PSF é um sistema. A classe menos favorecida foi muito beneficiada.** Já tenho um ano e 3 meses e sei como é tratado os meus favorecidos, como eles se sentem aqui, tendo a referência do médico, do meu enfermeiro, do meu Auxiliar de Enfermagem, o meu dentista. Antes eles ficavam soltos. Ia procurar alguém que ia ver eles hoje e depois de um ano... ele sabe que se ele sentir uma dor de cabeça ele vem.

Mas não para por aí. A assistência é assegurada e continuada. E os grupos mais beneficiados são os já mencionados no capítulo II (materno-infantil e grupos de portadores de hipertensão e diabetes), desafogando, segundo as ACSs, a demanda no Hospital Caribe para esses grupos.

ACS KÁTIA: O PSF está ajudando muito, por que se não existisse o PSF, os hospitais que existem públicos estariam hiperlotados. Já com o PSF vem reduzindo muito. **As gestantes já estão acompanhadas, acompanhamento de crianças, acompanhamento de hipertenso e diabético.** Tem muito. Todos eles têm uma consulta e no mês seguinte já tem a consulta marcada de novo.

ACS RITA: pelo lado da comunidade, é uma coisa muito boa, por que, apesar de ser distante o posto, mas tem o ponto muito positivo, por que lá mesmo ainda tem hipertenso que são teimosos que não quer **acompanhamento**, sabe. Antes não tinha nada disso. Mas a gente só tinha mesmo o Caribé, mas é um atendimento para uma emergência. A pessoa ia lá com a pressão nas alturas, pegava o medicamento e voltava. Dava uma aliviada e depois voltava tudo de novo. Agora a gente não tem mais problema, não. Acontece, mas não como era antes. **Então houve muita mudança.** Apesar de eles falarem que é distante, mas eles agradecem muito por isso. Se não tivesse o PSF implantado lá, a situação não iria tá boa, iria tá crítica mesmo. Houve muita mudança mesmo. **Criança, gestante, mesmo, nenhuma gestante fica sem acompanhamento.** A não ser que ela não queria mesmo freqüentar. Mas são raras. Na minha micro-área mesmo, todas vêm. Todas são acompanhadas aqui na unidade.

ACS HELENA: Marcação de consulta, eu venho aqui e falo com a doutora e digo que eles tão precisando, e levo o papelzinho com tal dia e tal horário. Ajudou muito. No início era muito difícil conseguir um médico, e dentista, quem quisesse tinha que ir de madrugada fazer um procedimento e depois aguardar para fazer no outro dia e perder o outro dia. Aqui não: começou o tratamento, ele dá por completo. O médico também, atendeu, já marca a consulta do mês seguinte. Fica muito mais fácil. Ajudou muito a comunidade, incentivando a vir procurar o médico. **Melhorou, por que a maioria das pessoas, mesmo...** o Caribé era super lotado. Se você sentia uma dor de dente, uma dor de ouvido. Tudo você ia para o Caribé. Se bem que aqui não é um atendimento de emergência, mas é um apoio. Antes de você sentir, quando você começou a sentir. **O fluxo de atendimento do Caribé regrediu bastante.** Lá você vê mais a emergência mesmo. É tanto que os médicos mesmo falam. “se está sentindo alguma coisa, procure o seu agente de saúde. Procure ele para levar você para o médico, não sei o que”

Outro sentido da mudança é a natureza tecnológica da prática de saúde. Para as suas agentes, o PSF se diferencia pelo tipo de atividade que desempenha junto com a comunidade. Esse é mais atributo do Programa.

ACS MARGARIDA: tem se tornado muito essencial por que tem ajudado muito a comunidade. A nossa comunidade sem o programa era uma, agora é outra. A maioria das pessoas só procurava médico quando estavam doentes. Com o Programa, não. **A gente ensina o povo como prevenir doenças, evitar agravos.** As pessoas fazem exame anualmente, e não vem procurar o médico só quando está doente. A gente passa a orientação direitinho para a pessoa. Achei muito importante. Tem coisas que a gente achava que era besta e ajuda bastante.

TÉCNICA DA SMS LUDIMILA: Sim, acho. Mesmo ainda com todas essas dificuldades. Quando eu vi um DVD do “Humaniza SUS”, os depoimentos dos profissionais, ainda com todas essas dificuldades, a gente vê uma mudança, quando você vê **o profissional fazendo os grupos, conhecendo sua comunidade, fazendo os grupos comunitários, tendo uma assistência diferenciada, conhece o perfil da sua área, conhece a sua população**, eu acho que é ainda uma alternativa para mudar mesmo a atenção básica, para dar uma qualidade à atenção básica.

DIÁLOGO COM A ACS JOANA:

ET: as pessoas, a comunidade. Você acha que o PSF ajuda a mudar ?

ACS: ajuuuda, com certeza!

ET: mas você acha que o PSF tem mudado isso para o que ele se propõe ?

ACS: tem mudado. Conseguimos ver essa mudança nos nossos **grupos de hipertensos e diabéticos**. Eles acompanham “direitinho” e normalmente tem muitos que não tomavam remédios e voltaram a tomar, tudo isso através lá na comunidade, mostrando os benefícios, mostrando para eles que trabalhamos com o posto do PSF. Eu acho que sim. Nós podemos ver resultados. Em um ano fizemos caminhadas com eles. Você participou daquela ?

No entanto, a própria Joana admite que o Programa ainda não é reconhecido como tal. Embora ofereça um serviço qualificado, a unidade de saúde não se diferencia dos outros serviços do sistema de saúde, ou seja, ainda é uma proposta contra-hegemônica e sem legitimidade. Por isso, a própria equipe deve desenvolver estratégias nessa direção, ou seja, a equipe deve ser o sujeito desse processo.

ACS JOANA: eu acho que em primeiro lugar, nós devemos, principalmente em **nossas visitas e nas reuniões com os grupos**, acho que a gente tem que passar para eles o que é PSF. E mostrar qual a diferença e as vantagens do PSF. Só aí as vantagens e as mudanças. **Se eles não sabem o que é PSF, para eles é só um posto de saúde e é atendido. E pronto. Sem saber o que é PSF, seu propósito.**

Mas é claro que os relatos acima são baseados na própria vivência dos profissionais, mas também, no que se gostaria de fato que acontecesse. Em toda fala há também uma escolha ideológica, no sentido de ser aquilo que se deve ser ou que pode vir a ser...

DENTISTA HENRIQUE: Eu, eu aposto muito no PSF. **Eu acredito no PSF num futuro para saúde pública no país.** Eu acho que é o que tem, o que apareceu ultimamente, recentemente de mais eficiente. Tem tudo para dar certo. Mas ainda, eu fico muito satisfeito por estar fazendo parte dessa reforma sanitária. Então, eu acho que as pessoas que estão surgindo agora, eu falo do âmbito até nacional, estão vindo com mais, não digo bagagem, mas com mais vontade, e até bagagem também, falando a parte técnica, para implantar o PSF da forma como deveria ser. (...) **Tem que tentar, eu quero ter só uma coisa: acreditar. Eu acredito que vai dar para tocar para frente e consertando.**

Existem aqueles que acreditam como aqueles que não acreditam no desencadear desse processo de mudança.

TÉCNICA DA SMS DOLORES: **Eu estou desacreditada**, eu não sei se é por que, assim, eu achava que o que ia fazer, assim, até bem pouco tempo atrás, eu achava que numa nova gestão, numa gestão diferente, que as pessoas iam ter, todo mundo, quando eu falo assim, desde o nível central, da coordenação, tudo, dos distritos, profissionais, iam ter uma nova, como é que se diz? Iam se animar mais, iam ter uma nova motivação, entendeu. Às vezes eu acho que existe um descaso dos profissionais por conta muito de quem está gerindo o processo. As pessoas começam a desanimar, começam a desacreditar e tal. **Eu achava que com essa nova gestão, que as pessoas iam se motivar e que isso ia acontecer.** Mas, eu acho que as pessoas não sentem essa mudança, a mudança não existiu.

A mudança que não existiu ou está em processo, se revela na dificuldade da SMS em retomar a condução do processo em meio a tantas turbulências e desencadear a mudança desde o nível das macro-políticas como apoiar e sustentar a mudança na micro-política das relações no nível local, em outras palavras: planejar, implantar, gerir e avaliar no cotidiano das práticas de saúde.

DENTISTA HENRIQUE: de certa forma, porque, mas tem muitas barreiras, ainda pela **questão política**, questão burocrática, às vezes a dinâmica da secretaria, não vou dizer de uma coisa específica, mas de alguma secretaria difícil. **E aí se o órgão federal e o órgão estadual e o órgão municipal não estão falando a mesma língua, a mesma linguagem política**, aí difícil. Essa questão da, da passagem dos recursos, eu não consigo entender ainda, porque em alguns lugares não é direto, o recurso não vem direto pro PSF, ou a prefeitura repassa, em alguns lugares é **terceirizado**, como é em Salvador.

TÉCNICA DA SMS LUDMILA: Agora Salvador é muito complexo, até mesmo por ter uma história de 8 anos sem ter uma **definição políticas**, sem ter um norte para onde a gente vai, forma de contratação. Tem várias questões ... Para Salvador se efetivar enquanto modelo de assistência, ter uma atenção básica qualificada na saúde da família precisa ter algumas clarezas. Definir qual a forma de **contratação desses profissionais**, regularização de vínculos, ... Acho que o saúde da família a partir do momento que **se define que o saúde da família é uma estratégia pública e municipal**, acho que ela tem que definir qual a sua lógica de **vinculação desses profissionais**. Então acho que dá certo por aí.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM TÂNIA: eu sugiro que eles venham ver de perto, por que quando a gente vê a gente encara de outra maneira. É ou não é ? Fale sério? Acho que eles deveriam vir **supervisionar**, ver as coisas. Muitas coisas até não iam acontecer, por que quando a pessoa vê as ordens seriam diferentes, as coisas seriam diferentes. Apesar de que a gente quando veio para aqui, teve um treinamento e tudo. Acho que deveria treinar mais as pessoas, **entrosar mais. fazer um trabalho de mais entrosamento com as pessoas**. Entrosar mais as pessoas e ver de perto que é difícil.

Mas, quem, na realidade, será o sujeito ou os sujeitos dessa mudança? Quem vai conduzir essa mudança? O profissional que permanece menos que um ano em uma equipe e opta pelo PSF por uma questão do mercado de trabalho? A equipe temporária de supervisoras? Uma pesquisadora a procura de seus informantes? A coordenação do distrito que não tem pernas para acompanhar as equipes implantadas em uma vasta extensão territorial? A liderança do movimento de paralisação em ano de eleição? Ou uma gestão fracionada entre o público e o privado?

Seguramente para todos os níveis da mudança (política, técnica e interativa) são necessários sujeitos com uma considerável competência comunicativa para materializar a lógica do PSF em meio a tantos desafios.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção metodológica permitiu sem dúvida a imersão no cotidiano do trabalho da equipe, além de descrever e analisar suas práticas de saúde, os cenários onde atuam. No entanto, como se trata de um estudo de caso, os resultados quantitativos e qualitativos não possibilitam generalizações. Por outro lado, a pesquisa permitiu identificar questões a serem discutidas e debatidas com outros pesquisadores e autores.

No capítulo I foi evidenciado um cenário turbulento e cambaleante, no qual se deu o processo de implantação e operacionalização do PSF em Salvador e onde emergiu uma série de propostas enquanto luta política no âmbito do SUS. Partindo do problema central (atrasos salariais), se eclodiu uma série de outros debates: de um lado, os profissionais de saúde, sindicatos da categoria e vereadores defendendo a estatização do SUS, o concurso público e criticando a privatização, do outro lado, a SMS e a Prefeitura que “herdou” um modelo de precarização dos vínculos trabalhistas mediado por uma empresa terceirizada em função da otimização dos custos. Além disso, foram identificados momentos de tensão entre os atores de cada “lado”. Enfim, com os elos fragmentados, as questões sobre as práticas de saúde e aspectos técnico-gerenciais do trabalho das equipes ficam sem espaço para discussão e sem a possibilidade de um amadurecimento conjunto.

Nesse contexto, a equipe estudada desenvolve suas práticas de saúde em meio a uma condução dividida entre a SMS e Real Sociedade Espanhola. No caso Salvador, esse aspecto pode ser apontado como limitante no processo de legitimação do PSF enquanto **estratégia de mudança do modelo de atenção**.

A articulação entre as atividades de controle de causas e de riscos com as atividades de controle de danos foi identificada no processo de trabalho da equipe, o que aponta para

uma possibilidade do Programa em se consolidar como **estratégia de mudança tecnológica**. No entanto, a análise dos diversos momentos da equipe mostrou a dificuldade da equipe em dar continuidade a essa “mudança”. Sua operacionalização estava mais identificada com o perfil e o empenho do profissional do que com o Programa. Esse aspecto nos alerta para a necessidade de elaboração de um projeto conjunto (nível central, distrital e local).

Essa instabilidade e transitoriedade do contexto municipal se refletiram também na rotatividade dos profissionais na equipe. Muitos dos membros foram atraídos ao Programa pela possibilidade de se inserirem no mercado de trabalho ou devido ao desemprego ou ainda pela garantia de remuneração salarial mensal. Além disso, a atuação no Programa não faz parte dos planos profissionais futuros da maioria dos membros da equipe, principalmente os de nível superior. De maneira ou de outra, o PSF não aparece no discurso dos sujeitos como um espaço profissional, com o qual os membros se identifiquem ao ponto de quererem dar forma, consolidação e continuidade às suas práticas de saúde. Ou seja, PSF não foi identificado como um “projeto” definido nem por parte da SMS, como condutor do processo, e nem por parte dos profissionais, como sujeitos das práticas de saúde. E ambos constituem sujeitos decisivos no processo de desencadear mudanças.

Na discussão sobre práticas de planejamento local na sustentabilidade de um projeto/plano em saúde, destaco aqui alguns estudos. A partir de contribuições de Matus, Artmann, Azevedo e Sá (1997) investigaram os limites e possibilidades de aplicação de planejamento estratégico em organizações de saúde (caso Hospital e caso Centro de Saúde). As pesquisadoras identificaram maior ou menos grau de dificuldade de explicitação ou formulação dos diferentes projetos em jogo no interior das organizações, sem falar das diferentes formas de envolvimento dos profissionais com o processo de planejamento e

com o projeto institucional. O estudo aponta para dificuldade de ampliação da categoria ator no nível local de saúde e a necessidade de adesão dos profissionais tanto na discussão sobre o plano/projeto, bem como nas operações/ações no cotidiano em busca de resultados.

A partir de Matus, Testa e Schraiber, Vilasbôas (2006) identificou práticas não-estruturadas de planejamento, de natureza estratégica, da equipe dirigente da SMS do município Vitória da Conquista – Ba, o que permitiu a ampliação significativa da oferta de serviços de saúde da população. No entanto, a ausência de institucionalização de práticas de planejamento concorreu para fragilizar a capacidade de governo da equipe dirigente na medida em que essa não sustentou ações sistemáticas de programação e avaliação das atividades realizadas pela organização. Tomando a psicossociologia francesa na compreensão das organizações, Sá, Neto e Azevedo (2002) discute o processo de mudança voltado para a valorização da missão pública das organizações de saúde e capazes de possibilitar a autonomia e criatividades de seus profissionais.

Essas contribuições evidenciam que as práticas de tecnológicas e gerencias, desde o planejamento até a avaliação, são fundamentais no processo de mudança e que precisam envolver os atores dos diversos níveis a fim de garantir adesão ao projeto/plano e sua continuidade (viabilidade estratégica).

Com relação a ESF do presente estudo, a divisão de saberes e práticas de saúde de cada categoria destacou-se pouco diferenciada dos desempenhos tradicionais: enfermeira como a “chefe da equipe”; a médica como aquela que cura (acumulação tecnológica); o dentista como um profissional autônomo, as auxiliares (enfermagem e odontologia) como aquelas que dão suporte aos profissionais de nível superior e ACSs como mensageiros da equipe. No entanto, há espaços de agregação de habilidades técnicas, como a interconsulta entre a médica Luíza e a enfermeira Fernanda, atividade de saúde bucal no grupo de

portadores de hipertensão ou ainda elaboração conjunta das atividades coletivas na comunidade (festa das crianças, por exemplo).

Além disso, a convivência grupal foi qualificada como positiva, uma “equipe unida”, devido, em parte, ao respeito pelo outro, tolerância pela diferença e espaços de diálogo na equipe. Entretanto, a equipe ainda apresenta dificuldades em ter espaços para a **problematização da divisão técnica do trabalho ou da organização do processo de trabalho**, pois os membros planejam juntos as ações coletivas, mas a execução muitas vezes fica a cargo das ACSs. A dificuldade em colocar essas questões às claras se mostra mais ainda evidente entre as categorias que tem desigualdades históricas de saberes técnicos, como ACS e profissionais de nível superior, impossibilitando, assim, uma **mudança intersubjetiva da prática de saúde**.

No debate sobre divisão técnica do trabalho e integração tecnológica, Mendes-Gonçalves (1994) investigou em 1985 as características do processo de trabalho em 11 Centros de Saúde do município de São Paulo. O referido estudo apontou questões elucidativas ao debate sobre as práticas de saúde pela sua ênfase na percepção dos aspectos não-materiais do trabalho: *as relações sociais que permeiam a produção dos serviços de saúde*. Dessa forma, a investigação sinaliza para uma correspondência entre a divisão do trabalho, a divisão da sociedade em classes e a sua reprodução sob uma determinada forma. Assim, o posto de trabalho assumiu, ao mesmo tempo, à função técnica necessária à consecução do produto e à função social necessária à reprodução das classes sociais.

A partir de depoimentos pessoais, Schraiber (1993c) discute o movimento da transformação da medicina liberal em tecnológica, bem como redefine a noção de autonomia profissional, demonstrando a relação médico-paciente e a divisão técnica e social do trabalho médico.

Por outro lado, Peduzzi (2001) destaca aspectos de equipes multiprofissionais de saúde: introdução do fracionamento do processo de trabalho *versus* complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados; divisão técnica e social do trabalho; trabalho como ação instrumental (orientada por regras), ação estratégica (valores influenciando a situação ou decisão do outro) ou ação comunicativa (intersubjetividade, busca de consensos, elaboração de um projeto comum pertinentes às necessidades de saúde dos usuários). Peduzzi contribui para a discussão apresentando essas categorias a partir da Teoria da Ação Comunicativa e concebendo uma tipologia do trabalho multiprofissional, à qual uma equipe pode ser caracterizada como integração ou como agrupamento⁵¹.

Num estudo qualitativo sobre o trabalho multiprofissional em cinco centros de referência de DST/AIDS do Município de São Paulo, Ayres et al (2002) identificou que houve mudanças significativas do alcance da integração multiprofissional e das possibilidades de enriquecimento da assistência prestada. Assim, a integração favorece intervenções que permitem um diálogo mais rico entre a aplicação do tratamento medicamentoso e as outras dimensões relevantes do cuidado referente às vivências sociais, emocionais e psicológicas dos pacientes.

Ao discutir os aspectos de integração e fragmentação do processo de trabalho de uma equipe do PSF do município de Vitória da Conquista – Ba, Silva (2003) identificou avanços tecnológicos do trabalho de uma ESF como oferta organizada paralelamente com o atendimento à demanda espontânea, garantindo, assim, o acolhimento de uma população historicamente excluída do acesso à assistência sem desprezar as ações de monitoramento

⁵¹ Para essa classificação, a autora utilizou parâmetros como comunicação (aparente externa ao trabalho, comunicação estritamente pessoal, intrínseca ao trabalho), projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter interdependente, autonomia técnica plena, ausência de autonomia técnica.

dos casos já diagnosticados. No entanto, Silva também destacou a fragmentação dos objetos e instrumentos de trabalho das categorias profissionais da ESF.

Recuperando as contribuições de Peduzzi e adequando ao contexto das ESFs, Silva, (2004) identificou a possibilidade de flexibilização da divisão do trabalho num estudo de caso em Vitória da Conquista-Ba, no entanto o planejamento das ações concentra-se ainda nos profissionais de nível superior e de forma individualizada.

Em um estudo sobre a organização da atenção primária em saúde em dois municípios, Medina (2006) identificou diferenças na divisão de trabalho entre médicos e enfermeiros. No município A, o atendimento individual reproduziu a divisão preventivo/curativo, a qual se expressa na organização das ações programáticas: médicos como responsáveis pelo atendimento individual no acompanhamento de doenças e agravos; enfermeiros assumindo atividades gerenciais e de supervisão e ACS acompanhamento individual preventivo e atividades educativas de grupo. Já no município B, a divisão técnica não se mostrou baseada no recorte preventivo/curativo, além da existência de espaços de estreitamento do convívio (deslocamento diário, preparação de refeições conjuntas, entre outras).

Esses achados apontam para desafios que se fazem no processo de trabalho das equipes multiprofissionais, e em especial, das ESFs, sejam eles políticos, técnicos, ou relacionais. De uma forma ou de outra, fica claro a importância de considerar os aspectos intersubjetivos das práticas de saúde desde a implantação do Programa até a formulação de estratégias de educação continuada, supervisão e acompanhamento das equipes.

Retomando a questão da minha investigação: em que medida os sujeitos (membros da ESF) podem desencadear a mudança do próprio processo de trabalho coletivo ?

De fato, é fundamental que ações de promoção e de proteção da saúde sejam agregadas à consulta individual, formando assim um mosaico de atividades que contemple o maior número possível de atividades para as diferentes necessidades de saúde da população. Nessa direção, o PSF já dá indícios de que é possível desencadear mudanças. No entanto, a consolidação e continuidade desse avanço, no caso estudado, mostrou-se incipiente. Portanto, são necessárias estratégias que façam a mediação entre as ESF com o nível distrital e central a partir de um plano/projeto coletivo. Mais precisamente, refiro-me a uma supervisão técnico-gerencial que sustente o andamento do PSF. Muito mais do que um acompanhamento da produtividade dos profissionais, é fundamental criar espaços onde se possa pensar sobre a natureza do próprio trabalho e sobre a intencionalidade das práticas de saúde no contexto do PSF, tendo em vista a mudança do modelo de atenção.

Assim sendo, será possível não só desencadear uma mudança tecnológica, mas também intersubjetiva do processo de trabalho em saúde. Para tanto, é necessário que as “regras do jogo” estejam bem colocadas, às claras, e o sistema de saúde tenha capacidade de integrar essas mudanças. Mais do que um Programa, o PSF deve ser visto como um elemento dinamizador que agregue diversos atores, mas tenha em si uma direcionalidade e uma função dentro da rede de serviços de saúde.

Por outro lado, mais do que ter um Projeto bem definido que contemple as diversas dimensões da mudança, é necessário pensar também: quem vai sustentar a sua implementação? Quem são os sujeitos que vão dar forma à proposta? Assim, os achados dessa investigação levam a uma outra pergunta: Mas, afinal, quem é o sujeito da mudança?

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIZA, L. ET AL. A demanda atendida em uma unidade básica de Saúde da Família no município de Fortaleza, Ceará: estudo de caso. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
2. ALVES, V. S. *Educação em saúde e constituição de sujeitos*: desafios ao cuidado no Programa de Saúde da Família. Salvador, 2004. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
3. ARTMANN, E., AZEVEDO, C., SÁ, M. C. Possibilidade DE aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de suas experiências. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(4), out-dez, 1997.
4. AYRES, J. R. ET AL, Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. In: *Rev Saúde Pública*, 36 (4 Supl), 2002.
5. BAHIA. Secretaria de Saúde. *Atenção à Saúde da Família*. Salvador: SESAB, 1996.
6. _____. *Manual para vigilância de menores de um ano de risco em áreas cobertas pela estratégia de atenção à saúde da família (PACS/PSF)*. Salvador: SESAB/ISC/UFBA, 1997.
7. _____. *Anuário estatístico*: informações de saúde da Bahia. Salvador: SESAB, 1998.

8. BAHIA, Universidade Federal da Bahia. FAPEX. *Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão*. Capturado no site www.ufba.br/fundação. Acesso 09 de Janeiro de 2007.
9. BELMARTINO, S. Delimitación del campo de investigación en sistemas y servicios de salud: comentarios a partir del texto base para discusión. *Cuadernos para Discusión* 1:16-51, 2000.
10. BIERNARCKI, P., WALDORF, D. *Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling*. Sociological Methods and Research. 1981.
11. BOURDIEU, P. *Razões Práticas*. Sobre a Teoria da Ação. Campinas – SP, 1997.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080*, 19 de setembro de 1990, Brasília, 1990a.
13. _____. *Lei nº 8.142*, 28 de dezembro de 1990, Brasília, 1990b.
14. _____. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: 1996.
15. _____. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação para o modelo assistencial*. SAS/Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasília, 1997.
16. _____. *SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica*. Brasília: SAS/Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998.
17. _____. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: Coordenação de Atenção Básica, 2000a.
18. _____. *Controle do Câncer do Colo do Útero*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
19. _____. *Controle de Endemias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

20. _____. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde/SAS, 2000d.
21. _____. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da família no Brasil: relatório final*. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas/Departamento de Atenção Básica/FIOCRUZ, 2000e.
22. _____. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2000f.
23. _____. *Programa de Combate às Carências Nutricionais - PCCN*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2000g.
24. _____. *Programa Humanização no Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2000h.
25. _____. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2000i.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos Institucionais: Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v.34, n.3, jun. 2000j.
27. _____. *Programa Vacinação: doenças imunopreveníveis*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2000 l.
28. _____. *Relatório de gestão de 2000*. Editora MS. Brasília, 2001a.
29. _____. *Gestantes de alto-risco: sistema estadual de referência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2001b.
30. _____. *Portaria nº 648, 28/03/2006*. Brasília, 2006a.

31. _____. *Expansão do Programa Saúde da Família*. Capturado no site <http://portal.saude.gov.br>. Acesso 07 de Janeiro de 2007, 2007a.
32. _____. *Cartão Nacional de Saúde*. Capturado no site <http://portal.saude.gov.br>. Acesso no dia 19 de janeiro de 2007, 2007b.
33. BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*. Capturado no site www.mds.gov.br/ascom/peti/peti.htm Acesso 03 de Agosto de 2006, 2006b.
34. BUSS, P. *Promoción de la salud y la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe*. Rio de Janeiro, 2000. (manuscrito).
35. CAMPOS, W. S. C. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debates. In: _____. MERHY, E.E.; NUNES, E.D. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989.
36. CAMPOS, G.W. Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
37. _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2000.
38. CAPOZZOLO, A., CAMPOS, G. No olho do Furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.

39. CAPUTO, M. C. *Educación, salud y empowerment: las acciones educativas em el Programa de Salud de la Família*. Salvador, 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
40. CARVALHO, B. ET AL. Desafios na mudança do modelo de atenção em uma cidade de grande porte, a partir da estratégia Saúde da Família. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
41. CECÍLIO, L. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1994.
42. COELHO, M. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
43. COSTA, E. A. Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. (Orgs). *Epidemiologia e Saúde*. 5º. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
44. CRESPI, J. Vacinação. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L.; BEZOS, G. (Coord.) *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier, 1993.
45. DUPOUEY, P. Habermas. In: HUISMAN, D. **Dicionário dos Filósofos**. Martins Fontes, 2001.
46. DONNANGELO, C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.
47. ESPINHEIRA, G., SOARES, A. *Pobreza e marginalização: um estudo da concentração e da desconcentração populacional nas metrópoles latino-*

- americanas: o caso de Salvador, no Brasil*. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG –Brasil, 2006.
48. FAUSTINO, R. ET AL. O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do SUS. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
49. FAVORETO, C. ET AL. Elementos tecnoassistenciais na análise da Atenção Básica à Saúde em grandes cidades no Brasil. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
50. FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro – RJ, Edições Graal, 1998.
51. FRANCO,T., PANIZZI, M. O “acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF). In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
52. FREITAG,B., ROUANET, P. *Habermas*. Editora Ática, 2001.
53. GAYOTTO, M. L. C. *Movimento dialético do processo grupal*. (manuscrito). Instituto Pichon-Rivière, 1999.
54. GIOVANELLA, G. Integração do Programa de Saúde da Família (PSF) à rede de serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A*

- Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
55. GOFFMAN, E. *A representação do Eu na vida cotidiana*. Petrópolis-RJ, Editora Vozes, 2005.
56. GUIMARÃES, E.M. Modelo de anamnese e exame físico. In: SOUZA, R.; MAAKAROUM, M. (Coord.). *Manual do Adolescente*. Sociedade Brasileira de Pediatria/Comitê de Adolescência, 1989.
57. HABERMAS, J. *Theorie und Praxis*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1963.
58. _____. *Technik und Wissenschaft als "Ideologie"*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1969.
59. _____. *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1973a.
60. _____. *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*. Frankfurt, Suhrkamp Verlag, 1973b.
61. _____. Relaciones com el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: Habermas, J. *Teoria de la acción comunicativa I*. Madri: Taurus, 1987.
62. IANNI, A., QUITÉRIO, L. Promoção da saúde e a questão ambiental urbana no Programa da Saúde da Família: a distância entre a intenção e o gesto. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
63. LEAVELL, H.; CLARK, E.G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

64. LITOC, J. ET AL. Qualidade de vida em populações atendidas pelo programa de Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
65. MEDINA, M. G. *O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde*: resultados da avaliação de dois estudos de caso. Salvador, 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
66. MENDES, E.V. *Sistemas Locais de Saúde*. Brasília: OPS, 1988.
67. _____. Distritos Sanitários: conceitos - chaves. In: _____. *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1999a.
68. _____. *Uma agenda para saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1999b.
69. MENDES-GONÇALVES, R.B., *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*. São Paulo, 1988.
70. _____. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR - Textos 1).
71. _____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

72. MENDES-GONÇALVES, R.B, SCHRAIBER, L.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, NEMES e MENDES-GONÇALVES. *Saúde do adulto: Programas e ações na unidade básica*. HUCITEC: São Paulo, 1996.
73. MENDONÇA, M.H. ET AL As inovações na gestão de recursos humanos no PSF como eixo organizador de novo processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
74. MERHY, E.E. *Saúde pública como política*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
75. _____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: o serviço de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. (org) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1994.
76. _____. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo – Buenos Aires, HUCITEC/Lugar Editorial, 1997.
77. NETO, M.M.C. (Org.) *Cadernos de atenção básica - Programa de Saúde da Família: A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000a. (caderno 1)
78. _____. *Cadernos de atenção básica - Programa de Saúde da Família: Treinamento introdutório*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000b. (caderno 2).
79. _____. *Cadernos de atenção básica - Programa de Saúde da Família: Educação permanente*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000c. (caderno 3).

80. _____. *Cadernos de atenção básica - Programa de Saúde da Família: Atuação à saúde do idoso – instabilidade postural e queda*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000d. (caderno 4).
81. _____. *Cadernos de atenção básica: Programa de Saúde da Família: Hipertensão Arterial sistêmica e diabetes mellitus – protocolo*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2000e (caderno 1).
82. NOZAWA, M.R.S.; SILVA, E.M.; SILVA, J.C. et al. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, n.4, jul.- ago. 2001.
83. NUNES, C. A. *A formação em saúde coletiva e as práticas de saúde em programas comunitários*. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia,. Salvador, 1999.
84. OLIVEIRA, M. C. B. A. *Avaliação dos efeitos do PACS nas práticas de saúde: um estudo de caso?* Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia Salvador, 1999.
85. OPS; OMS. Promocion de liderazgo y formacion avanzada en salud publica: la prestacion de servicios de salud. *Educación médica y salud*, v. 26, n.3, Jul.- set. 1992.
86. PAIM, J. *Saúde, crises e reformas*. Salvador: CED/UFBa, 1986.
87. _____. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (org) *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editora, 1997.

88. _____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. (Org). *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
89. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, 2002.
90. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. A equipe de saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, (35)1, 2001
91. PINTO, M. ET AL, A inserção de saúde bucal no programa de saúde da família no estado do Paraná. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
92. PICHON-RIVIÈRE, E., **Processo grupal**. São Paulo, Fonte Martins, 1988a.
93. _____. **Teoria do Vínculo**. São Paulo, Fonte Martins, 1988b.
94. RIBEIRO, D. A. *Práticas Alimentares nos Terreiros de Candomblé de um território negro*. Dissertação (mestrado), Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2002.
95. ROCHA, A. A trajetória do médico no Programa Saúde da família: um olhar sobre o sujeito. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
96. SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual do PACS / PSF*. Salvador, 2000.
97. _____. *Relatório Anual do PACS / PSF*. Salvador, 2001.

98. _____. *Projeto de implantação do Programa de Saúde da Família no município de Salvador*. Salvador, 2001b.
99. _____. *Relatório Anual do PACS / PSF*. Salvador, 2002.
100. _____. *Relatório Anual do PACS / PSF*. Salvador, 2003.
101. _____. *Relatório Anual do PACS / PSF*. Salvador, 2004.
102. _____. *Listagem das equipes do Programa de Saúde da Família, dezembro de 2005*. Salvador, 2005.
103. _____. *Plano Municipal de Saúde 2006 - 2009*. Salvador, 2006a.
104. _____. *Relatórios do SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica. Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2005, segmento 11, Subúrbio Ferroviário (Zona Urbana)*. Salvador, 2006b.
105. SÁ, M.C. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: Pitta, A.M.R. (org) *Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios* Ed. Hucitec – Abrasco, 1995.
106. _____. O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções ? *Cadernos de Saúde Pública* (4) nº 2, 1999.
107. _____. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 6 (1), 2001.
108. SÁ, M.C., NETO, F., AZEVEDO, C. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 2002.
109. SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. Nobel, 1988.

110. SCALDAFERRI, M. C. *O profissional faz acontecer*: comprometimento no trabalho, avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
111. SCHRAIBER, L. B. *Os desafios na saúde*: reflexões acerca de modelos assistenciais. São Paulo: [s.n.], 1992. (Texto elaborado para o VIº ENFSUL e XIX JCE).
112. _____. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: HUCITEC, 1993a.
113. _____. Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo? In: MS.FNS.CENEPI. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano 2, nº 3 mai/jun, 1993b.
114. _____. *O médico e o seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo, HUCITEC, 1993c.
115. _____. Políticas públicas e planejamento de saúde. *Saúde em Debate*, nº 47, junho, 1995.
116. _____. *Saúde do Adulto*: programa e ações na unidade básica. HUCITEC, São Paulo, 1996.
117. SILVA, A.P. *A prática da equipe do Programa de Saúde da Família: mudança ou conservação?* Salvador, 2002. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
118. SILVA, A.P. O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família: integração e fragmentação das práticas. In: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *A Produção sobre Saúde da Família*. Trabalhos

- apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO 2003, Brasília, 2003.
119. SILVA, I.Q.J. *Equipe de saúde da família: problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. Salvador, 2004. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
 120. SILVA JÚNIOR, A, J. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998.
 121. SOUZA, A.M.G. **Limite do Habitar**: segregação e exclusão na configuração de Salvador e perspectiva no final do século XX. Salvador, EDUFBA, 2000.
 122. SOUZA, C. *Percepção e produção estética: configuração dos modos de vida em Novos Alagados no Subúrbio Ferroviário de Salvador*. Dissertação (mestrado), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2002.
 123. STIELTJES, C. *Jürgen Habermas – A desconstrução de uma teoria*. Germinal, 2001.
 124. TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York: John Wiley, Sons, 1984.
 125. TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.; VILASBOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.7, n.2, abr.- jun. 1998.
 126. TEIXEIRA, C.F. A construção social do Planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E.V. (org) *Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº13, Brasília, 1994.

127. _____. *Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde*. Salvador: [s.n.], 2000. (Texto elaborado como contribuição aos debates da XIª Conferência Nacional de Saúde).
128. _____. *O Futuro da prevenção*. Salvador-Ba : Casa da Qualidade editora, 2001.
129. _____. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador-Ba, ISC / UFBA, 2002.
130. TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador, EDUFBA, 2006.
131. TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação: o caso saúde*. Hicitec: São Paulo – Abrasco: Rio de Janeiro, 1995.
132. VIANA, A. L.; POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS - Rev. Saúde Coletiva*, v.8, n.2, 1998.
133. VILASBÔAS, A. L. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Tese (doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006.

7 – ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Diagramas da Vigilância da Saúde

Matriz das Categorias

Roteiros de Entrevista

Questionários

- Questionário do(a) Agente Comunitário de Saúde
- Questionário do(a) Auxiliar do Cirurgião Dentista
- Questionário do(a) Auxiliar de Enfermagem
- Questionário do(a) Enfermeiro (a)
- Questionário do(a) Médico(a)
- Questionário do(a) Odontólogo (a)

Tabelas de análise dos dados dos questionários



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Pe. Feijó, 29, Canela - 40.110-170 Salvador-Bahia-Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br

☎(071) 245-0544 /237-5856

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa desenvolvida pela pesquisadora Andréa Ruf, doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A pesquisa intitulada “Mas, afinal, quem é o sujeito da mudança?” tem como o objetivo de analisar em que medida os membros de uma equipe do município de Salvador podem desencadear o movimento de mudança das práticas de saúde do PSF e re-significar o trabalho em coletivo (grupal). Para tanto, a pesquisadora acompanhará as atividades dos membros de uma equipe do PSF do município de Salvador, realizará entrevistas semi-estruturadas sobre a organização das ações da equipe, a trajetória profissional dos seus membros e a percepção de cada um sobre o PSF, o próprio trabalho e sobre o trabalho em equipe. Além disso, será solicitado a cada membro da equipe o preenchimento de um questionário estruturado sobre as suas atividades desenvolvidas. A pesquisa ainda inclui revisão documental dos Relatórios da Coordenação Municipal do PACS/PSF de Salvador e entrevistas semi-estruturadas com técnicos e coordenadores da Prefeitura Municipal de Salvador, lideranças sindicais e comunitárias sobre o processo de implantação e gestão do PSF no município. Os resultados da pesquisa serão utilizados para elaboração da tese de doutorado da pesquisadora, bem como, publicação em periódicos e fóruns científicos, porém sem que nome dos participantes apareça associado à pesquisa. A participação dos entrevistados na pesquisa poderá ser interrompida em qualquer momento da coleta de dados, caso o participante assim o queira. Em caso de dúvidas, a pesquisadora estará inteiramente disponível para qualquer dúvida através do telefone (71) 3245 0322 ou pelo e-mail a_paixao@yahoo.com.br.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Pe. Feijó, 29, Canela - 40.110-170 Salvador-Bahia-Brasil ■ E-mail: ppgsc@ufba.br
 ☎ (071) 245-0544 / 237-5856

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa desenvolvida pela doutorada Andréa Ruf. Ficam claros para mim quais os objetivos da pesquisa, a entrevista a ser realizada pela pesquisadora e o acompanhamento das atividades que eu desenvolvo como membro de uma das equipes do PSF do município de Salvador. Conto, assim, com o sigilo das informações e com os esclarecimentos necessários durante a pesquisa. Concordo voluntariamente com a minha participação na pesquisa, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento sem penalidades.

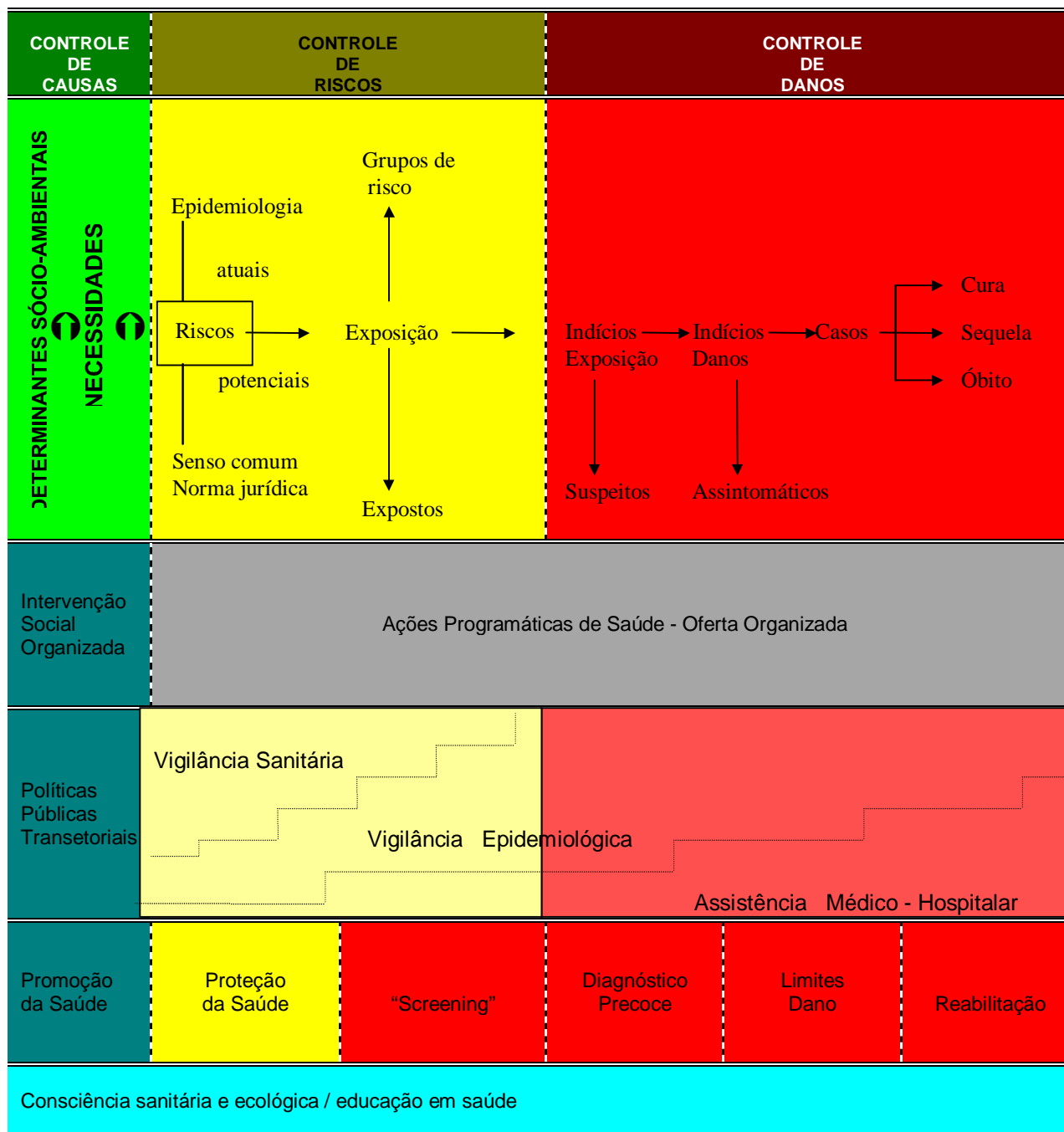
Salvador-Ba, ____ de _____ de _____.

(assinatura do informante da Pesquisa)

Declaro que obtive o consentimento livre, esclarecido e voluntário do informante acima com relação a sua participação na minha pesquisa.

Andréa Ruf

Figura I – DIAGRAMA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE



Fonte: PAIM (1999 a)

DIAGRAMA 10 – Quadro das categorias operacionais das práticas do PSF: dimensão tecnológica



Matriz de Categorias

OBJETIVOS	CATEGORIAS	TÉCNICA DE COLETA	FONTES DE EVIDÊNCIA
Contextualizar o município e o território de atuação da equipe	<ul style="list-style-type: none"> - Localização territorial do município - Caracterização do sistema municipal de saúde⁵² - Caracterização do PSF no município - O processo de implantação do Programa - Caracterização da área de abrangência da equipe⁵³ - O processo de ocupação do espaço pelos moradores da área de abrangência 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão Documental - Entrevistas - Observação participativa e Diário de Campo 	<ul style="list-style-type: none"> - O plano municipal de saúde e relatórios; - SIAB - Técnicos da SMS - Membros da equipe - Moradores da comunidade
Caracterizar as atividades desenvolvidas <i>(dimensão técnica)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações de controle de causas ▪ Ações de controle de riscos ▪ Ações de controle de danos ▪ Ações de planejamento e gestão em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário estruturado - Observação participativa e Diário de Campo 	Membros da equipe
Identificar o significado dado pela equipe ao trabalho individual e grupal; <i>(Dimensão intersubjetiva)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O que significa a minha atuação no Programa para mim ? ▪ Como eu vejo o trabalho do outro ? 	História individual do trabalho (Trajetória dos sujeitos até chegar no PSF)	Membros da equipe
Analisar as possíveis estratégias desenvolvidas pelo grupo para desencadear e sustentar a mudança. <i>(Dimensões tecnológicas e intersubjetiva)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O PSF é sinônimo de mudança ? ▪ Mudança em que sentido ? (o que é mudar ? mudar para que ? E para quem ?); ▪ O estar na equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participativa e Diário de Campo - Entrevistas 	Membros da equipe

⁵² N° de Centros de saúde da rede e filantrópicas, n° de unidades básicas de saúde da rede, n° de consultórios médicos e especialidades da rede; n° de equipes odontológicas., sistema de referência e contra-referência do PSF com a rede municipal.

⁵³ Área de abrangência da equipe: n° de famílias, indicadores de condições de vida (SIAB), perfil epidemiológico (SIAB), formas de organização política e social; formas de participação das famílias no cotidiano da unidade de saúde de referência.

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS MEMBROS DA EQUIPE (os não ACSs)**1. Trajetória pessoal**

- a. Idade
- b. Estado Civil
- c. De onde você é ? Você é de Salvador ?

2. Trajetória profissional

- a. Desde de quando você como profissional de saúde ?
- b. Como foi o processo de escolha por sua profissão ?
- c. Alguém da família já trabalhou dentro da área de saúde ?
- d. Desde quando você trabalha na saúde pública ?
- e. Você já atuou antes no PSF ?
- f. Desde quando você atua nessa equipe ?
- g. O que lhe atraiu ao PSF ?

3. Atuação no Programa

- a. Como acontece o seu dia-a-dia (semana típica)
- b. Como você define as famílias para atendimento ?
- c. Quais os principais problemas que acontecem na sua área de abrangência ?
- d. Como você atua sobre eles?

4. Percepção do Programa

- a. Como você vê o PSF ?
- b. Se você pudesse melhorar algo nele, o que você melhoraria
- c. Você acha que o programa pode mudar a forma de atender a população da sua micro-área ? O que, como, para que e para quem ?

5. Percepção do próprio trabalho

- a. Como é ser um profissional do PSF ?
- b. O que esse trabalho significa para você ?

6. Percepção do trabalho dos outros membros da equipe

- a. Para você qual é o papel dos outros membros da equipe (dos ACSs, dos profissionais de nível superior, dos auxiliares, ...)
- b. Como você percebe a atuação de cada categoria no Programa ?

7. Trabalho de equipe

- a. Você já tinha trabalhado em equipe antes ?
- b. Você acha possível trabalhar com tantas pessoas de diferentes formações ?
- c. Quais as principais dificuldades no trabalho em equipe ?

8. REAL Sociedade Espanhola e PSF em Salvador

- a. Como você vê a atuação da REAL Sociedade Espanhola na gerência do PSF ?
- b. Como você vê o papel da Secretaria de Saúde na condução do processo ?
- c. Como você avalia o processo de paralisação das equipes de PSF em janeiro de 2006

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ACS

1. Trajetória pessoal

- a. Idade
- b. Estado Civil
- c. Desde quando você mora aqui ?
- d. Como é morar nesse bairro ?

2. Trajetória profissional

- a. Desde de quando você atua como ACS ?
- b. Qual a sua atividade anterior ao PSF ?
- c. Já trabalhou antes na área de saúde ?
- d. Você participa ou já participou em algum grupo da comunidade: associação, paróquia, igreja, ..
- e. O que lhe atraiu ao PSF ? Porque você decidiu ser ACS ?

3. Atuação no Programa

- a. Quantas famílias você tem na sua micro-área ?
- b. Como acontece o seu dia-a-dia (semana típica)
- c. Quantas pessoas você pode indicar para consulta médica, de enfermagem e odontológica
- d. Como você define as famílias para atendimento ?
- e. Quais os principais problemas que acontecem na sua micro-área ?
- f. Como você atua sobre eles?

4. Percepção do Programa

- a. Como você vê o PSF ?
- b. Se você pudesse melhorar algo nele, o que você melhoraria
- c. Você acha que o programa pode mudar a forma de atender a população da sua micro-área ? O que, como, para que e para quem ?

5. Percepção do próprio trabalho

- a. Como é ser ACS ?
- b. O que esse trabalho significa para você ?

6. Percepção do trabalho dos outros membros da equipe

- a. Para você qual é o papel dos outros membros da equipe (dos ACSs, dos profissionais de nível superior, dos auxiliares, ...)
- b. Como você percebe a atuação de cada um ?

7. Trabalho de equipe

- a. Você já tinha trabalhado em equipe antes ?
- b. Você acha possível trabalhar com tantas pessoas de diferentes formações ?
- c. Quais as principais dificuldades no trabalho em equipe ?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A GERÊNCIA DA USF / DISTRITO / COORDENAÇÃO

1. Qual a sua formação;
2. Desde quando você atua na Saúde Pública;
3. Desde quando você atua no PSF;
4. Há quanto tempo você está na Comissão Gerencial;
5. Como funciona a indicação da comissão;
6. Quais as atribuições da comissão gerencial
7. Sempre a comissão gerencial funcionou assim
8. Você participou da implantação da unidade
9. Eu gostaria que você me resgatasse a história do PSF na unidade;
 - a. definição das áreas de implantação e os critérios;
 - b. houve territorialização;
 - c. há continuidade das áreas dessa unidade com a unidade de Fazenda Coutos III;
 - d. todas as unidades foram implantadas no mesmo momento;
 - e. dos profissionais que participaram da implantação quantos e quais ainda atuam na unidade
 - f. como foi feita a implantação das equipes
 - i. seleção dos membros
 - ii. como era o vínculo dos profissionais
 - iii. como foi feita a indicação do profissional para unidade
 - iv. treinamento e acompanhamento
 - v. infra-estrutura da unidade (definição e adaptação)
 - vi. contato com a comunidade
 - vii. sensibilização dos outros profissionais para entenderem o programa
 - viii. avaliação
 - ix. cobertura
 - g. principais dificuldades
10. como funciona hoje a unidade
 - a. fluxograma
 - b. atendimento da demanda espontânea (triagem e encaminhamentos)
 - c. nº de atendimentos por equipe/dia (e quando é pouco, quem negocia)
 - d. como se sabe de qual área (equipe) é o usuário
 - e. prontuário (como são organizados os prontuários)
 - f. referência e contra-referência
 - g. como é administrado cada setor e quem coordena (vacina, farmácia, procedimento, pessoal de enfermagem, treinamento do pessoal de enfermagem, enviar os dados do programa, acompanhamento do pessoal (ADM, Serviços Gerais e Portaria)

- h. e as decisões conjuntas, como funcionam, como encaminha os temas que não tem consenso
11. planejamento das ações
- a. há planejamento
 - b. é por unidade ou por equipe
 - c. avaliação do que já foi feito
12. supervisão
- a. há supervisão
 - b. a que nível está a responsabilidade de supervisionar as equipes
 - c. Como foi e como tem sido feita a supervisão das equipes
 - i. Há encontros, oficinas, visitas com hora marcada ou espontânea
 - ii. Há existência de protocolos
 - iii. Há uma uniformização do atendimento ou fluxograma da unidade
13. Os principais problemas que hoje você identifica no funcionamento das equipes
14. Qual o papel da REAL na gestão do PSF, o que compete a ela
15. Como você percebe essa dupla-gestão

QUESTIONÁRIO DO(A) AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

I – IDENTIFICAÇÃO

1) Idade	2) Sexo	3) A quanto tempo você atua neste equipe ?	4) Qual o seu nível de escolaridade ?
_____	() Feminino () Masculino	_____	_____

II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza

1.1 Convoca a comunidade para a imunização	N	R	F	S
1.2 Participa das campanhas de imunização				
1.2.1 Duas campanhas anuais de vacinação contra pomielite	N	R	F	S
1.2.2 Campanha de seguimento vacinal contra o sarampo	N	R	F	S
1.2.3 Uma Campanha anual contra gripe em idosos	N	R	F	S
1.3 Busca de faltoso para vacinação (crianças, gestantes, idosos e outros)	N	R	F	S
1.4 Incentiva o aleitamento materno	N	R	F	S
1.5 Desenvolve escovação com flúor em grupos de crianças	N	R	F	S
1.6 Desenvolve escovação sem flúor em grupos de crianças	N	R	F	S
1.7 Encaminha para o preventivo ginecológico na unidade de referência	N	R	F	S
1.8 Encaminha para o planejamento familiar na unidade	N	R	F	S
1.9 Distribui preservativos	N	R	F	S
1.10 Cite as 05 principais estratégias de proteção da saúde, que você desenvolve na sua micro-área, contra fatores ambientais, físicos e/ou alimentares que agridem a saúde da população:				
4.1 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
4.2 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
4.3 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
4.4 Faz educação para saúde direcionada para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
4.5 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				
2.1 Visita domiciliar pelo menos uma vez por mês para cada família	N	R	F	S
2.2 Acompanha o profissional da equipe durante a visita domiciliar	N	R	F	S
2.3 Durante a visita domiciliar:				
2.3.1 Cria um clima de confiança, respeito e sigilo durante a visita, motivando o usuário a esclarecer dúvidas	N	R	F	S
2.3.2 Levanta os hábitos saudáveis do usuário(ausência do hábito de fumar, do uso exagerado de álcool, da ingestão exagerada de açúcar, peso adequado, atividade física e outros)	N	R	F	S
2.3.3 Levanta as características sócio-econômicas	N	R	F	S
2.3.4 Encaminha para a equipe, quando necessário	N	R	F	S
2.3.5 Faz o acompanhamento do caso, quando necessário	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.4 Esclarece ao paciente quanto:				
2.4.1 A sua doença, em caso de diagnóstico confirmado pela equipe	N	R	F	S
2.4.2 Ao tratamento, caso seja possível	N	R	F	S
2.4.3 As conseqüências da interrupção do tratamento	N	R	F	S
2.5 Quando identifica um agravo ou problema de saúde na família durante as visitas, qual sua atitude ?				
2.5.1 Orienta a família como agir frente ao problema	N	R	F	S
2.5.2 Encaminha para atendimento na unidade	N	R	F	S
2.5.3 Orientar a família como funciona o atendimento na unidade de referência	N	R	F	S
2.5.4 Comunica a enfermeira da equipe acerca do problema	N	R	F	S
2.5.5 Comunica a equipe acerca do problema identificado	N	R	F	S
2.5.6 Leva o caso para ser discutido com a equipe nas reuniões	N	R	F	S
2.6 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento	N	R	F	S
2.7 Nos casos de doenças de notificação compulsória:				
2.7.1 Investiga contatos na família	N	R	F	S
2.7.2 Identifica fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado	N	R	F	S
2.8 Participa do controle de endemias: esquistossomose, filariose, doença de chagas, dengue, calazar, e outros	N	R	F	S
2.9 Realiza visita voltada para a criança, investigando aspectos específicos, tais como:				
2.9.1. Confere o quadro vacinal do cartão da criança no domicílio	N	R	F	S
2.9.2. Pesa e medir mensalmente as crianças menores de 02 anos	N	R	F	S
2.9.3. Analisa a curva de crescimento e desenvolvimento do cartão da criança	N	R	F	S
2.9.4. Registra na ficha C	N	R	F	S
2.9.5. Monitora dermatoses e parasitoses em crianças	N	R	F	S
2.9.6. Identifica criança em situação de risco e comunica à equipe	N	R	F	S
2.10 Identifica casos com carências nutricionais, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos, gestantes e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.11 Identifica casos com infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa de 0 a 5 anos e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.12 Identifica adolescente em situação de risco.	N	R	F	S
2.13 Confere o cartão da gestante	N	R	F	S
2.14 Acompanha a vacinação periódica da gestante por meio do cartão	N	R	F	S
2.15 Preenchimento da Ficha B (ficha da gestante)	N	R	F	S
2.16 Busca de gestantes faltosas ao Pré-natal	N	R	F	S
2.17 Identifica gestante em situação de risco e comunica à equipe	N	R	F	S
2.18 Acompanha pacientes com diagnóstico confirmado de Tuberculose e preenchimento da Ficha B – TB	N	R	F	S
2.19 Busca de faltoso ao tratamento da tuberculose	N	R	F	S
2.20 Acompanha pacientes com diagnóstico confirmado de Hipertensão e preenchimento da Ficha B - HA	N	R	F	S
2.21 Acompanha pacientes com diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus e Preenchimento da Ficha B – DIA	N	R	F	S
2.22 Acompanha pacientes com diagnóstico confirmado de Hanseníase e Preenchimento da Ficha B – HAN	N	R	F	S
2.23 Identifica idoso em situação de risco e comunica à equipe	N	R	F	S
2.24 Acompanha idosos com algum tipo enfermidade	N	R	F	S
2.25 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. ESPECIFIQUE				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza									
3.1 Acompanhamento domiciliar de pacientes após internação					N	R	F	S	
3.2 Acompanhamento domiciliar de idosos com fratura óssea ocasionada por queda					N	R	F	S	
3.3 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de colo de útero					N	R	F	S	
3.4 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de mama					N	R	F	S	
3.5 Acompanhamento dos homens em processo terapêutico contra o câncer de próstata					N	R	F	S	
3.6 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE									
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S	4.5 Incentiva o idoso a fazer atividade física moderada	N	R	F	S
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S	4.6 Identifica atividades culturais da comunidade local	N	R	F	S
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S	4.7 Promove eventos artísticos/culturais	N	R	F	S
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S	4.8 Incentiva o resgate da cultura local	N	R	F	S
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)					N	R	F	S	
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.									
5.1 Cadastra as famílias (preenche a ficha A)					N	R	F	S	
5.2 Atualização do cadastro das famílias					N	R	F	S	
5.3 Mapeamento da micro-área					N	R	F	S	
5.4 Elaboração do mapa inteligente, identificando: 1- áreas de risco: área detectada com foco de alguma doença ou com contaminação química, presença de esgoto e lixo a céu aberto, encostas com risco de deslizamento sobre casas, casas com péssimas condições de moradia e outros; 2 - Equipamentos comunitários: escolas, igrejas, centros religiosos, associações, praças, clubes e outros					N	R	F	S	
5.5 Identifica e comunica para equipe a existência de parteiras, curiosas, rezadeiras, benzedadeiras e curandeiros (as) na sua microárea					N	R	F	S	
5.6 Conversa com a equipe sobre a história da sua comunidade, as características sociais, costumes culturais e tradições					N	R	F	S	
5.7 Comunicar para a equipe a existência de famílias e grupos em situação de risco					N	R	F	S	
5.8 Faz reunião com a enfermeira da equipe para programar as atividades					N	R	F	S	
5.9 Faz reunião com a equipe para programar as atividades					N	R	F	S	
5.10 Convoca a família para o atendimento na unidade no horário marcado e definido pela equipe					N	R	F	S	
5.11 Identifica áreas de atuação práticas nas quais necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem					N	R	F	S	
5.12 Participa de cursos de capacitação em saúde pública					N	R	F	S	
5.13 Faz reunião com as famílias para discutir sobre os problemas e agravos a saúde					N	R	F	S	
5.14 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados					N	R	F	S	
5.15 Realiza levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência					N	R	F	S	
5.16 Articula com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas					N	R	F	S	
5.17 Articula com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)					N	R	F	S	
5.18 Articula com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados					N	R	F	S	
5.19 Articula com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados					N	R	F	S	
5.20 Articula com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados					N	R	F	S	
5.21 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE: ESPECIFIQUE									

QUESTIONÁRIO DO(A) AUXILIAR DO CIRURGIÃO DENTISTA

I – IDENTIFICAÇÃO			
1) Idade _____	2) Sexo () Feminino () Masculino	3) A quanto tempo você atua neste equipe _____?	4) Qual o seu nível de escolaridade ? _____

II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS				
LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
1.1 Evidenciação de placa bacteriana	N	R	F	S
1.2 Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão na unidade de saúde	N	R	F	S
1.3 Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão (escovação supervisionada ou bochecho com flúor no domicílio, em escolas, associações e outros espaços da comunidade)	N	R	F	S
1.4 Escovação supervisionada com flúor e sem flúor na unidade	N	R	F	S
1.5 Busca de faltoso ao tratamento bucal	N	R	F	S
1.6 Acompanha e dá suporte ao desenvolvimento dos trabalhos da equipe com relação à saúde bucal	N	R	F	S
1.7 Cite as 05 principais estratégias de proteção da saúde, que você desenvolve na área, contra fatores ambientais, físicos e/ou alimentares que agridem a saúde da população:				
1.8 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
1.9 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
1.10 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
1.11 Faz educação para saúde direcionada para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
1.12 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
1.13 OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				
2.1 Acompanha o dentista durante a consulta (na unidade)	N	R	F	S
2.2 Acompanha o dentista durante a consulta (no domicílio ou em espaços da comunidade como escolas, associações e etc)	N	R	F	S
2.3 Instrumentaliza o dentista durante a realização dos procedimentos	N	R	F	S
2.4 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento	N	R	F	S
2.5 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE . ESPECIFIQUE				
3.1 Acompanhamento domiciliar de pacientes após cirurgia odontológica	N	R	F	S
3.3 Acompanhamento domiciliar de idosos com fratura óssea ocasionada por queda	N	R	F	S
3.4 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza												
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S	4.5 Incentiva o idoso a fazer atividade física moderada	N	R	F	S			
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S	4.6 Identifica atividades culturais da comunidade local	N	R	F	S			
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S	4.7 Promove eventos artísticos/culturais	N	R	F	S			
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S	4.8 Incentiva o resgate da cultura local	N	R	F	S			
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)						N	R	F	S			
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.												
5.1 Prioriza os grupos de maior risco e/ou danos para intervenção (crianças, gestantes, idosos e etc)						N	R	F	S			
5.2 Faz reunião com a equipe para programar as atividades						N	R	F	S			
5.3 Programa os atendimentos realizados na unidade e em visitas domiciliares segundo o perfil epidemiológico das famílias da área de abrangência						N	R	F	S			
5.4 Agenda e orienta o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento						N	R	F	S			
5.5 Registra na Ficha D todos procedimentos realizados de saúde bucal						N	R	F	S			
5.6 Faz previsão e solicitação de materiais, medicamentos necessários para o andamento das ações de prevenção e controle do paciente em acompanhamento Terapêutico						N	R	F	S			
5.7 Controla materiais de consumo e equipamentos da unidade						N	R	F	S			
5.8 Procede a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados						N	R	F	S			
5.9 Prepara o instrumental e material para uso (sugador, espelho, sonda e outros)						N	R	F	S			
5.10 Cuida da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos						N	R	F	S			
5.11 Identifica áreas de atuação das práticas nas quais você necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem						N	R	F	S			
5.12 Participa de cursos de capacitação em saúde pública						N	R	F	S			
5.13 Divulga para as famílias da área de abrangência os dados gerados pelo sistemas de informação do programa						N	R	F	S			
5.14 Faz reunião com as famílias para discutir sobre problemas e agravos a saúde						N	R	F	S			
5.15 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.16 Levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência						N	R	F	S			
5.17 Articulação com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas						N	R	F	S			
5.18 Articulação com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)						N	R	F	S			
5.19 Articulação com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.20 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.21 Articulação com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.22 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. ESPECIFIQUE												

QUESTIONÁRIO DO(A) AUXILIAR DE ENFERMAGEM**I – IDENTIFICAÇÃO**

1) Idade _____	2) Sexo () Feminino () Masculino	3) A quanto tempo você atua neste equipe? _____	4) Qual o seu nível de escolaridade ? _____
-------------------	---	--	--

II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza

1.1 Convoca a comunidade para a imunização	N	R	F	S
1.2 Participa das campanhas de imunização				
1.2.1 Duas campanhas anuais de vacinação contra poliomielite	N	R	F	S
1.2.2 Campanha de Seguimento vacinal contra o sarampo	N	R	F	S
1.2.3 Uma Campanha anual contra gripe em idosos	N	R	F	S
1.3 Imunização de rotina na unidade				
1.3.1 Aplica BCG	N	R	F	S
1.3.2 Aplica DPT	N	R	F	S
1.3.3 Aplica vacina contra Poliomielite	N	R	F	S
1.3.4 Aplica vacina contra difteria, tétano e coqueluche - DPT	N	R	F	S
1.3.5 Aplica vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola – Tríplice Viral	N	R	F	S
1.3.6 Aplica vacina contra sarampo	N	R	F	S
1.3.7 Aplica vacina dupla infantil DT (tétano e difteria) – 2 meses até 6 anos 11 meses e 29 dias	N	R	F	S
1.3.8 Aplica vacina dupla DT (tétano e difteria) a partir dos 7 anos	N	R	F	S
1.3.9 Aplica vacina toxóide Tetânico TT - a partir dos 7 anos	N	R	F	S
1.3.10 Aplica vacina anti-pneumocócica e influenza	N	R	F	S
1.3.11 Aplica vacina contra Hepatite “B”	N	R	F	S
1.3.12 Aplica vacina contra raiva humana	N	R	F	S
1.3.13 Aplica vacina contra Febre Amarela	N	R	F	S
1.4 Busca de faltoso para vacinação (crianças, gestantes e idosos e outros)	N	R	F	S
1.5 Incentiva o aleitamento materno	N	R	F	S
1.6 Realiza preventivo	N	R	F	S
1.7 Coleta para exame Papanicolau	N	R	F	S
1.8 Distribui de preservativos	N	R	F	S
1.9 Cite as 05 principais estratégias de proteção da saúde, que você desenvolve na sua área, contra fatores ambientais, físicos e/ou alimentares que agridem a saúde da população:				
1.10 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
1.11 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
1.12 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
1.13 Faz educação para saúde direcionada para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
1.14 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
1.15 OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza									
2.1 Procedimentos de enfermagem na unidade									
2.2 Procedimentos de enfermagem no domicílio e em outros espaços da comunidade (creches, escolas, asilos, associações e etc)									
2.1.1 Verificação de sinais vitais	N	R	F	S	2.2.1 Aplicação de medicamentos	N	R	F	S
2.1.2 Aplicação de medicamentos	N	R	F	S	2.2.2 Verificação de sinais vitais	N	R	F	S
2.1.3 Medidas Antropométricas (peso + altura)	N	R	F	S	2.2.3 Medidas Antropométricas (peso + altura)	N	R	F	S
2.1.4 Punção venosa (soro, medição – E.V.)	N	R	F	S	2.2.4 Punção venosa (soro, medição – E.V.)	N	R	F	S
2.1.5 Realização de nebulização	N	R	F	S	2.2.5 Realização de nebulização	N	R	F	S
2.1.6 TRO	N	R	F	S	2.2.6 TRO	N	R	F	S
2.1.7 Observação de pacientes em tratamento	N	R	F	S	2.2.7 Observação de pacientes em tratamento	N	R	F	S
2.1.8 Realização de curativos	N	R	F	S	2.2.8 Realização de curativos	N	R	F	S
2.1.9 Retirada de pontos	N	R	F	S	2.2.9 Retirada de pontos	N	R	F	S
2.3 Acompanha os ACSs, a(o) enfermeira(o) e (a) médico(a) nas visitas domiciliares						N	R	F	S
2.4 Durante o procedimento de enfermagem:									
2.4.1 Cria um clima de confiança, respeito e sigilo durante a consulta, motivando o usuário a esclarecer dúvidas						N	R	F	S
2.4.2 Levanta os hábitos saudáveis do usuário(ausência do hábito de fumar, do uso exagerado de álcool, da ingestão exagerada de açúcar, peso adequado, atividade física e outros)						N	R	F	S
2.4.3 Levanta as características sócio-econômicas						N	R	F	S
2.4.4 Encaminha para o profissional da equipe, quando necessário						N	R	F	S
2.4.5 Faz o acompanhamento do caso						N	R	F	S
2.5 Esclarece ao paciente quanto:									
2.5.1 A sua doença, em caso de diagnóstico confirmado						N	R	F	S
2.5.2 O tratamento medicamentoso e não-medicamentoso						N	R	F	S
2.5.3 As conseqüências da interrupção do tratamento						N	R	F	S
2.5.4 Os efeitos colaterais da medicação, quando recomendada						N	R	F	S
2.6 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento						N	R	F	S
2.7 Aplica soros antipeçonhentos para acidentes provocados por serpentes, aranhas e escorpiões						N	R	F	S
2.8 Nos casos de doenças de notificação compulsória:									
2.8.1 Coleta material para exames e envio para laboratório						N	R	F	S
2.8.2 Executa bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for necessário						N	R	F	S
2.8.3 Investiga contatos						N	R	F	S
2.8.4 Identifica fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado						N	R	F	S
2.9 Controla endemias(diagnóstico e tratamento): esquistossomose, filariose, doença de chagas, dengue, calazar, e outros						N	R	F	S
2.10 No atendimento voltado para a criança, cite os procedimentos específicos você mais executa ?									
2.11 Identifica casos com carências nutricionais, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos, gestantes e acima dos 60 anos						N	R	F	S
2.12 Identifica casos com infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa de 0 a 5 anos e acima dos 60 anos						N	R	F	S
2.13 Identifica adolescentes em situação de risco						N	R	F	S
2.14 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. ESPECIFIQUE									

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
3.1 Acompanha paciente em internação domiciliar	N	R	F	S
3.2 Acompanhamento domiciliar de pacientes após internação	N	R	F	S
3.3 Acompanhamento domiciliar de idosos com fratura óssea ocasionada por queda	N	R	F	S
3.4 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de colo de útero	N	R	F	S
3.5 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de mama	N	R	F	S
3.6 Acompanhamento dos homens em processo terapêutico contra o câncer de próstata	N	R	F	S
3.7 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO DA SAÚDE: ESPECIFIQUE				
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S
4.5 Incentiva o idoso a fazer atividade física moderada	N	R	F	S
4.6 Identifica atividades culturais da comunidade local	N	R	F	S
4.7 Promove eventos artísticos/culturais	N	R	F	S
4.8 Incentiva o resgate da cultura local	N	R	F	S
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)	N	R	F	S
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.				
5.1 Levanta os principais problemas referidos pelas famílias a partir da “Ficha A”	N	R	F	S
5.2 A partir dos dados levantados, prioriza os grupos de maior risco e/ou danos para intervenção	N	R	F	S
5.3 Faz reunião com a equipe para programar as atividades	N	R	F	S
5.4 Programa os atendimentos realizados na unidade e em visitas domiciliares segundo o perfil epidemiológico das famílias da área de abrangência	N	R	F	S
5.5 Faz previsão e solicitação de materiais, medicamentos e imunobiológicos necessários para o andamento das ações de prevenção e controle do paciente em acompanhamento terapêutico pela equipe	N	R	F	S
5.6 Controla materiais de consumo e equipamentos da unidade	N	R	F	S
5.7 Realiza a leitura do livro de ocorrência	N	R	F	S
5.8 Observa e controla a temperatura da geladeira de vacina	N	R	F	S
5.9 Registra a temperatura no boletim diário	N	R	F	S
5.10 Controla a entrada e saída das vacinas	N	R	F	S
5.11 Registra imunizantes no boletim diário	N	R	F	S
5.12 Anota o procedimento na ficha ambulatorial	N	R	F	S
5.13 Solicita o material para os procedimentos de enfermagem	N	R	F	S
5.14 Organiza o material para os procedimentos de enfermagem	N	R	F	S
5.15 Despreza frascos vazios de vacinas e/ou vacinas fora da validade	N	R	F	S
5.16 Esteriliza material	N	R	F	S
5.17 Higieniza a sala de procedimento	N	R	F	S
5.18 Solicita material de limpeza	N	R	F	S
5.19 Identifica áreas de atuação das práticas nas quais você necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem	N	R	F	S
5.20 Participa de cursos de capacitação em saúde pública	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
5.21 Divulga para as famílias da área de abrangência os dados gerados pelo sistemas de informação do programa	N	R	F	S
5.22 Faz reunião com as famílias para discutir sobre problemas e agravos a saúde	N	R	F	S
5.23 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.24 Levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência	N	R	F	S
5.25 Articulação com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas	N	R	F	S
5.26 Articulação com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)	N	R	F	S
5.27 Articulação com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.28 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.29 Articulação com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.30 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. ESPECIFIQUE.				

QUESTIONÁRIO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

I – IDENTIFICAÇÃO					
1) Idade _____	2) Sexo () Feminino () Masculino	3) Há quanto tempo você atua nesta equipe? _____	4) Qual a escola de graduação ? _____	5) Tempo de formado ? _____	6) Curso de Pós-Graduação _____

8. II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS				
LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
1.1 Convoca a comunidade para a imunização	N	R	F	S
1.2 Participa das campanhas de imunização				
1.2.1 Duas campanhas anuais de vacinação contra poliomielite	N	R	F	S
1.2.2 Campanha de Seguimento vacinal contra o sarampo	N	R	F	S
1.2.3 Uma Campanha anual contra gripe em idosos	N	R	F	S
1.3 Imunização de rotina na unidade				
1.3.1 Aplica BCG	N	R	F	S
1.3.2 Aplica DPT	N	R	F	S
1.3.3 Aplica vacina contra Poliomielite	N	R	F	S
1.3.4 Aplica vacina contra difteria, tétano e coqueluche - DPT	N	R	F	S
1.3.5 Aplica vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola – Tríplice Viral	N	R	F	S
1.3.6 Aplica vacina contra sarampo	N	R	F	S
1.3.7 Aplica vacina dupla infantil DT (tétano e difteria) – 2 meses até 6 anos 11 meses e 29 dias	N	R	F	S
1.3.8 Aplica vacina dupla DT (tétano e difteria) a partir dos 7 anos	N	R	F	S
1.3.9 Aplica vacina toxóide Tetânico TT - a partir dos 7 anos	N	R	F	S
1.3.10 Aplica vacina anti-pneumocócica e influenza	N	R	F	S
1.3.11 Aplica vacina contra Hepatite “B”	N	R	F	S
1.3.12 Aplica vacina contra raiva humana	N	R	F	S
1.3.13 Aplica vacina contra Febre Amarela	N	R	F	S
1.4 Busca de faltoso para vacinação (crianças, gestantes, idosos e outros)	N	R	F	S
1.5 Incentiva o aleitamento materno	N	R	F	S
1.6 Realiza preventivo	N	R	F	S
1.7 Coleta para exame Papanicolau	N	R	F	S
1.8 Distribui preservativos	N	R	F	S
1.9 Cite as 05 principais estratégias de proteção da saúde, que você desenvolve na sua área, contra fatores ambientais, físicos e/ou alimentares que agridem a saúde da população:				
1.10 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
1.11 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
1.12 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
1.13 Faz educação para saúde direcionadas para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
1.14 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
1.15 OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.1 Consulta de enfermagem na unidade de saúde	N	R	F	S
2.2 Consulta de enfermagem no domicílio	N	R	F	S
2.3 Consulta de enfermagem em outros espaços da comunidade (creches, escolas, asilos, associações e etc)	N	R	F	S
2.4 Durante a consulta de enfermagem:				
2.4.1 Exame clínico	N	R	F	S
2.4.2 Cria um clima de confiança, respeito e sigilo durante a consulta, motivando o usuário a esclarecer dúvidas	N	R	F	S
2.4.3 Levanta os hábitos saudáveis do usuário(ausência do hábito de fumar, do uso exagerado de álcool, da ingestão exagerada de açúcar, peso adequado, atividade física e outros)	N	R	F	S
2.4.4 Levanta as características sócio-econômicas	N	R	F	S
2.4.5 Solicita os exames necessários	N	R	F	S
2.4.6 Faz o acompanhamento do caso, quando necessário	N	R	F	S
2.5 Durante a consulta de enfermagem , esclarece ao paciente quanto:				
2.5.1 A sua doença, em caso de diagnóstico confirmado	N	R	F	S
2.5.2 O tratamento medicamentoso e não-medicamentoso	N	R	F	S
2.5.3 As consequências da interrupção do tratamento	N		F	S
2.5.4 Os efeitos colaterais da medicação, quando recomendada	N	R	F	S
2.6 Levanta as expectativas do paciente quanto ao seu tratamento	N	R	F	S
2.7 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento	N	R	F	S
2.8 Realiza pequenas urgências, quando necessário	N	R	F	S
2.9 Encaminha para um especialista, caso seja necessário	N	R	F	S
2.10 Encaminha para assistência hospitalar, caso seja necessário	N	R	F	S
2.11 Nos casos de doenças de notificação compulsória:				
2.11.1 Realiza avaliação e diagnóstico	N	R	F	S
2.11.2 Coleta material para exames e envio para laboratório	N	R	F	S
2.11.3 Executa o bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for necessário	N	R	F	S
2.11.4 Investiga contatos	N	R	F	S
2.11.5 Identifica fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado	N	R	F	S
2.12 Controla endemias(diagnóstico e tratamento): esquistossomose, filariose, doença de chagas, dengue, calazar, e outros	N	R	F	S
2.13 Durante a consulta voltada para criança, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.14 Identifica casos com carências nutricionais, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos, gestantes e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.15 Identifica casos com infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa de 0 a 5 anos e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.16 Durante a consulta voltada para o adolescente, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.17 Faz a consulta do planejamento familiar	N	R	F	S
2.18 Distribui pílulas anticoncepcionais	N	R	F	S
2.19 Inserção de DIU	N	R	F	S
2.20 Lista as gestantes da área de abrangência identificadas pelo ACS	N	R	F	S
2.21 Define a data e horário da consulta do pré-natal para cada gestante	N	R	F	S
2.22 Realiza, no mínimo, 06 consultas de acompanhamento pré-natal (preferencialmente, uma no primeiro mês, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação)	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.23 Solicita todos os exames laboratoriais do pré-natal: ABO RH, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; E-HB / Ht, na primeira consulta; Testagem de anti-HIV, na primeira consulta	N	R	F	S
2.24 Aplica vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas	N	R	F	S
2.25 Registra o acompanhamento e os exames realizados pela gestante na Ficha de Acompanhamento Diário das gestantes	N	R	F	S
2.26 Avaliação do estado nutricional da gestante	N	R	F	S
2.27 Realiza a classificação do risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes	N	R	F	S
2.28 Referencia para atenção secundária da gestante, quando necessário	N	R	F	S
2.29 Referencia para atendimento hospitalar da gestante	N	R	F	S
2.30 Realiza uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento	N	R	F	S
2.31 Durante a consulta voltada para o idoso, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.32 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO). ESPECIFIQUE				
<i>2.33 Com relação aos casos de Tuberculose - TB:</i>				
2.33.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram TB (por microárea).	N	R	F	S
2.33.2 Realiza investigação dos casos referidos de TB entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.33.3 Realiza consulta mensal de acompanhamento de todos os casos de TB diagnosticados pelo médico da equipe	N	R	F	S
2.33.4 Realiza controle ponderal a cada consulta	N	R	F	S
2.33.5 Monitora a entrega e uso dos medicamentos, fazendo o registro do número de comprimidos cedidos	N	R	F	S
2.33.6 Administra as doses supervisionadas	N	R	F	S
2.33.7 Solicita baciloscopia para controle no 2º, 4º e 6º mês nos esquemas I e IR e no 3º, 6º, 9º e 12º no caso do esquema II e especiais	N	R	F	S
2.33.8 Faz avaliação nutricional do paciente a fim de detectar carência alimentar	N	R	F	S
2.33.9 Prescreve dieta, tomando por base as condições econômicas do paciente	N	R	F	S
2.33.10 Mantém o controle de todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose confirmado através da Ficha de Aprazamento, a fim de identificar pacientes faltosos às consultas	N	R	F	S
2.33.11 Realiza busca de indivíduos faltosos a pelo menos 01 consulta ao tratamento de tuberculose na unidade	N	R	F	S
2.33.12 Notifica os casos novos, os recidivantes e os que reingressaram após o abandono do tratamento	N	R	F	S
2.33.13 Busca identificar na comunidade e no interior da unidade de saúde indivíduos com sintomatologia respiratória sugestiva de tuberculose.	N	R	F	S
2.33.14 Realiza avaliação de todos os contatos intradomiciliares de pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose.	N	R	F	S
2.33.15 Realiza acompanhamento quimioprolático por 06 meses de todos os contatos intradomiciliares que: apresentarem reação forte ou fraca ao teste tuberculínico; crianças de 0-4 anos assintomáticas, não vacinadas com BCG e com raio X de tórax normal (comunicantes de bacilífero); e portadores de HIV assintomáticos.	N	R	F	S
<i>2.34 Com relação aos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS:</i>				
2.34.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram hipertensão arterial (por microárea).	N	R	F	S
2.34.2 Realiza investigação dos casos referidos de HAS entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.34.3 Realiza consulta mensal de acompanhamento de todos os casos de hipertensão diagnosticados pelo médico da equipe	N	R	F	S
2.34.4 Solicita exames laboratoriais para monitoramento do tratamento dos portadores de HAS	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.34.5 Realiza glicemia capilar dos pacientes portadores de HAS não diabéticos uma vez ao ano	N	R	F	S
2.34.6 Repete a medicação de indivíduos controladas e sem intercorrências	N	R	F	S
2.34.7 Encaminha para o médico da equipe, os casos de indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (coração, rins, cérebro, vasos e etc) ou com co-morbidade	N	R	F	S
2.34.8 Durante a consulta de enfermagem voltada para o portador de HAS, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.34.9 Quais os exames para Avaliação Laboratorial que são solicitados para o portador de HAS ? Cite-os:				
2.34.10 Classificação dos grupos de portadores HAS de acordo com os níveis de risco	N	R	F	S
2.34.11 Priorização para intervenção dos portadores de HAS classificado como de alto risco	N	R	F	S
<i>2.35 Com relação aos casos de Diabetes Mellitus - DM:</i>				
2.35.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram DM (por microárea).	N	R	F	S
2.35.2 Realiza investigação dos casos referidos de DM entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.35.3 Realiza consulta mensal de acompanhamento de todos os casos de DM diagnosticados pelo médico da equipe	N	R	F	S
2.35.4 Solicita exames laboratoriais para monitoramento do tratamento dos portadores de DM	N	R	F	S
2.35.5 Realiza glicemia capilar dos pacientes portadores de DM uma vez ao ano	N	R	F	S
2.35.6 Repete a medicação de indivíduos controladas e sem intercorrências	N	R	F	S
2.35.7 Encaminha para o médico da equipe, os casos de indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (coração, rins, cérebro, vasos e etc) ou com co-morbidade	N	R	F	S
2.35.8 Durante a consulta de enfermagem voltada para o portador de DM, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.35.9 Quais os exames para Avaliação Laboratorial que são solicitados para o portador de DM? Cite-os:				
2.35.10 Classifica dos grupos de portadores de DM de acordo com os níveis de risco	N	R	F	S
2.35.11 Prioriza para intervenção dos portadores de DM classificado como de alto risco	N	R	F	S
2.35.12 Durante o atendimento do portador de DM, quais as complicações agudas que você usualmente investiga? Cite-os:				
<i>2.36 Com relação aos casos de Hanseníase - HAN:</i>				
2.36.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram HAM (por microárea).	N	R	F	S
2.36.2 Realiza investigação dos casos referidos de HAN entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.36.3 Realiza consulta mensal de acompanhamento de todos os casos de HAN diagnosticados pelo médico da equipe	N	R	F	S
2.36.4 Solicita exames laboratoriais para monitoramento do tratamento dos portadores de HAN	N	R	F	S
2.36.5 Tratamento das incapacidades físicas	N	R	F	S
2.36.6 Durante a consulta de enfermagem voltada para o portador de HAN, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.36.7 OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS PORTADORES DE TB, HAS, DM E HAN. ESPECIFIQUE.				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
3.1 Internação domiciliar	N	R	F	S
3.2 Acompanhamento domiciliar de pacientes após internação	N	R	F	S
3.3 Acompanhamento domiciliar de idosos com fratura óssea ocasionada por queda	N	R	F	S
3.4 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de colo de útero	N	R	F	S
3.5 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de mama	N	R	F	S
3.6 Acompanhamento dos homens em processo terapêutico contra o câncer de próstata	N	R	F	S
3.7 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO A SAÚDE: ESPECIFIQUE				
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S
4.5 Incentiva o idoso a fazer atividade física moderada	N	R	F	S
4.6 Identifica atividades culturais da comunidade local	N	R	F	S
4.7 Promove eventos artísticos/culturais	N	R	F	S
4.8 Incentiva o resgate da cultura local	N	R	F	S
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)				
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.				
5.1 Levanta os principais problemas referidos pelas famílias a partir da “Ficha A”	N	R	F	S
5.2 Realiza exame clínico no domicílio com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico	N	R	F	S
5.3 A partir dos dados levantados, prioriza os grupos de maior risco e/ou danos para intervenção	N	R	F	S
5.4 Faz reunião com a equipe para programar as atividades	N	R	F	S
5.5 Programa consulta para confirmação diagnóstica dos casos referidos	N	R	F	S
5.6 Programa os atendimentos realizados na unidade e em visitas domiciliares segundo o perfil epidemiológico das famílias da área de abrangência	N	R	F	S
5.7 Registra na Ficha D todos procedimentos realizados	N	R	F	S
5.8 Preenche as Fichas e Relatórios do SIAB	N	R	F	S
5.9 Define o quadro de atividades das auxiliares de enfermagem	N	R	F	S
5.10 Capacita os ACS, Auxiliares e Técnicos de enfermagem	N	R	F	S
5.11 Supervisiona os ACS, Auxiliares e Técnicos de enfermagem	N	R	F	S
5.12 Faz previsão e solicitação de materiais, medicamentos e imunobiológicos necessários para o andamento das ações de prevenção e controle do paciente em acompanhamento terapêutico pela equipe	N	R	F	S
5.13 Controla materiais de consumo e equipamentos da unidade	N	R	F	S
5.14 Identifica áreas de atuação das práticas nas quais você necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem	N	R	F	S
5.15 Participa de cursos de capacitação em saúde pública	N	R	F	S
5.16 Divulga para as famílias da área de abrangência os dados gerados pelo sistemas de informação do programa	N	R	F	S
5.17 Faz reunião com as famílias para discutir sobre problemas e agravos a saúde	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
5.18 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.19 Levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência	N	R	F	S
5.20 Articulação com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas	N	R	F	S
5.21 Articulação com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)	N	R	F	S
5.22 Articulação com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.23 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.24 Articulação com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.25 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. ESPECIFIQUE.				

QUESTIONÁRIO DO PROFISSIONAL MÉDICO

I – IDENTIFICAÇÃO

2) Idade: _____	2) Sexo () Feminino () Masculino	3) Há quanto tempo você atua nesta equipe? _____	4) Qual a escola de graduação ? _____	5) Tempo de formado ? _____	6) Curso de Pós-Graduação _____
---------------------------	---	--	---	---------------------------------------	---

II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza

1.1 Convoca a comunidade para a imunização	N	R	F	S
1.2 Participa das campanhas de imunização				
1.2.1 Duas campanhas anuais de vacinação contra pomielite	N	R	F	S
1.2.2 Campanha de Seguimento vacinal contra o sarampo	N	R	F	S
1.2.3 Uma Campanha anual contra gripe em idosos	N	R	F	S
1.3 Busca de faltoso para vacinação (crianças, gestantes, idosos e outros)	N	R	F	S
1.4 Incentiva o aleitamento materno	N	R	F	S
1.5 Realiza preventivo	N	R	F	S
1.6 Coleta para exame Papanicolau	N	R	F	S
1.7 Distribui preservativos	N	R	F	S
1.8 Cite as 05 principais estratégias de proteção da saúde, que você desenvolve na sua área, contra fatores ambientais, físicos e/ou alimentares que agridem a saúde da população:				
1.9 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
1.10 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
1.12 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
1.13 Faz educação para saúde direcionada para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
1.14 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
1.11 OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				
2.1 Consulta médica na unidade de saúde	N	R	F	S
2.2 Consulta médica no domicílio	N	R	F	S
2.3 Consulta médica em outros espaços da comunidade (creches, escolas, asilos, associações e etc)	N	R	F	S
2.4 Durante a consulta médica:				
2.4.1 Exame clínico	N	R	F	S
2.4.2 Cria um clima de confiança, respeito e sigilo durante a consulta, motivando o usuário a esclarecer dúvidas	N	R	F	S
2.4.3 Levanta os hábitos saudáveis do usuário (ausência do hábito de fumar, do uso exagerado de álcool, da ingestão exagerada de açúcar, peso adequado, atividade física e outros)	N	R	F	S
2.4.4 Levanta as características sócio-econômicas	N	R	F	S
2.4.5 Solicita os exames necessários	N	R	F	S
2.4.6 Faz o acompanhamento do caso, quando necessário	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.5 Esclarece ao paciente quanto:				
2.5.1 A sua doença, em caso de diagnóstico confirmado	N	R	F	S
2.5.2 O tratamento medicamentoso e não-medicamentoso	N	R	F	S
2.5.3 As consequências da interrupção do tratamento	N	R	F	S
2.5.4 Os efeitos colaterais da medicação, quando recomendada	N	R	F	S
2.6 Levanta as expectativas do paciente quanto ao seu tratamento	N	R	F	S
2.7 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento	N	R	F	S
2.8 Realiza pequenas urgências, quando necessário	N	R	F	S
2.9 Encaminha para um especialista, caso seja necessário	N	R	F	S
2.10 Encaminha para assistência hospitalar, caso seja necessário	N	R	F	S
2.11 Nos casos de doenças de notificação compulsória:				
2.11.1 Realiza avaliação e diagnóstico	N	R	F	S
2.11.2 Coleta material para exames e envio para laboratório	N	R	F	S
2.11.3 Prescreve o bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for necessário	N	R	F	S
2.11.4 Investiga contatos	N	R	F	S
2.11.5 Identifica fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado	N	R	F	S
2.12 Controla endemias(diagnóstico e tratamento): esquistossomose, filariose, doença de chagas, dengue, calazar, e outros	N	R	F	S
2.13 Durante a consulta voltada para criança, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.14 Identifica casos com carências nutricionais, principalmente na faixa etária de 0 a 5 anos, gestantes e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.15 Identifica casos com infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa de 0 a 5 anos e acima dos 60 anos	N	R	F	S
2.16 Durante a consulta voltada para o adolescente, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.17 Faz a consulta do planejamento familiar	N	R	F	S
2.18 Distribui pílulas anticoncepcionais	N	R	F	S
2.19 Inserção de DIU	N	R	F	S
2.20 Lista as gestantes da área de abrangência identificadas pelo ACS	N	R	F	S
2.21 Define a data e horário da consulta do pré-natal para cada gestante	N	R	F	S
2.22 Realiza a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação	N	R	F	S
2.23 Realiza consultas subsequentes de pré-natal nos casos de gestação de risco	N	R	F	S
2.24 Solicita todos os exames laboratoriais do pré-natal: ABO RH, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; Urina rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação; E-HB / Ht, na primeira consulta; Testagem de anti-HIV, na primeira consulta	N	R	F	S
2.25 Prescreve vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas	N	R	F	S
2.26 Cadastra a gestante na 1º consulta através do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante	N	R	F	S
2.27 Registra o acompanhamento e os exames realizados pela gestante na Ficha de Acompanhamento Diário das gestantes	N	R	F	S
2.28 Avaliação do estado nutricional da gestante	N	R	F	S
2.29 Realiza a classificação do risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.30 Referencia para atenção secundária da gestante, quando necessário	N	R	F	S
2.31 Referencia para atendimento hospitalar da gestante	N	R	F	S
2.32 Realiza uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento	N	R	F	S
2.33 Durante a consulta voltada para o idoso, que aspectos usualmente você investiga ? Cite-os.				
2.34 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA DA SAÚDE (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO). ESPECIFIQUE				
2.35 <i>Com relação aos casos de Tuberculose - TB:</i>				
2.35.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram TB (por microárea).	N	R	F	S
2.35.2 Realiza investigação dos casos referidos de TB entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.35.3 Solicita exame baciloscópico para confirmação do diagnóstico os casos suspeitos identificados	N	R	F	S
2.35.4 Estabelece o esquema terapêutico	N	R	F	S
2.35.5 Faz avaliação nutricional do paciente a fim de detectar carência alimentar	N	R	F	S
2.35.6 Define, junto com o paciente, o plano alimentar de acordo com os hábitos sócio culturais e situação econômica	N	R	F	S
2.35.7 Realiza busca de indivíduos faltosos a pelo menos 01 consulta ao tratamento de tuberculose na unidade	N	R	F	S
2.35.8 Realiza visita domiciliar programada quando há necessidade de avaliação clínica de pacientes com complicações decorrentes da Tuberculose	N	R	F	S
2.35.9 Notifica os casos novos, os recidivantes e os que reingressaram após o abandono do tratamento	N	R	F	S
2.35.10 Busca identificar na comunidade e no interior da unidade de saúde indivíduos com sintomatologia respiratória sugestiva de tuberculose.	N	R	F	S
2.35.11 Realiza avaliação de todos os contatos intradomiciliares de pacientes com diagnóstico confirmado de tuberculose.	N	R	F	S
2.35.12 Realiza acompanhamento quimioprofilático por 06 meses de todos os contatos intradomiciliares que: apresentarem reação forte ou fraca ao teste tuberculínico; crianças de 0-4 anos assintomáticas, não vacinadas com BCG e com raio X de tórax normal (comunicantes de bacilífero); e portadores de HIV assintomáticos.	N	R	F	S
2.36 <i>Com relação aos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS:</i>				
2.36.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram hipertensão arterial (por microárea)	N	R	F	S
2.36.2 Realiza investigação dos casos referidos de HAS entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.36.3 Solicita exames complementares, quando necessários	N	R	F	S
2.36.4 Toma decisão terapêutica, prescrevendo o tratamento medicamentoso e não medicamentoso	N	R	F	S
2.36.5 Encaminha para unidades de referência secundária e terciária, às pessoas que apresentam HAS grave e refratária ao tratamento, lesões importantes em órgãos alvo, com suspeita de causa secundária e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva	N	R	F	S
2.36.6 Define, junto com o paciente, o plano alimentar de acordo com os hábitos sócio culturais e situação econômica	N	R	F	S
2.36.7 Durante a consulta voltada para o portador de HAS, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.36.8 Quais os exames para Avaliação Laboratorial que são solicitados para o portador de HAS ? Cite-os:				

2.36.9 Classificação dos grupos de portadores HAS de acordo com os níveis de risco	N	R	F	S
2.36.10 Priorização para intervenção dos portadores de HAS classificado como de alto risco	N	R	F	S
<i>2.37 Com relação aos casos de Diabetes Mellitus - DM:</i>				
2.37.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram DM (por microárea).	N	R	F	S
2.37.2 Realiza investigação dos casos referidos de DM entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.37.3 Solicita exames necessários	N	R	F	S
2.37.4 Toma decisão terapêutica, prescrevendo o tratamento medicamentoso e não medicamentoso	N	R	F	S
2.37.5 Encaminha para unidades de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realiza-lo na unidade básica	N	R	F	S
2.37.6 Encaminha para unidades de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico, os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc)	N	R	F	S
2.37.7 Discute, com a enfermeira da equipe, os casos de indivíduos não aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (coração, rins, cérebro, vasos e etc) ou com co-morbidade	N	R	F	S
2.37.8 Define, junto com o paciente, o plano alimentar de acordo com os hábitos sócio-culturais e situação econômica	N	R	F	S
2.37.9 Solicita glicemia capilar dos pacientes portadores de DM uma vez ao ano	N	R	F	S
2.37.10 Durante a consulta voltada para o portador de DM, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.37.11 Quais os exames para Avaliação Laboratorial que são solicitados para o portador de DM? Cite-os:				
2.37.12 Classifica dos grupos de portadores de DM de acordo com os níveis de risco	N	R	F	S
2.37.13 Prioriza para intervenção dos portadores de DM classificado como de alto risco	N	R	F	S
2.37.14 Identifica de portadores de DM com complicações agudas (Hipoglicemias, cetoacidose diabética, coma hiperosmolar) e crônicas (doenças oculares, nefropatias, macroangiopatia, neopatiadiabética - ND, pé diabético)	N	R	F	S
<i>2.38 Com relação aos casos de Hanseníase - HAN:</i>				
2.38.1 Levanta e lista, através da ficha A do cadastramento, os indivíduos que referiram HAN (por microárea).	N	R	F	S
2.38.2 Realiza investigação dos casos referidos de HAN entre a população cadastrada para confirmação do diagnóstico	N	R	F	S
2.38.3 Toma decisão terapêutica, prescrevendo o tratamento medicamentoso e não medicamentoso	N	R	F	S
2.38.4 Encaminha para unidades de referência secundária, quando necessário	N	R	F	S
2.38.5 Solicita ao portadores de HAM a fazer exercícios passivos e ativos para membros inferiores e superiores e cuidados com os pés (higiene e precaução de lesões)	N	R	F	S
2.38.6 Realiza tratamento das incapacidades físicas	N	R	F	S
2.38.7 Durante a consulta voltada para o portador de HAM, que aspectos usualmente você investiga? Cite-os:				
2.39 OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO A SAÚDE DOS PORTADORES DE TB, HAS, DM E HAN. ESPECIFIQUE.				
3.1 Internação domiciliar	N	R	F	S
3.2 Acompanhamento domiciliar de pacientes após internação	N	R	F	S
3.3 Acompanhamento domiciliar de idosos com fratura óssea ocasionada por queda	N	R	F	S
3.4 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de colo de útero	N	R	F	S
3.5 Acompanhamento das mulheres em processo terapêutico contra o câncer de mama	N	R	F	S
3.6 Acompanhamento dos homens em processo terapêutico contra o câncer de próstata	N	R	F	S
3.7 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO A SAÚDE: ESPECIFIQUE				

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza												
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S	4.5 Incentiva o idoso a fazer atividade física moderada	N	R	F	S			
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S	4.6 Identifica atividades culturais da comunidade local	N	R	F	S			
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S	4.7 Promove eventos artísticos/culturais	N	R	F	S			
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S	4.8 Incentiva o resgate da cultura local	N	R	F	S			
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)						N	R	F	S			
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.												
5.1 Levanta os principais problemas referidos pelas famílias a partir da “Ficha A”						N	R	F	S			
5.2 Realiza exame clínico no domicílio com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico						N	R	F	S			
5.3 A partir dos dados levantados, prioriza os grupos de maior risco e/ou danos para intervenção						N	R	F	S			
5.4 Faz reunião com a equipe para programar as atividades						N	R	F	S			
5.5 Programa consulta para confirmação diagnóstica dos casos referidos						N	R	F	S			
5.6 Programa os atendimentos realizados na unidade e em visitas domiciliares segundo o perfil epidemiológico das famílias da área de abrangência						N	R	F	S			
5.7 Controla materiais de consumo e equipamentos da unidade						N	R	F	S			
5.8 Registra na Ficha D todos procedimentos realizados						N	R	F	S			
5.9 Capacita os ACS, Auxiliares e Técnicos de enfermagem						N	R	F	S			
5.10 Supervisiona os ACS, Auxiliares e Técnicos de enfermagem						N	R	F	S			
5.11 Identifica áreas de atuação das práticas nas quais você necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem						N	R	F	S			
5.12 Participa de cursos de capacitação em saúde pública						N	R	F	S			
5.13 Divulga para as famílias da área de abrangência os dados gerados pelo sistemas de informação do programa						N	R	F	S			
5.14 Faz reunião com as famílias para discutir sobre problemas e agravos a saúde						N	R	F	S			
5.15 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.16 Levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência						N	R	F	S			
5.17 Articulação com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas						N	R	F	S			
5.18 Articulação com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)						N	R	F	S			
5.19 Articulação com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.20 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.21 Articulação com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados						N	R	F	S			
5.22 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. ESPECIFIQUE.												

QUESTIONÁRIO DO (A) ODONTOLÓGO (A)

I – IDENTIFICAÇÃO

3) Idade _____	2) Sexo () Feminino () Masculino	3) Há quanto tempo você atua nesta equipe? _____	4) Qual a escola de graduação ? _____	5) Tempo de formado ? _____	6) Curso de Pós- Graduação ? _____
-------------------	--	---	---	-----------------------------------	--

II – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza

1.1 Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão na unidade de saúde	N	R	F	S
1.2 Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão (escovação supervisionada ou bochecho com flúor no domicílio, em escolas, associações e outros espaços da comunidade)	N	R	F	S
1.3 Escovação supervisionada com flúor e sem flúor na unidade	N	R	F	S
1.4 Profilaxia	N	R	F	S
1.5 Faz Sala de Espera	N	R	F	S
1.6 Faz feiras de saúde	N	R	F	S
1.7 Faz palestras fora da unidade (em escolas, asilos, associações, etc)	N	R	F	S
1.8 Faz educação para saúde direcionada para grupos específicos (adolescentes, gestantes, idosos, portadores de agravos específicos e etc)	N	R	F	S
1.9 LISTE OS 5 PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE:				
1.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROTEÇÃO DA SAÚDE (PREVENÇÃO). ESPECIFIQUE				
2.1 Consulta odontológica (na unidade)	N	R	F	S
2.2 Consulta odontológica (no domicílio ou nos espaços da comunidade como escolas, associações e etc)	N	R	F	S
2.2 Durante a consulta odontológica, realiza:				
2.2.1 Exame clínico	N	R	F	S
2.2.2 Cria um clima de confiança, respeito e sigilo durante a consulta, motivando o usuário a esclarecer dúvidas	N	R	F	S
2.2.3 Levanta os hábitos saudáveis do usuário (ausência do hábito de fumar, do uso exagerado de álcool, da ingestão exagerada de açúcar, peso adequado, atividade física e outros)	N	R	F	S
2.2.4 Levanta as características sócio-econômicas	N	R	F	S
2.2.5 Solicita os exames necessários	N	R	F	S
2.2.6 Faz o acompanhamento do caso, quando necessário	N	R	F	S
2.3 Esclarece ao paciente quanto:				
2.3.1 O agravo identificado	N	R	F	S
2.3.2 O tratamento	N	R	F	S
2.3.3 As conseqüências da interrupção do tratamento	N	R	F	S
2.3.4 Os efeitos colaterais da medicação, quando recomendada	N	R	F	S
2.4 Levanta as expectativas do paciente quanto ao seu tratamento	N	R	F	S
2.5 Estabelece, junto com a equipe, estratégias de adesão do paciente ao tratamento	N	R	F	S

LEGENDA: N = Nunca realiza R = Raramente realiza F = Frequentemente realiza S = Sempre realiza				
2.6 Realiza pequenas urgências, quando necessário	N	R	F	S
2.7 Encaminha para um especialista, caso seja necessário	N	R	F	S
2.8 Busca de faltoso ao tratamento bucal	N	R	F	S
2.9 Aplicação de carioestático (por dente) na unidade	N	R	F	S
2.10 Aplicação de carioestático (por dente) no domicílio ou em espaços da comunidade como escolas, associações e etc	N	R	F	S
2.11 Aplicação de selante (por dente)	N	R	F	S
2.12 Escariação (por dente)	N	R	F	S
2.13 Rapagem, alisamento e polimento – RAP (por hemi-arcada)	N	R	F	S
2.14 Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada)	N	R	F	S
2.15 Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)	N	R	F	S
2.16 Tratamento atraumático – cimento ionômero de vidro	N	R	F	S
2.17 Raio X periopicais	N	R	F	S
2.18 Raio X oclusais	N	R	F	S
2.19 Raio X interproximais	N	R	F	S
2.20 Capeamento pulpar direto em dente permanente	N	R	F	S
2.21 Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório	N	R	F	S
2.22 Tratamento de alveolite	N	R	F	S
2.23 Pequenos procedimentos de urgência	N	R	F	S
2.24 Tratamento de hemorragia	N	R	F	S
2.25 Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente	N	R	F	S
2.26 Glossografia	N	R	F	S
2.27 Ulotomia	N	R	F	S
2.28 Remoção de resto radicular	N	R	F	S
2.29 Exodontia de dente decíduo	N	R	F	S
2.30 Exodontia de dente permanente	N	R	F	S
2.31 Restauração com almálgama de duas ou mais faces	N	R	F	S
2.32 Restauração com amálgama de uma face	N	R	F	S
2.33 Restauração com compósito de duas ou mais faces	N	R	F	S
2.34 Restauração com compósito de uma fase	N	R	F	S
2.35 Restauração com compósito envolvendo ângulo incisal	N	R	F	S
2.36 Restauração com silicato de duas ou mais faces	N	R	F	S
2.37 Restauração com silicato de uma face	N	R	F	S
2.38 Restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces	N	R	F	S
2.39 Restauração fotopolimerizável de uma face	N	R	F	S
2.40 Restauração com ionômero de vidro de duas ou mais faces	N	R	F	S
2.41 OUTRAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO). ESPECIFIQUE				

3.1 Restauração a pino	N	R	F	S
3.2 Substituição das estruturas dos dentes perdidos por aparelhos apropriados	N	R	F	S
3.3 Pontes e dentaduras	N	R	F	S
3.4 OUTRAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO DA SAÚDE: ESPECIFIQUE				
4.1 Promove caminhadas	N	R	F	S
4.2 Promove recreação envolvendo crianças	N	R	F	S
4.3 Promove esportes p/ crianças e/ou adolescentes	N	R	F	S
4.4 Atividades de entretenimento para idosos	N	R	F	S
4.9 Incentiva a formação de grupos de jovens que desenvolvam atividades na comunidade (atividades de esporte e lazer, artísticas e culturais, recreação infantil, visitas a asilos e hospitais, etc)	N	R	F	S
4.10 OUTRAS ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESPECIFIQUE.				
5.1 Realiza exame clínico no domicílio com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico de saúde bucal da comunidade	N	R	F	S
5.2 Prioriza os grupos de maior risco e/ou danos para intervenção (crianças, gestantes, idosos e etc)	N	R	F	S
5.3 Faz reunião com a equipe para programar as atividades	N	R	F	S
5.4 Programa os atendimentos realizados na unidade e em visitas domiciliares segundo o perfil epidemiológico das famílias da área de abrangência	N	R	F	S
5.5 Define o quadro de atividades do auxiliar de odontologia	N	R	F	S
5.6 Capacita a equipe no que se refere às ações de prevenção em saúde bucal	N	R	F	S
5.7 Coordena ações coletivas de prevenção em saúde bucal desenvolvidas pela equipe	N	R	F	S
5.8 Supervisiona os ACS, Auxiliares de enfermagem e de odontologia nas práticas educativas de saúde bucal	N	R	F	S
5.9 Identifica áreas de atuação das práticas nas quais você necessita de algum tipo de capacitação ou reciclagem	N	R	F	S
5.10 Participa de cursos de capacitação em saúde pública	N	R	F	S
5.11 Registra na Ficha D todos procedimentos de saúde bucal realizados	N	R	F	S
5.12 Faz previsão e solicitação de materiais, medicamentos necessários para o andamento das ações de prevenção e controle do paciente em acompanhamento terapêutico	N	R	F	S
5.13 Controla materiais de consumo e equipamentos da unidade	N	R	F	S
5.14 Divulga para as famílias da área de abrangência os dados gerados pelo sistemas de informação do programa	N	R	F	S
5.15 Faz reunião com as famílias para discutir sobre problemas e agravos a saúde	N	R	F	S
5.16 Planeja junto com as famílias as estratégias de ação na resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.17 Levantamento das lideranças comunitárias da área de abrangência	N	R	F	S
5.18 Articulação com as lideranças comunitárias e/ou grupos organizados da área de abrangência para identificação e resolução de problemas	N	R	F	S
5.19 Articulação com organizações não governamentais para discussão e resolução dos problemas identificados (grupos religiosos, sindicatos, associações, grupos de direitos humanos, empresariado, etc.)	N	R	F	S
5.20 Articulação com setores da secretaria de saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.21 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.22 Articulação com outras secretarias da prefeitura municipal para discussão e resolução dos problemas identificados	N	R	F	S
5.23 OUTRAS ATIVIDADES DE PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE. ESPECIFIQUE				

TABELA 01 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação de *toda a equipe*, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	08	6.83	25	21.37	36	30.77	19	16.24	29	24.79	117	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	06	2.80	26	12.14	27	12.62	46	21.50	109	50.94	214	100,0
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	59	10.27	50	8.71	30	5.22	95	16.56	340	59.24	574	100,0
REABILITAÇÃO DA SAÚDE	07	10.93	12	18.75	13	20.31	18	28.13	14	21.88	64	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	12	4.19	59	20.63	39	13.63	45	15.74	131	45.81	286	100,0
TOTAL	92	7.33	172	13.70	145	11.55	223	17.77	623	49.65	1255	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 02 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pela *equipe* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	84	71.80	182	85.06	465	81.01	46	71.88	215	75.18	992	79.05
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	26	22.22	26	12.14	50	8.71	12	18.75	59	20.63	173	13.78
NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA	07	5.98	06	2.80	59	10.27	06	9.37	12	4.19	90	7.17
TOTAL (N)	117	100,0	214	100,0	574	100,0	64	100,0	286	100,0	1255	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 03 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação dos *agentes comunitários de saúde* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

		NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
PROMOÇÃO DA SAÚDE	DA	07	11.11	11	17.46	22	34.93	08	12.69	15	23.81	63	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	DA	03	2.85	12	11.42	10	9.53	25	23.81	55	52.39	105	100,0
ASSISTÊNCIA		16	5.57	09	3.13	25	8.71	50	17.43	187	65.16	287	100,0
REABILITAÇÃO		0	0	06	17.14	12	34.29	06	17.14	11	31.43	35	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		10	7.14	26	18.58	24	17.14	22	15.71	58	41.43	140	100,0
TOTAL		36	5.71	64	10.15	93	14.77	111	17.62	326	51.75	630	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 04 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pelos *agentes comunitários de saúde* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	45	71.43	90	85.72	262	91.29	29	82.86	104	74.29	530	84.13
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	11	17.46	12	11.43	09	3.14	06	17.14	26	18.57	64	10.16
NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA	07	11.11	03	2.85	16	5.57	0	0	10	7.14	36	5.71
TOTAL (N)	63	100,0	105	100,0	287	100,0	35	100,0	140	100,0	630	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 4.1 - Distribuição do nível de frequência das atividades de *promoção da saúde* por agente comunitário de saúde, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS 1	0	0	01	11.11	06	66.67	02	22.22	0	0	09	100,0
ACS 2	0	0	06	66.67	01	11.11	01	11.11	01	11.11	09	100,0
ACS 3	0	0	02	22.22	03	33.33	0	0	04	44.45	09	100,0
ACS 4	0	0	0	0	06	66.67	0	0	03	33.33	09	100,0
ACS 5	01	11.11	0	0	02	22.22	04	44.45	02	22.22	09	100,0
ACS 6	06	66.67	0	0	01	11.11	0	0	02	22.22	09	100,0
ACS 7	0	0	02	22.22	03	33.33	01	11.11	03	33.34	09	100,0
TOTAL	07	11.11	11	17.46	22	34.93	08	12.69	15	23.81	63	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 4.2 - Distribuição do nível de frequência das atividades de *proteção da saúde* por agente comunitário de saúde, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS 1	0	0	03	20	0	0	01	6.66	11	73.34	15	100,0
ACS 2	0	0	02	13.33	02	13.33	04	26.67	07	46.67	15	100,0
ACS 3	0	0	03	20	02	13.33	03	20	07	46.67	15	100,0
ACS 4	0	0	01	6.66	01	6.66	01	6.66	12	80.02	15	100,0
ACS 5	01	6.66	01	6.66	02	13.33	11	73.35	0	0	15	100,0
ACS 6	02	13.33	01	6.66	0	0	0	0	12	80.01	15	100,0
ACS 7	0	0	01	6.66	03	20	5	33.33	06	40.01	15	100,0
TOTAL	03	2.85	12	11.42	10	9.53	25	23.81	55	52.39	105	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 4.3 - Distribuição do nível de freqüência das atividades de *assistência à saúde* por agente comunitário de saúde, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS 1	02	4.87	01	2.43	05	12.20	13	31.71	20	48.79	41	100,0
ACS 2	03	7.31	03	7.31	05	12.20	04	9.76	26	63.42	41	100,0
ACS 3	03	7.32	01	2.43	0	0	0	0	37	90.25	41	100,0
ACS 4	0	0	01	2.43	03	7.31	01	2.43	36	87.83	41	100,0
ACS 5	01	2.43	0	0	03	7.31	13	31.71	24	58.55	41	100,0
ACS 6	05	12.20	0	0	04	9.75	02	4.87	30	73.18	41	100,0
ACS 7	02	4.87	03	7.31	05	12.20	17	41.47	14	34.15	41	100,0
TOTAL	16	5.57	09	3.13	25	8.71	50	17.43	187	65.16	287	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 4.4 - Distribuição do nível de freqüência das atividades de *reabilitação da saúde* por agente comunitário de saúde, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS 1	0	0	0	0	03	60	0	0	02	40	05	100,0
ACS 2	0	0	03	60	0	0	0	0	02	40	05	100,0
ACS 3	0	0	0	0	03	60	0	0	02	40	05	100,0
ACS 4	0	0	0	0	03	60	0	0	02	40	05	100,0
ACS 5	0	0	0	0	0	0	05	100	0	0	05	100,0
ACS 6	0	0	0	0	03	60	0	0	02	40	05	100,0
ACS 7	0	0	03	60	0	0	01	20	01	20	05	100,0
TOTAL	0	0	06	17.14	12	34.29	06	17.14	11	31.43	35	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 4.5 - Distribuição do nível de frequência das atividades de *planejamento e gestão em saúde* por agente comunitário de saúde, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEME NTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACS 1	01	05	05	25	06	30	05	25	03	15	20	100,0
ACS 2	0	0	06	30	04	20	0	0	10	50	20	100,0
ACS 3	0	0	4	20	7	35	02	10	07	35	20	100,0
ACS 4	0	0	03	15	01	05	02	10	14	70	20	100,0
ACS 5	0	0	04	20	0	0	4	20	12	60	20	100,0
ACS 6	09	45	0	0	02	10	0	0	09	45	20	100,0
ACS 7	0	0	04	20	04	20	09	45	03	15	20	100,0
TOTAL	10	7.14	26	18.58	24	17.14	22	15.71	58	41.43	140	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 05 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação das *auxiliares de enfermagem* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

		NÃO SE APLICA/NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	DA	0	0	01	5.55	03	16.67	05	27.78	09	50	18	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	DA	01	1.92	07	13.46	0	0	09	17.31	35	67.31	52	100,0
ASSISTÊNCIA		0	0	08	10.52	0	0	20	26.32	48	63.16	76	100,0
REABILITAÇÃO		0	0	02	16.67	0	0	08	66.66	02	16.67	12	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		01	1.72	02	3.44	0	0	08	13.80	47	81.04	58	100,0
TOTAL		02	0.92	20	9.26	03	1.39	50	23.15	141	65.28	216	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 06 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pelas *auxiliares de enfermagem* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	17	94.45	44	84.62	68	89.48	10	83.34	55	94.84	194	89.82
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	01	5.55	07	13.46	08	10.52	02	16.66	02	3.44	20	9.26
NÃO SE APLICA/NÃO RESPONDIDA	0	0	01	1.92	0	0	0	0	01	1.72	02	0.92
TOTAL (N)	18	100,0	52	100,0	76	100,0	12	100,0	58	100,0	216	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 07 - Distribuição do nível de freqüência das atividades referidas por nível de atuação da *auxiliar de enfermagem I* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	0	0	0	01	11.11	0	0	8	88.89	09	100
PROTEÇÃO DA SAÚDE	0	0	04	15.38	0	0	04	15.38	18	69.24	26	100
ASSISTÊNCIA	0	0	04	10.52	0	0	11	28.95	23	60.53	38	100
REABILITAÇÃO	0	0	01	16.66	0	0	03	50	02	33.34	6	100
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	0	0	01	3.44	0	0	04	13.80	24	82.76	29	100
TOTAL	0	0	10	9.25	01	0.92	22	20.38	75	69.45	108	100

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 08 - Distribuição do nível de freqüência das atividades referidas por nível de atuação do *auxiliar de enfermagem II* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	0	01	11.11	02	22.22	05	55.56	01	11.11	09	100
PROTEÇÃO DA SAÚDE	01	3.84	03	11.53	0	0	05	19.24	17	65.39	26	100
ASSISTÊNCIA	0	0	04	10.52	0	0	09	23.69	25	65.79	38	100
REABILITAÇÃO	0	0	01	16.66	0	0	05	83.34	0	0	06	100
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	01	3.44	01	3.44	0	0	04	13.80	23	79.32	29	100
TOTAL	02	1.85	10	9.25	02	1.85	28	25.93	66	61.12	108	100

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 09 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação da auxiliar de *cirurgião dentista da equipe*, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	0	05	55.56	03	33.33	0	0	01	11.11	09	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	0	0	0	0	03	30	03	30	04	40	10	100,0
ASSISTÊNCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	04	100	04	100,0
REABILITAÇÃO	01	50	01	50	0	0	0	0	0	0	02	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	0	0	13	61.91	0	0	01	4.76	07	33.33	21	100,0
TOTAL	01	2.17	19	41.31	06	13.04	04	8.69	16	34.79	46	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 10 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pela *auxiliar de cirurgião dentista* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	04	44.44	10	100	04	100	01	50	08	38.09	27	58.70
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	05	55.56	0	0	0	0	01	50	13	61.91	19	41.30
TOTAL (N)	09	100,0	10	100,0	04	100,0	02	100,0	21	100,0	46	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 11 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação do *odontólogo* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	0	08	88.89	0	0	0	0	01	11.11	9	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	01	12.50	02	25	01	12.50	0	0	04	50	08	100,0
ASSISTÊNCIA	0	0	23	46.94	03	6.12	08	16.32	15	30.62	49	100,0
REABILITAÇÃO	0	0	03	100	0	0	0	0	0	0	03	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	0	0	16	72.73	01	4.54	01	4.54	04	18.19	22	100,0
TOTAL	01	1.09	52	57.15	05	5.49	09	9.89	24	26.38	91	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 12 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pelo *odontólogo* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	01	11.11	05	62.50	26	53.07	0	0	06	27.27	38	41.76
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	08	88.89	02	25	23	46.93	03	100	16	72.73	52	57.15
NÃO SE APLICA/NÃO RESPONDIDA	0	0	01	12.50	0	0	0	0	0	0	01	1.09
TOTAL (N)	09	100,0	08	100,0	49	100,0	03	100,0	22	100,0	91	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 13 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação da *enfermeira* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO APLICA		SE		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	0	0	0	0	06	66.67	01	11.11	02	22.22	09	100,0		
PROTEÇÃO DA SAÚDE	01	3.84	03	11.53	12	46.15	05	19.24	05	19.24	26	100,0		
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	20	25.65	03	3.84	02	2.56	13	16.66	40	51.29	78	100,0		
REABILITAÇÃO DA SAÚDE	0	0	0	0	01	16.67	04	66.66	01	16.67	6	100,0		
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	0	0	0	0	07	29.16	09	37.50	08	33.34	24	100,0		
TOTAL	21	14.68	06	4.19	28	19.58	32	22.38	56	39.17	143	100,0		

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 14 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pela *enfermeira* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	9	100	22	84.63	55	70.52	06	100	24	100	116	81.12
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	0	0	03	11.53	03	3.84	0	0	0	0	06	4.20
NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA	0	0	01	3.84	20	25.64	0	0	0	0	21	14.68
TOTAL (N)	09	100,0	26	100,0	78	100,0	06	100,0	24	100,0	143	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 15 - Distribuição do nível de frequência das atividades referidas por nível de atuação da *médica* da equipe, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	NÃO SE APLICA		NUNCA		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		SEMPRE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PROMOÇÃO DA SAÚDE	01	11.11	0	0	02	22.22	05	55.56	01	11.11	09	100,0
PROTEÇÃO DA SAÚDE	0	0	02	15.38	01	7.69	04	30.77	06	46.16	13	100,0
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	23	28.75	07	8.75	0	0	04	05	46	57.50	80	100,0
REABILITAÇÃO DA SAÚDE	06	100	0	0	0	0	0	0	0	0	06	100,0
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE	01	4.76	02	9.52	07	33.34	04	19.04	07	33.34	21	100,0
TOTAL	31	24.03	11	8.53	10	7.75	17	13.17	60	46.52	129	100,0

FONTE: Questionários da investigação

TABELA 16 - Distribuição das atividades referidas como realizadas e não realizadas pela *médica* por nível de atuação, Salvador – Ba, jan-fev/2006.

	PROMOÇÃO DA SAÚDE		PROTEÇÃO DA SAÚDE		ASSISTÊNCIA À SAÚDE		REABILITAÇÃO DA SAÚDE		PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATIVIDADES REALIZADAS	08	88.89	11	84.62	50	62.50	0	0	18	85.72	87	67.45
ATIVIDADES NÃO REALIZADAS	01	11.11	02	15.38	07	8.75	0	0	02	9.52	12	9.30
NÃO SE APLICA/ NÃO RESPONDIDA	0	0	0	0	23	28.75	6	100	01	4.76	30	23.25
TOTAL (N)	09	100,0	13	100,0	80	100,0	06	100,0	21	100,0	129	100,0

FONTE: Questionários da investigação