

Cd. ALBA BENEDETTA
2.140.2003/14

1.1.2003

ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA

OLHAR SOBRE CAPACITAÇÃO: *Conhecimento elaborado socialmente pelas enfermeiras do programa de saúde da família*

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Doutorado em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: *Prof^ª Dra. Maria Salete Bessa Jorge*

TEMA
362.1
2/140.2003
2003

FORTALEZA-CEARÁ

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UFC – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
*Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

614(81)

V695p Vilela, Alba Benemérita Alves.

Olhar sobre capacitação:
conhecimento elaborado socialmente
pelas enfermeiras do Programa de
Saúde Pública da Família/ Alba
Benemérita Alves Vilela. Fortaleza,
2003.

169 p., il.

1. Saúde - Brasil. 2. Programa de
saúde. 3. Saúde pública. I. Título

Tese aprovada pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Data da Aprovação: 29/05/2003

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Maria Saletê Bessa Jorge

Orientadora

Profª Dra. Maria Angela Alves do Nascimento

1ª Examinadora

Profª Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira

2ª Examinadora

Profª Dra. Maria Irismar de Almeida

3ª Examinadora

Profª Dra. Lorena Barbosa Ximenes

4ª Examinadora

Suplentes

Profª Dra. Neiva Francinely Cunha Vieira

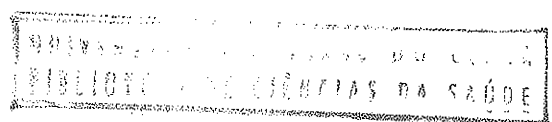
Profª Dra. Maria Josefina da Silva

À **Minha Mãe**, que sempre me incentivou e que de certa forma
sempre esteve presente nesta caminhada.

(In Memorium)

À **D. Marina Costa**, que mesmo no início deste caminho quando
presente demonstrou alegria e satisfação ao meu crescimento intelectual.

(In Memorium)



Agradecimento Especial

À Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, profissional de notório saber científico, por ter me aceito como orientanda. Pela sua dedicação extrapolando os limites de orientadora ao tornar-se amiga, companheira e colega de trabalho. Co-responsável por esse trabalho, que agora apresento.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por ter me dado forças durante o processo de construção deste relatório final de tese.

A **CAPES**, pela bolsa concedida à minha pessoa, que propiciou condições para o desenvolvimento dos trabalhos que culminaram com a minha tese.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, por me oportunizar a saída para o programa de doutorado na **Universidade Federal do Ceará**.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará**, pela oportunidade de fazer parte do seu corpo discente, e acolhimento como doutoranda, durante esses três anos.

Ao **Meu Pai**, por está neste mundo e ter a oportunidade de realizar esse sonho.

A **meus filhos**, por terem tido paciência e compreensão pela minha ausência em suas vidas durante um espaço de tempo.

A **Jorge Costa**, marido e companheiro de luta, por me ajudar na construção deste trabalho, dando-me suporte técnico e muitas vezes logístico.

Ao **irmão Aguinaldo**, que nos momentos confusos da construção desta tese sempre apareceu em forma de anjo trazendo soluções.

A **Amanda**, que, com seu jeito tranquilo e aparentemente desligado, fez-se constantemente presente neste caminhar.

A **Antônio Emanuel e família, Neno**, que contribuiu de maneira significativa dando-me forças para o enfrentamento de momentos decisivos nesta caminhada.

A **Antônio de Pádua, Avalty, Raphael** que dentro de suas condições ajudaram-se neste caminhar.

A **prima Rosemary**, que do seu modo contribuiu para que eu atingisse este objetivo.

Ao amigo **Fred Godoy**, que de maneira simples e acolhedora sempre esteve por perto a incentivar-me a percorrer este caminho.

A **Professora Doutora Sheva Maia Nóbrega**, por ter me conduzido e orientado na análise do software Tri-Deux-Mot para a apreensão das análises dos discursos dos depoentes dessa tese.

À **minha irmã Mônica Suzana e família**, por apoiar-me nos momentos mais necessários, demonstrando força e perseverança para alcançar uma meta na vida.

Ao **meu irmão Araty e família**, que do seu modo de viver sempre apoiou-me mesmo distante.

À Nereida, Wagner e família pelos incentivos .

À Carmosina e família, pela atenção dispensada a minha pessoa e familiares.

À César e família, pelos apoios e palavras nas de incentivos nos momentos necessários.

À colega Rosália Teixeira, por ter me substituído no departamento de saúde da UESB, proporcionando-me cursar o doutorado.

À Rita Boery, que, através das nossas comunicações por e-mail, sempre teve uma palavra amiga e otimista, o que me ajudou neste caminhar.

A você, amiga Graça, pelas mensagens e orações dando-me força neste processo.

A colega, Joana Angélica Teles Santana, por ter me dado condições para coleta dos dados e agüentado ouvir minhas lamentações.

À Enedina, Enêde, Zenilda, que foram parceiras de momentos de descobertas durante meu doutorado.

À Veraci, que foi colega e amiga durante todo o meu doutoramento em Fortaleza, proporcionando-me condições para realizar tarefas muitas vezes difíceis.

Ao Professor Edson Reis, pelo companheirismo, mesmo distante estava pronto a me ajudar.

A Professora Ana Prosiní, pela correção do português da minha tese.

À Guadalupe amiga, colega de trabalho que nos momentos de conclusão de trabalho de tese deu-me apoio e atenção.

À Cláudia Costa do Nascimento pela dedicação e presteza na confecção da ficha catalográfica desse trabalho.

À todos aqueles parentes, amigos, que sempre de forma presente ou não estavam a me dar conforto e tranqüilidade para alcançar o objetivo por mim proposto.

Aos colegas do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

AMIGOS PARA SEMPRE

Eu não tenho nada pra dizer

Você parece no momento até saber o quanto estou alegre

Vem, seja através dos olhos meus que sinto em estar aqui

Senti seu coração nos amando.

Amigos para sempre é o que nós iremos ser

Na primavera ou em qualquer das estações

Nas horas tristes, nos momentos de prazer

Amigos para sempre

Você pode estar longe, muito longe sim.

Mas, por te amar sinto você perto de mim.

E o meu coração contente.

Não nos perderemos, não te esquecerei

Você é minha vida, tudo que sonhei

Vindes para mim um dia.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CADSUS - Sistema de Cadastramento do Cartão SUS.

CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

CENDRHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

DIRES – Diretoria Regional de Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

OPS – Organização Panamericana de Saúde.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PNI – Programa Nacional de Imunização.

PRMI – Projeto de Redução da Mortalidade na Infância.

PSF – Programa de Saúde da Família.

SAI – Sistema Ambulatorial de Internamento.

SBA - Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação.

SAI/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

SI-API -

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SIGAB - Sistema de Informação de Gerenciamento Ambulatorial.

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade.

SINASC - Sistema de Informação sobre nascidos Vivos.

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

SISVAN - Sistema de Vigilância Nutricional.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TIPESC – Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem Saúde Coletiva.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância.

RESUMO

Este trabalho de tese, devido à sistemática da abordagem feita e da análise dos dados obtidos, é de natureza descritiva, baseado na Teoria das Representações Social (TRS) de Sergi Moscovici. Teve este estudo como objetivos: apreender as Representações Sociais sobre a prática das enfermeiras capacitadas pelo pólo e o que determina essas Representações Sociais; compreender a construção dessas Representações Sociais pelas enfermeiras envolvidos no programa; analisar a importância das Representações Sociais, elaboradas pelas enfermeiras, no que se refere ao dimensionamento de suas práticas no programa; e descrever a contribuição das Representações Sociais, na avaliação da prática profissional das enfermeiras capacitadas pelo pólo. O percurso metodológico desenvolvido por nós seguiu os seguintes caminhos: no primeiro momento, realizamos um atrolamento dos atores sociais que fizeram parte deste estudo: as enfermeiras egressas de dois cursos de especialização, realizados no período de 1996 a 1999, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)/ Campus de Jequié, do Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal da Saúde da Família da Bahia; no segundo momento, fizemos contatos com as secretarias municipais de saúde de cada município, solicitamos autorização de seu Conselho Municipal de Saúde (CMS) para a realização das entrevistas e observação no campo de trabalho onde essas enfermeiras se encontravam desenvolvendo suas atividades. Na construção dos dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada; a observação de campo com anotações no diário de campo, e a associação livre de palavras. Na análise da associação livre de palavras, utilizamos o software Tri-deux Mot. Para a categorização das entrevistas, tomamos a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977) e de Vala (1999), por entender que a análise pautada nas referidas teorias contempla os objetivos deste estudo. Essa análise foi feita através de uma triangulação suportada na análise de conteúdo das entrevistas e no diário de campo, no Tri-deux, vez que esse método contempla a TRS. Como reflexões finais, entendemos que os cursos de especialização foram apreendidos e representados nos discursos das enfermeiras através da análise de conteúdo, referendado pelas observações livres durante a coleta dos dados é que, em seu contexto final, houve mudança significativa em seu caminhar através de um novo modo de ver, ouvir, refletir, avaliar e planejar as ações dentro das equipes do PACS e do PSF nos municípios em que essas enfermeiras se encontram desenvolvendo suas atividades cotidianas. O que vai ser convalidado na análise do Tri-Deux Mot que fica essas mudanças apreendidas e representadas pelas enfermeiras com menos de cinco anos de serviço e menos de trinta anos de idade numa aprendizagem que as levou a uma mudança da prática em seu cotidiano; enquanto, para as enfermeiras com mais de cinco anos de trabalho e mais de trinta anos de idade, representou esses cursos uma aprendizagem. Deixamos aqui um indicativo de que as atividades da enfermeira do PACS e PSF foram construídas dentro das realizações e ações advindas de suas atividades acumuladas em seu caminhar nesses cursos; existe ainda a compreensão de que eles contemplaram de certa forma algumas demandas dos atores sociais deste estudo, mas que necessitam ser burilado na perspectiva de preencher lacunas que sempre são deixadas passar no processo de educação permanente de profissionais de saúde, que nada mais é que um cuidar do outro de maneira ampla e continuada.

Palavras chaves: saúde da família; capacitação; mudança da prática; representação social.

ABSTRACT

Due to the approach systematic and to obtained data analysis, this thesis work may be recognized by its qualitative nature on the basis of Social Representations Theory (TRS) of Sergi Moscovici. The main goals were to apprehend social representations in the practice of college level nurses qualified by Bahia's Family Health Program Personnel Capacitating and Permanent Education Pole, and what determinate those representations; to comprehend the construction of those representations by college level professionals involved in the program; to study the importance of the representations elaborated by college level nurses, relatively to dimensioning their practice in the program; and to describe the contribution of social representations in the evaluation of professional practice of college level nurses qualified by the Pole. The methodological path was, first, to list social actors that focused in this work: male and female nurses graduated by two specializing courses of the Pole, from 1996 to 1999, in Jequié campus of Southern Bahia State University; then, in connection with health secretaries of each municipality, to ask the grant of their municipal health councils to interview and observe, in their work field, those nurses activities, scheduling interviews in their work places. Semi-structured interview, field observation registered in field log and free word association were used for data construction. Free word association was analyzed through Tri-deux Mot software. Bardin (1977) and Vala (1999) content analysis was used for interview categorization, considering that their theories match the lines of this work. That analysis was based on three points — Tri-deux software, interview content analysis and field log —, for that method fit TRS. In conclusion, it was understood that, for nurses with less than five years service and under 30, the specializing courses were apprehended and represented as an apprenticeship that lead to a change in their daily practice; meanwhile, nurses with more than five years service and over 30 represented those courses as apprenticeship. It was validated by final content analysis that the nurses speech showed observations on a significant change in their trajectory through new ways of seeing, listening, reflecting, evaluating and action planning, in PACS and PSF teams of the municipalities where they work. It was pointed that PACS and PFS nurses' profile was constructed within realizations and actions from the path of their activities in those programs. There is also the comprehension that those courses meet, in some way, the demands of the social actors focused in this work, but need to be refined in order to fill the lacks always neglected in the process of health professionals permanent education, which is nothing more than widely and permanently taking care of another one.

Keywords: family health; capacitating; change in their daily practice; social representations.

RESUMEN

Este trabajo de tesis, por su abordaje sistemática y por la análisis de los datos obtenidos, puede ser considerado de naturaleza cualitativa, basado en la teoría de la Representaciones Sociales (TRS) de Sergi Moscovici. Este estudio tiene como objetivos: aprender las Representaciones Sociales por la práctica usada por las enfermeras, capacitadas por el "Polo de Capacitación, Educación Permanente de Personal de Salud Familiar" y lo que determinan esas Representaciones Sociales; comprender la construcción de las Representaciones Sociales por las enfermeras, específicamente la dimensión de sus prácticas en el programa; y describir la contribución de las Representaciones Sociales, en la evaluación de la práctica profesional de las enfermeras capacitadas por el Polo. La trayectoria metodológica siguió los siguientes caminos: Primero, se realizó un levantamiento de los actores sociales que fueron parte de este estudio: las enfermeras egresas de dos cursos de especialización, realizados en el período comprendido entre 1996 a 1999, en la Universidad Estadual del Sudoeste de Bahia (UESB)/ Campus de Jequié, del Polo de Capacitación, Educación Permanente de Personal de Salud Familiar de Bahia. En un segundo momento, se hicieron los contactos necesarios con las Secretarías de Salud de cada municipio, fue solicitada autorización a su Consejo Municipal de Salud (CMS) para la realización de las entrevistas y observación en el campo de trabajo donde se encontraban esas enfermeras realizando sus actividades. En la elaboración de los datos, fue utilizada la entrevista semi-estructurada; la observación de campo de anotaciones en el diario de campo y la asociación libre de palabras. En el análisis de la asociación libre de palabras, fue utilizado el software Tri-deux Mot. Para la categorización de las entrevistas, se utilizó el de Contenido de Bardim (1977) y el de Vala (1999), por entender que el análisis pautado en las referidas teorías atiende los objetivos de este estudio. La análisis fue hecha a través de una triangulación con soporte en el Tri-deux, en el análisis del contenido de las entrevistas y en el diario de campo, una vez que ese método contempla la TRS. Finalmente, se entiende que, los cursos de Especialización, fueron aprendidos y representados por los enfermeros y enfermeras con menos de cinco años de servicio y con menos de treinta años de edad con un aprendizaje que los llevó a cambiar su práctica cotidiana; en cuanto que, para las enfermeras con mas de cinco años y mas de treinta años de edad, esos cursos representan un aprendizaje. Lo que va ser convalidado en la análisis del contenido es que, en su contexto final, se llegó a reflexiones emanadas de los discursos de las enfermeras de que hubo cambios significativos en su caminar a través de un nuevo modo de ver, oír, meditar, evaluar y programar las acciones dentro de los equipos do PACS y del PSF en los municipios en que esas enfermeras del PACS y PSF se encuentran. Se deja aquí un indicador de que el perfil del enfermero o de la enfermera del PCS y PSF fue construido dentro de las realizaciones y acciones provenientes de las actividades acumuladas en su caminata por esos cursos. Existe todavía, la comprensión de que ellos atendieron de cierta forma a algunas demandas de los actores sociales de este estudio, pero que necesitan ser tocados en la perspectiva de llenar lagunas que siempre se dejan pasar en el proceso de educación permanente de profesionales de salud, que nada mas es que un cuidar del otro de manera amplia y continua.

Palabras claves: salud familiar; capacitación; cambiar su práctica cotidiana; representaciones sociales,

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Aproximação do Tema	18
1.2 Origem dos Pólos de Capacitação para o Programa de Saúde da Família	28
1.2.1 Modelos Tecnoassistenciais: algumas reflexões	28
1.2.2 Capacitação pedagógica à luz do Programa de Saúde da Família: construção de uma prática	32
2. EIXO TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	45
3 DESENHO METODOLÓGICO	52
4.1 Tipologia do estudo	53
4.2 Campo da pesquisa	53
4.3 Participantes da Pesquisa	75
4.4 Estratégia de coleta das informações	76
4.5 Registro das informações	77
4.6 Tratamento e Interpretação das informações	79
4.7 Questões Éticas	83
4. DESCOBERTAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS INTERFACES	85
4.1 Campos semânticos elaborados pelos enfermeiros do Programa de Saúde da Família	92
4.2 Capacitação: inovação ou conservação?	138
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
6 REFERÊNCIAS	146
ANEXOS	157
Anexo 1. Solicitação ao Conselho Municipal de Saúde ao Campo	158
Anexo 2. Consentimento Livre e Esclarecido	159
Anexo 3. Roteiro de Entrevista	160
Anexo 4. Dicionário de Palavras evocadas	161
Anexo 5 Coordenadas fatoriais e contribuição aos fatores	162
Anexo 6 Autorização da Secretaria de Saúde para entrada no Campo	164

APRESENTAÇÃO

Falar da formação dos recursos humanos do Programa de Saúde da Família é uma situação ainda que se encontra em fase inicial e polêmica na academia, principalmente da maneira como trabalhamos neste estudo, utilizamos a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici (1961; 1978) para apreender a representação de cursos de capacitação oferecidos pelo Pólo de capacitação da Bahia, na construção de uma prática a ser elaborada a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Procuramos neste estudo fazer um casamento entre a TRS, capacitação recebida e a prática da saúde coletiva nos municípios que foram palco deste estudo. Nessa perspectiva proposta, ainda não é de nosso conhecimento algum estudo que tenha discutido esse aspecto. Por isso, compreendemos ser relevante este tema tanto para os estudos referentes à formação de recursos humanos para o PSF, como a aplicação da TRS no processo de construção da apreensão de conteúdos enquanto meios que possam contribuir para a mudança da prática das enfermeiras inseridas no PSF. Na análise, utilizamos a análise de conteúdo conforme o trabalho por Vala(2000) para apreensão dos discursos retirados das entrevistas semi-estruturadas utilizamos o diário de campo substanciando os discursos das enfermeiras pesquisadas, e para a apreensão da associação livre de palavras o software Tri-deux-Mot. Com a utilização desses três métodos de análise, pudemos realizada a triangulação desses resultados, assim uma apreensão da TRS neste estudo.

O trabalho foi dividido em capítulos que serão descritos a seguir: o 1º capítulo Introdução discutimos como aconteceu o interesse por este estudo, empregamos ainda reflexões sobre as políticas públicas de saúde brasileira na perspectiva do SUS; enfatizando como ocorreu sua aproximação com o tema em questão; a origem dos Pólos de Capacitação para o Programa de Saúde da Família, deixando evidenciada a importância de sua implantação como órgãos que assessoram a implantação e a implementação das equipes de saúde da família, proporcionando sua educação permanente.

No 2º capítulo, intitulado: Eixo teórico: Teoria da Representação Social, descrevemos alguns conceitos de teóricos da teoria para suscitar assim uma correlação entre o objeto de estudo e a mesma.

No 3º capítulo intitulado: Caminhar Metodológico foi trabalhado o referencial teórico – metodológico, que ficou distribuído da seguinte maneira: no primeiro momento, falamos sobre como se deu o caminhar metodológico deste estudo, explicando o porquê da escolha da metodologia, da teoria e da análise de conteúdo e os passos utilizados em sua construção.

O 4º capítulo intitulado: descobertas das Representações Sociais e suas interfaces, fizemos a seguinte sub-divisão: primeira, com o título campos semânticos elaborados pelas enfermeiras do programa de saúde da família, foi o momento onde se deu a compreensão da análise de conteúdo e foram elaboradas as categorias e suas sub-categorias, foram utilizadas as falas das depoentes deste estudo, que foram as enfermeiras inseridas no PSF, egressas de dois cursos de capacitação oferecidos pelo Pólo de Capacitação da Bahia no período de 1996 a 1999. E a segunda, intitulada de capacitação: inovação ou conservação, onde trabalhamos a construção da apreensão da associação livre de palavras, utilizando o Tri-deux-Mot.

Por último, nas reflexões finais deste estudo, encontrar-se-á a comprovação da tese de que a capacitação promove a mudança da prática das enfermeiras que a recebem. Para concluir apreendemos que essa tese é um trabalho científico que dá início a outros e deixa caminhos a serem seguidos, descobertos e convalidados.

Temos um passado de que podemos nos orgulhar, um presente de desafios e um futuro a ser conquistado. Estamos, todos os que valorizam a alegria, do mesmo lado. Do lado dos que sabem que, apesar de tudo, é preciso cantar e alegrar a cidade.

(Heloíza Machado de Souza)

1 Introdução

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Desde os anos oitenta vínhamos trabalhando com saúde pública, em sala de vacina, desenvolvendo atividades junto a recém-nascidos e na orientação das mães que acompanham seus filhos para serem imunizados. Este trabalho toma corpo durante a discussão e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e, especialmente, no município de Jequié, no interior da Bahia, quando ocorre um maior envolvimento nosso nas questões pertinentes a construção das políticas públicas de saúde desse município onde toda a comunidade, acadêmica e não acadêmica, foi convidada a participar de discussões nos seus fóruns competentes.

Aceitamos o convite e nos empenhamos nessa luta política nacional que seria a implementação de uma política de saúde que trouxesse assistência a comunidades esquecidas pelos nossos governantes, nas questões de saúde. Nessa oportunidade nos envolvemos em trabalhos com a comunidade do Joaquim Romão. Uma vez que, nessa comunidade, o grupo de discussão contava com a participação da representação de alguns órgãos de classe e o seu líder possuía um poder de aglutinação considerável. Juntamente com um grupo de professores, da então Faculdade de Enfermagem de Jequié, participamos de debates sobre as Ações Integradas de Saúde (AIS) até culminar com a ida à VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, em Brasília, quando foi aprovada a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, ao ser implantado e implementado em alguns municípios brasileiros, passou por uma avaliação e reformulações na busca de encontrar articulações com a classe de saúde brasileira e nesse contexto converteu-se no SUS (Sistema Único de Saúde).

Acompanhamos esse processo durante todo esse período, tendo que ressaltar o momento em que fomos trabalhar com adolescentes em um projeto multidisciplinar, com a participação de professores da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), dos campi de Jequié e Vitória da Conquista, sobre gravidez na adolescência, com alunas do primeiro e do segundo grau de escolas das redes municipal e estadual, localizadas nos municípios referidos, projeto financiado pela referida Universidade, onde trabalho. Daí surgiu nossa decisão de aprofundar, no mestrado, estudo sobre a saúde da mulher e da criança.

Em nossa dissertação de mestrado em Enfermagem, com área de concentração em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, desenvolvida no período de 1993 a 1996, na Escola

de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, trabalhamos com os profissionais de saúde que realizavam atividades junto ao pré-natal, ao planejamento familiar e ao parto, nos Centros de Saúde do Município de Jequié, no Estado da Bahia. Lá, detectamos que, apesar de esses profissionais desenvolverem suas práticas conforme o preconizado pelo Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), a maioria desconhecia a sua existência. Até mesmo aqueles que sabiam de sua existência não acreditavam em sua continuidade, ou seja, na visão desses profissionais, seria mais um programa a ser implantado e predestinado a não vingar, como muitos outros programas governamentais. Isso denota que o descrédito nos programas governamentais, não acontecem só pela população em geral, mas, também, por profissionais de saúde que se encontram em exercício no sistema público de saúde.

Assim, é nesse espaço de tempo que, surge a proposta do Ministério da Saúde para implantação do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, pelos estados, como forma de assessorar a implantação e implementação dos programas de governo em vigência: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), nos município brasileiros onde o sistema de saúde estava sendo municipalizado pautado nos princípios do SUS.

Então, enquanto professora da UESB, fomos convidada a discutir as propostas do projeto do Pólo acima referido, ocorrendo nossa inserção no grupo de trabalho para construção deste projeto que, posteriormente, seria encaminhado ao Ministério da Saúde, concorrendo a financiamento, vindo a culminar com a implantação deste Pólo, em referência. A proposta de continuar trabalhando na capacitação e no acompanhamento de profissionais de saúde intensificou-se após entendermos que as atividades pertinentes ao Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) estavam também sendo desenvolvidas pelas Instrutoras Supervisoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Na nossa dissertação de mestrado *Assistência à saúde da mulher: concepções e práticas dos trabalhadores da saúde*, apresentada em 1996, meus resultados demonstram que, embora a maioria dos profissionais entrevistados revelassem que não pretendiam se envolver diretamente com os princípios do PAISM e de que sequer pretendiam tomar conhecimento deste programa, em sua prática diária de assistência à clientela, nas unidades de saúde, desempenhavam atividades propostas por o referido programa. Esse era um bom momento

para dar continuidade ao trabalho de pesquisa realizado no mestrado. Seria, por conseguinte, a melhor opção para acompanharmos esses programas e participarmos de sua implementação.

O Pólo, enquanto projeto, foi pensado pelos técnicos do ministério da saúde, obtendo assessoria de acadêmicos e outros assessores, para atender a uma demanda de profissionais da saúde e de trabalhadores em saúde, com a proposta de implementação no Brasil e, mais de perto, na Bahia. Nasce com o propósito de que esses trabalhadores da saúde inseridos no PACS/PSF superassem as dificuldades encontradas nas suas práticas profissionais cotidianas.

Agora, a nossa perspectiva é realizar um estudo com as enfermeiras capacitadas pelo Pólo da Bahia, no período de 1996 a 1999, inseridas nas Equipes de Saúde da Família, com relação à capacitação recebida, servindo-nos este de referencial para desenvolver a nossa tese de doutorado. Entendo a relevância deste estudo como forma de contribuir para a avaliação do PSF, para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, datada de 1994, o surgimento do PSF era mais uma estratégia setorial para reorganização do modelo assistencial brasileiro, com vistas a resgatar os valores profissionais; melhorar os indicadores de saúde; e reordenar o modelo assistencial. A proposta não era uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com os níveis primários, secundários e terciários (Informes Técnicos Institucionais 2000).

Souza (2000, p.6) lembra que

a construção de um novo modelo, mais humano e com resultados mais claros e sentidos pela população, a criação de elementos de participação democráticos e cidadãos, o investimento na qualificação profissional e no dia-a-dia dos serviços, são alguns compromissos humanísticos que permeiam o momento da sociedade brasileira.

Parece estar claro que a atual realidade social-sanitária do país inscreve um quadro de crises. Tal fato remete a uma avaliação um tanto quanto pragmática da situação da conjuntura atual da saúde, neste país. Por esse motivo, as reflexões acerca dessa temática devem ser traçadas com muita prudência, em razão de sua complexidade, cujas raízes estão ideologicamente imbricadas em fatores que vão desde o conflituoso *detour* "histórico" das políticas de saúde do país, até a própria matriz paradigmática que dá suporte às práticas sanitárias.

Assim, atualmente, o que observamos é um sistema de saúde alternativo em construção, “gestado” desde o início do processo, conhecido por reforma sanitária –quando, na Constituição de 1988, em seu capítulo sobre Seguridade Social, já se configurava a saúde como *um direito de todos e um dever do Estado* (Art. 196, p.118), numa perspectiva de Universalidade, Equidade e Integralidade das ações de Saúde.

Desse modo, tentou-se quebrar a consciência centralista e monopolista das ações de saúde ao nível federal e estadual, repassando as decisões e responsabilidade ao município e seus territórios, de forma mais regionalizada.

Nesse contexto, o controle social estaria principalmente sob a responsabilidade do Conselho Municipal de Saúde, pensado na condição de “Órgão Colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde (...)” (Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em Saúde, 1998, p.3).

Tais formulações, por assim dizer, implicam entender a saúde sob novo prisma, como um atributo da ação/participação da consciência de cidadania, ou seja, como um processo que se mostra na busca de formas mais expressivas/claras de qualidade de vida da comunidade e do município.

Essas considerações são muito importantes para a consolidação do PSF, se considerada a realidade histórico-concreta do país, em que enfrentamentos são inscritos; em outras palavras, este é um país “em desenvolvimento”, de economia em processo de ajuste aos ideais da cultura globalizada, cuja soberania nacional vem sofrendo fortes ataques por parte de tendenciosas propostas de Reformas do Estado, no caso, o projeto neoliberal, que não se propõe a dar assistência à população brasileira como um todo, mas de forma distinta. Por ser assim, diante de um mercado tirânico e de Estado (reformado), com tendências para se tornar impotente, uma das conseqüências mais sérias dessa situação parece ser o risco da dissolução de categorias, como, Território, Estado e a própria cidadania –entendida como uma lei de sociedade (ARROYO, 1995).

O mais interessante é que, muitas vezes, as reflexões sobre o tema parecem se tornar, conforme explicita Paim (1997), proposições alusivas, quanto aos problemas –e ilusivas, quanto a soluções, as quais, capitaneadas pelo fetiche da mídia, pouco têm contribuído no sentido de formular propostas concretas para solução do impasse.

Dessa forma, a instalação desse quadro impõe o sério desafio de lançar proposições alternativas que visem à inversão de tal *Estado de Coisas* e, sobretudo, à superação da emblemática situação dos serviços de saúde que denotam a gestão –dentro da arquitetura estatal– de subsistemas dominados pelo terror, e sustentados, sobretudo, pelo signo e por uma abrangente cultura da iniquidade; no centro prático da questão, encontra-se uma hipervalorização de práticas médico-curativistas, individualistas, altamente fragmentadas, capitalizadas e que, a seu modo, reproduzem, na área de saúde, as contradições do ideário capitalista.

Foi nessa linha de pensamento que os municípios de Jequié, Jaguaquara, Aiquara, Ibirataia, Vitória da Conquista, Barra do Choça, Caitetê e Irecê se inseriram na implantação e implementação do PSF, buscando, para isso, pessoas capacitadas, que dessem suporte administrativo aos gestores municipais em sua proposta de municipalização dos serviços de saúde, tornando-a uma realidade concreta em tais municípios. Em parte, esse suporte foi encontrado no Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, enquanto órgão prestador de assessoria aos municípios, na implementação de ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

A nova e complexa estrutura dos serviços de saúde que ora pretendemos descrever, da implementação do SUS, tem os seguintes requisitos: construção de um conceito mais totalizante, acerca do processo saúde/doença, tendo como principais *marcos direcionais* o entendimento da sociedade como um meio gerador de um complexo sistema de crenças, através das quais se inscrevem os processos de saúde/doença; conotação de arena política, aberta à negociação; e, por último, o entendimento de que a saúde é um produto da construção/ação social, o mesmo acontecendo em relação a seus entornos. Tal incorporação – e por que não *transgressão*– do sistema e das práticas de saúde vigente levará à construção de práticas intersetoriais, fato que favorecerá aproximação positiva do processo de saúde, ou seja, promoverá desvinculação da saúde dos processos de doença e morte, como bem faz entender Mendes (1996).

Da mesma forma, incorporar tal resolução implica, ainda, criarmos e elegermos instrumentos alternativos para a construção de novas modalidades de intervenção, o que pressupõe a necessidade de (re)pensar Modelos e Práticas Assistenciais*.

*Modelos Assistenciais são pensados aqui, de acordo com Paim (1997), na condição de “combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde, que compõem o perfil epidemiológico de uma dada

Experiências acumuladas por países, como os EUA e a Inglaterra, mostram que não basta investir na assistência médica hospitalar, haja vista tal fato ter-se mostrado relativamente ineficiente, não tendo a satisfação da clientela sido proporcional às gordas fatias do PIB comprometidas no processo (PAIM, 1997). Já, em outros países, como é o caso do Canadá, mais especificamente na Província de Quebec, mostram que obtiveram sucesso com a Regionalização, Universalização e Descentralização das práticas de planejamento e avaliação das ações de saúde.

No caso particular do Brasil, o Sistema Único de Saúde –gestado como fruto da ação conjunta dos vários segmentos da sociedade organizada, na elaboração das Conferências Nacionais de Saúde, na tentativa de um Movimento de Reforma Sanitária– é entendido como um modelo alternativo, com grandes possibilidades de sucesso. Isso por apontar para a desconstrução de, praticamente, um século de história de desencontros, em uma sociedade marcada pela iminência de ditaduras e resgate de direitos (MENDES, 1996). Representa, ainda, na conjuntura dos serviços de saúde, uma proposta político-ideológica de (re)construção/resgate do próprio sentido da cidadania, ao passo que um de seus principais desafios é promover a descentralização e orientar suas ações, de forma a garantir a eficácia e a eficiência dos Sistemas Locais de Saúde e o Controle Social.

Na prática, temos pensado uma série de estratégias de mudanças no modelo de assistência, valorizando-se a Descentralização do Planejamento, utilizando, para tanto, a prática de equipes de saúde, em áreas específicas de atuação multidisciplinar.

É nesse direcionamento que emergem programas, como o PACS e o PSF, voltados para assistência em áreas específicas da população-alvo, por número de famílias, como já vinha sendo feito, segundo a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, do Ministério da Saúde.

Tais programas foram referendados na NOB do SUS de 1996, que concedeu poder ao município, enquanto gestor municipal, respaldado pelos Conselhos Municipais de Saúde, para decidir as questões de saúde do Município. Vislumbramos, então, uma oportunidade ímpar de consolidação de sistemas municipais de saúde.

Nessa perspectiva, os gestores locais, juntamente com os profissionais de saúde e a população, podem definir/construir um modelo de gestão de atenção, além de uma política de recursos humanos, guardando coerência com a realidade de seus territórios.

Da mesma forma, tais proposições devem levar em consideração a emergência de uma nova cultura do cuidar, em cujo centro epistemológico possam florescer as reais necessidades de um homem multimediado, portador da capacidade tanto para se apropriar da cultura, quanto para elaborá-la e apreender as representações sociais sobre ela.

Diante do que aqui expomos, emerge a urgência da formulação de estratégias direcionadas para atender às demandas sanitárias da população. Nesse sentido, entendemos que, visando à diminuição do hiato gerado entre a necessidade da atenção básica e os atendimentos de alta complexidade, torna-se fundamental a disponibilização de uma assistência mais diretamente voltada para as comunidades que se encontram alijadas do processo de cuidar e da prevenção, nos municípios brasileiros – caso representado pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Seria importante que fossem criados mecanismos alternativos de controle e avaliação, capazes de garantir a construção de modelos alternativos de gestão, bem como novas modalidades de intervenção sobre as demandas sócio-sanitárias da população. O fato aponta para uma (re)ordenação –principalmente descentralização das ações pertinentes ao caminhar, dentro de um modelo da Gestão descentralizada, regionalizada.

Corroborando Mendes (1996), essa (re)ordenação, ocorrendo nos vários espaços regionais entre as secretarias estaduais e os gestores municipais, poderia levar a uma provável organização de comissões intergestoras bipartites microrregionais, uma vez que essas comunidades, sendo mais participativas e atuantes nessas questões, promoveriam uma cobrança pertinente e permanente das ações em seus municípios.

Os programas do governo respaldados pelo SUS, PACS e PSF, colocados, ainda, sob a égide da NOB 01/96, propõem uma reprodução de representações do social, como prática sanitária intersetorial, levando a uma modificação dos perfis de problemas de saúde – mudando os processos de representação social dessas dimensões. Daí, a produção de reflexões mais pertinentes às práticas desenvolvidas, como estratégia de um novo modelo de assistência.

Assim, ocorrerá incorporação de nova prática/visão de saúde, pautada, principalmente, na linguagem dos direitos através dos programas preestabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde, com vistas a nortear uma nova estratégia de assistência à saúde dentro do município. Contamos atualmente, com o PACS/PSF, porque, a partir de sua implementação, cada município adquire capacidade para conduzir a construção de seu próprio modelo de assistência à saúde. Percebemos que o município que se encontrava desenvolvendo atividades de saúde vinculadas ao PACS, chegavam a um dado momento que, as necessidades da população buscam resoluções mais refinadas e de complexidades específicas culminando assim com a implantação do PSF, nesse dado município. Compreendemos que na maioria das vezes às equipes de saúde são incorporadas as figuras do médico e do auxiliar de enfermagem, necessidade mínima para a composição da equipe de saúde da família.

Ao refletirmos acerca das políticas públicas nacionais, é salutar reportarmo-nos ao momento de desarmonia que vem enfrentando o povo brasileiro, em que tudo parece estar por acontecer, por vir, mas nada chega de concreto ao cenário em que se vive, convive-se, e partilham-se anseios comuns.

Esse momento de reflexão já parece ser um indicativo de que não está havendo omissão, em referência à situação do cenário em que se atua. Em verdade, procuramos respostas mais concretas a essa busca de melhoria da qualidade de vida, no contexto sócio-político e cultural que rodeia cada um. Temos a idéia de que esse é um momento em que fica evidente o quanto sofrem os excluídos, se assim podem ser chamados os que enfrentam discriminações, na maioria dos locais onde desenvolvem suas atividades, em busca de melhor qualidade de vida.

Dentro desse contexto histórico das políticas públicas de saúde brasileira, surge em alguns municípios, tentativas de implantar e implementar propostas nessa área com direcionamentos que conduzam essas políticas a um combate as altas taxas de morbimortalidade infantil do país que já se faziam significativas no cenário nacional. Para tanto temos vários exemplos nacionais e dentre eles podemos mostrar a do município de Fortaleza quando assume a saúde do município, de acordo com a Norma Operacional do PSF da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, na qual "o modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção, de proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipe de saúde que fará o atendimento na Unidade Local de Saúde, na comunidade, no nível de atenção primária" (FORTALEZA, 2000).

Dentre os vários desafios postos hoje para os novos administradores da saúde, dois podem ser citados, por sua importância: a questão da qualificação dos recursos humanos; e o eterno problema da escassez de verbas. Sendo assim, são os municípios que possuem um papel e uma responsabilidade solidária aos outros níveis de governo, como forma de alcançar objetivos e de enfrentar situações de dificuldades, devendo essa demanda ser compreendida em toda sua complexidade e amplitude.

Com a implementação das NOB-SUS 93 e 96, promovendo integração de ações nas três esferas de governo, acontece um processo de intensa descentralização, por conta de que são transferidos para os municípios responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS. Até então, essa concentração ocorria ao nível de governo federal, donde a busca dos gestores municipais por um documento que pudesse respaldar as atividades que antes fugiam às suas responsabilidades. Com a implementação do Piso de Atenção Básica, deu-se a ampliação do acesso à Atenção Básica, pelos usuários dos serviços públicos de saúde, culminando com o alargamento da estratégia da Saúde da Família, colocada em evidência e aberta à expansão, consolidando-se ela, cada vez mais, como eixo estruturante para organização da atenção à saúde. Tal fato foi evidenciado quando, ao final do ano 2000, as habilitações dos municípios brasileiros que atendem ao previsto na NOB-SUS 01/96, atingiram mais de 99%.

Dentro de todo um contexto reflexivo, em que os órgãos governamentais e os não-governamentais que representam a população de nosso país procuram minimizar e nortear os entraves encontrados na implementação da atenção básica, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2201) vem "atualizar a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde". (MS - anexo da portaria 95/GM de 26.01.2001)

Neste contexto é que pretendemos nesse estudo, trabalhar com o acompanhamento das atividades das enfermeiras que foram capacitados pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (no período de 1996 a 1999), junto às equipes de saúde da família atuantes, na microrregião de Jequié, nos municípios de: Jequié, Aiquara, Jaguaquara e Ibirataia, e na microrregião de Vitória da Conquista, com os municípios de: Vitória da Conquista e Barra do Choça. Além dos municípios de Caetitê e Irecê que já pertencem a outra diretoria regional de saúde do Estado da Bahia. A nossa

intenção é justificada pelo fato de que as mesmas foram e estão sendo assessoradas diretamente pelo Pólo de Capacitação e Educação Permanente para Pessoal da equipe de Saúde da Família da Bahia.

Ao nos referir a interface da prática com o referencial teórico-metodológico que consolida essa pesquisa, traçamos os seguintes pressupostos:

- A capacitação recebida no Pólo acima referido instrumentaliza as enfermeiras do PSF, tornando-os aptos a vivenciar e enfrentar sua prática diária.
- A capacitação recebida contempla as necessidades das enfermeiras do PSF, de orientar, apoiar e facilitar a construir maneiras de aprimorar e desenvolver suas práticas cotidianas com vistas a melhorar as condições de atendimentos e manter a equidade, a integralidade, a acessibilidade da assistência à saúde da população na esfera municipal.

Isso posto, reconhecemos ser necessário apreender as relações da capacitação/mudança da prática envolvendo as enfermeiras do PSF. Com base nos pressupostos construídos, buscamos defender a seguinte tese:

Na concepção das enfermeiras do PSF, a capacitação promove mudança da prática; visto que as orientações recebidas servem como ponto de partida e apoio para o desenvolvimento das suas práticas diárias seguindo um planejamento pré-elaborado conforme avaliações realizadas dentro das equipes de saúde do PSF.

A apreensão da realidade e a construção do conhecimento se deram a partir dos objetivos: **apreender** as Representações Sociais sobre a prática das enfermeiras capacitadas pelo pólo e o que determina essas Representações Sociais; **apreender** as Representações Sociais sobre capacitação elaboradas pelas enfermeiras capacitadas pelo pólo; **compreender** a construção dessas Representações Sociais pelas enfermeiras envolvidas no programa; **analisar** a importância das Representações Sociais, elaboradas pelas enfermeiras, no que se refere ao dimensionamento de suas práticas no programa; e **descrever** a contribuição das Representações Sociais na avaliação da prática profissional das enfermeiras capacitadas pelo pólo.

1.2 ORIGEM DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

"... deve-se tratar o paciente e não a doença...".

Dr. José Maria de Magalhães Netto

1.2.1 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS: algumas reflexões

Com as mudanças ocorridas na segunda metade do século XX a humanidade enfrentou no âmbito da vida varias transformações econômicas, culturais, sociais e políticas muito rápidas que talvez na sua história jamais tenha se ouvido falar. Propondo assim reflexões e ações com a finalidade de que compreendamos e sejam explicados o que vem acontecendo na sociedade, buscando através dessas ações intervenções na realidade. Com o desenvolvimento do País de forma não planejada ocorrendo um crescimento populacional na zona urbana das grandes metrópoles sem condições de atender na maioria das vezes as necessidades mínimas do cidadão (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Não faz pouco tempo que as discussões sobre as formas e modelos de Atenção Básica à Saúde vêm sendo realizadas; desde a década de quarenta, já se ouvia falar sobre a municipalização dos serviços públicos de saúde. Todos os momentos políticos por que a nação passou repercutiram na saúde, principalmente na daqueles menos favorecidos. Os fóruns de debates em prol de uma construção de serviços de saúde para toda a população foram e são as conferências nacionais de saúde realizadas em espaços de tempo as vezes distantes não deixando assim com que os movimentos em prol da saúde do povo brasileiro se fortalecessem no cenário nacional. Em todos os governos federais até a década dos anos 80, foram realizadas tentativas em busca de ser acertada uma forma de amenizar ou, quem sabe, atender às necessidades das camadas mais carentes brasileiras. No processo da construção de práticas inerentes à saúde pública, vários foram os movimentos que levantaram a bandeira nessa perspectiva.

Todas essas inquietações com relação as políticas públicas brasileiras podem ser encontradas desde 1961, quando da elaboração do Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso que tinha como objetivo *orientar e fortalecer os governos na programação e planejamento do desenvolvimento econômico e social através da formulação de programas e projetos nacionais* (OPS, 1961). Várias outras reuniões, encontros foram realizados a nível

mundial através de seus órgãos representativos dentre ele podemos citar: Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Panamericana de Saúde (OPS); Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e nos níveis federais estaduais e municipais nas mais distintas Nações, dentre estas se encontra o Brasil buscando sanar e atender as necessidades prementes de saúde.

Ferreira(2000:9). Diz que *a saúde decorre das condições objetivas de vida dos indivíduos, e por conseqüência requer a articulação de um conjunto de políticas sociais e econômicas que possibilitem o acesso a bens materiais e imateriais melhorando a qualidade de vida e contribuindo para o exercício pleno da cidadania.*

Contudo, vários outros programas são elaborados e implantados pelo Ministério da Saúde, mas não obtiveram sucesso, dentre eles podemos citar: o Plano de Interiorização de Assistência à Saúde (PIASS); o PREV- Saúde; e, o Plano CONASP. Apesar dessas tentativas realizadas pelos órgãos competentes até o momento não se atingiu a meta da Carta de Alma-Ata, onde foi preconizado Saúde para Todos no ano 2000.

Desta forma é que dentro do movimento sanitarista brasileiro, foram levantadas várias bandeiras de inquietações. Podemos considerar que no período da década de 70 e início da década de 80, o povo brasileiro parece ter estado dormindo em berço esplendido, mas, na primeira oportunidade, já se encontravam cientistas envolvidos com as políticas públicas, buscando formas de perseguir um caminho que os conduzisse a um modelo de atenção básica a saúde de qualidade, com igualdade, equidade, integralidade na assistência.

Na década de 70, surge na Bahia a proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) do então Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, através de um grupo de pesquisadores/intelectuais envolvidos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira; entre eles, encontrava-se o professor Paim, idealizador dessa proposta, que teve como pioneiro o Estado da Bahia.

Ainda na década de 70, a então diretoria de Saúde da Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de Curitiba, com base na discussão da Medicina Comunitária e discussões na Atenção Primária à Saúde, propõe modificações na atuação das suas Unidades Municipais de Saúde; nesse período, o prefeito Jaime Lerner fez o seu sucessor, e este fez outro sucessor, por isso a idéia proposta por Lerner teve seu espaço garantido, a de *Saudicidade*, que é compreendida como "saúde para a cidade, saúde para os cidadãos que nela possam

potencializar a plenitude da vida, isto é o oposto da patogenicidade” (RAGGIO, apud SILVA JUNIOR, 1998).

No ano de 1986, na Bahia, ocorre uma mudança política estadual quando da eleição de Waldir Pires para governador do Estado; nessa oportunidade, vários intelectuais são convidados a participar de seu governo, ocupando cargos diretivos na Secretaria Estadual de Saúde – SESAB. Naquela conjuntura, esses profissionais participaram da elaboração do programa de governo, que tinha como proposta um Sistema Único de Saúde, descentralizado e democrático em sua gestão, universal, eqüitativo e integralizado na oferta de serviços à população (SILVA JUNIOR, 1998).

Com o advento dos Sistemas Descentralizados Unificados de Saúde – SUDS, em 1987, são vistas, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, enquanto estratégia-ponte para o SUS, as propostas de reorganização do Sistema de Saúde da Bahia, que são postas de forma pioneira em prática na esfera estadual. As propostas do SILOS possuíam como base as recomendações da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), onde era indicada a regionalização das ações de saúde através dos Distritos Sanitários como forma de descentralizar decisões, compreender os problemas locais, permitindo oportunidades de maior acesso da população aos serviços de saúde.

Toda essa movimentação, com a mudança de governo fica por algum tempo estagnada, não permitindo que outras propostas sejam postas em prática até mesmo por falta de interesses políticos partidários. Isso é exemplificado naqueles municípios onde foram implantados os Distritos Sanitários e que não vingaram; podemos citar os municípios de Salvador (nos bairros de Itapagipe, Subúrbio Ferroviário, Liberdade), Camaçari, Jequié, Vitória da Conquista, Itabuna e Mundo Novo (consórcio). Nesse modelo foi pensada a saúde de forma: com a concepção de saúde e doença; com a integralidade; com hierarquização; com unidade primária; na perspectiva interdisciplinar; e com intersetorialidade, onde havia as unidades de referência (SILVA JUNIOR, 1998). Ainda dentro da proposta de SILOS, existiu a proposta de que fossem capacitados os gestores para a tarefa a que se propunham todas essas atividades na perspectiva da demanda organizada.

Toda essa experiência conduziu esses municípios a aderirem ao processo de municipalização da saúde com mais argumentos e já procurando propor novas ações diante de dificuldades encontradas anteriormente.

Essa proposta teve influência de algumas experiências ocorridas na cidade de Salvador e no Estado de Minas Gerais. Também segue os princípios da integralidade; equidade; universalidade; concepção de saúde e doença; da intersectorialidade; como também trabalha com as propostas de SILOS; todos se resguardando nos programas de governo, como é o caso do Programa de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, dentre outros. Todas essas propostas de modelo de atenção à saúde acabam refletindo o momento político dos municípios onde estão sendo aplicadas e desenvolvidas.

Uma terceira proposta surge do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) – UNICAMP, que é a proposta *EM DEFESA DA VIDA*, publicada por Mehry e colaboradores em 1991 na revista *Saúde em Debate* nº 33 e divulgada na 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992); seus princípios norteadores são: gestão democrática; saúde como direito de cidadania; serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Essa proposta também está pautada nas diretrizes da Reforma Sanitária e trabalha as questões pertinentes ao controle social, e a participação popular é evidenciada. Essa experiência teve como palco o município de Campinas, no Estado de São Paulo (SILVA JUNIOR, 1998).

Não resta dúvida de que todos esses modelos caminham para a municipalização dos serviços de saúde como fortalecimento do SUS. Fica evidenciado que existe participação significativa da academia na construção desses modelos de assistência, o que leva a crer que vêm sendo trabalhadas essas questões de serviço e academia; nessa perspectiva, nota-se que a participação da comunidade civil brasileira nas instâncias de detentores de poder leva aos municípios a importância de que cada cidadão cumpra o seu papel de fiscal nas prestações de assistência à saúde como também de contas de cada gestor municipal.

Tarride (1998: 22) coloca que *enquanto não se produzir um ajuste entre as expectativas dos atores, a missão declarada nos discursos e os reais resultados obtidos, a crise da Saúde Pública se manifestará.*

Diante de todos esses modelos tecnoassistenciais, este estudo está voltado para os programas do PACS e PSF, que foi cenário pesquisado neste estudo.

1.2.2 Capacitação pedagógica à luz do Programa de Saúde da Família: construção de uma prática

Desde a Constituição de 1988, quando foram esclarecidos os deveres e os direitos do cidadão brasileiro, ênfase especial foi dada aos problemas pertinentes às populações mais excluídas do contexto social amplo. Essas comunidades menos favorecidas por alguns, durante o processo de reformas, estiveram no ideário do povo, tanto assim que vieram a ser contempladas, através das participações populares, com a atenção dos mais diversos órgãos municipais, estaduais e federais, principalmente no que se refere à saúde.

Nesse particular, a saúde do povo brasileiro passa a ser observada como direito de todos os brasileiros, independente de raça, de cor e de credo. Acontecem, então, os processos de municipalização desses serviços; no cenário nacional, nesse momento, os serviços de saúde passam a receber um novo olhar, com vistas a alcançar um novo paradigma para o atendimento à população, pelos serviços públicos e privados de saúde, dentro dos municípios e comunidades onde se encontram inseridos.

No governo Collor, início dos anos 90 é implementado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pelo então Ministro Alcaçir Guerra. Esse foi um momento de grandes conturbações, mas que contribuiu de maneira significativa para o processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Nessa conjuntura, o Estado do Ceará foi o que primeiro ousou implementar, efetivamente, o PACS, obtendo resultados significativos pertinentes à saúde da criança, quando chegou a atingir um baixo índice de mortalidade infantil, fato colocado em evidência pelo Ministério da Saúde e pela Pastoral da Criança.

Vale ressaltar que após a experiência do Ceará, outros Estados Brasileiros procuraram implementar o PACS, já com um olhar voltado para o Programa de Saúde da Família (PSF), até porque já se vislumbrava que ele iria trazer outras formas de atender à demanda por parte da população.

O PACS surgiu como uma ação transitória, para a implantação do PSF, na perspectiva de reorganizar os serviços de atenção básica, em todo o país. Um profissional significativo para o funcionamento desse programa foi, e continua sendo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) categoria que vem dando corpo ao referido programa, proporcionando a construção da trajetória do PSF, em que seu trabalho foi incorporado e ampliado dentro das equipes de Saúde de Família (SOUZA, 2001).

Segundo dados colhidos de um panfleto do Ministério da Saúde, sobre Saúde da Família, Souza (2001) relata ser o trabalho desses profissionais, mulheres e homens, o de difundir entre grupos vulneráveis da população, em milhares de municípios brasileiros, o conhecimento de seus direitos enquanto cidadãos, que incluem o acesso aos serviços de saúde, com qualidade, e a assistência a esse contingente populacional, com vistas à solução dos problemas emergentes nos próprios locais onde vivem.

Quem pode ser um ACS? - Qualquer cidadão brasileiro, com mais de 18 anos de idade e que saiba ler e escrever, pode ser um agente comunitário de saúde. - Como deve ocorrer sua inserção no PACS? - Mediante seleção pública, na qual o candidato participará de uma prova escrita e de uma entrevista. Só devem fazer parte dessa seleção aqueles indivíduos que moram há mais de seis meses na área onde pretendem desenvolver suas atividades. Aquele que for selecionado será responsável por um número mínimo de famílias dessa comunidade; por outro lado, ficará sob a responsabilidade de um Instrutor-supervisor, que normalmente é um(a) enfermeiro(a) vinculado(a) a uma unidade de Saúde próxima à sua área de atuação. Deve esse instrutor supervisor ser responsável pela capacitação dos agentes de saúde que se encontram sob sua orientação.

É base fundamental do ACS o vínculo que cria com a comunidade onde atua. Daí sua importância para a implantação do PSF (implantado a partir de 1994, quando esses profissionais, automaticamente, foram incorporados às equipes), na continuidade do desempenho de seu papel, assentado no intercâmbio entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a comunidade e vice-versa.

O exercício profissional do ACS ganhou respaldo no Decreto Presidencial nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Na elaboração dos objetivos de alguns Pólos de Capacitação, foi prevista a capacitação desses profissionais, como forma de transmitir segurança em seu exercício profissional.

Atualmente, no cenário nacional, 84% dos municípios habilitados, na gestão plena da atenção básica já possuem o PACS em plena atividade, com a seguinte representação: 113.564 ACS em 4.073 municípios encontram-se acompanhando 65.299.300 pessoas. É meta do Ministério da Saúde atingir o número de 150.000 ACS até 2002. Com isso, ter-se-á uma cobertura populacional assistida pelo programa de 82.500.000 pessoas, dentro do País (SOUZA, 2001).

Em 1994, por conta da Norma Operacional Básica (NOB) de 1991, que propôs a implantação e implementação do PSF nos municípios brasileiros que possuísem perfil para atender ao que era preconizado pelo Ministério da Saúde, foi publicada a portaria regularizando e dando respaldo público ao programa.

Durante esse período, existia, por parte de alguns cursos de graduação em Enfermagem, a inquietação de como capacitar os enfermeiros a desenvolverem as atividades propostas pelo PACS e pelo PSF, uma vez que nos programas desses cursos não existia conteúdo algum em disciplinas capazes de capacitá-los a desempenhar suas atividades junto a tais programas. Daí, as diretoras de departamentos de enfermagem das universidades estaduais da Bahia procuraram a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), propondo parceria para programação de um curso, com vistas a capacitar as instrutoras supervisoras do PACS, e, mais tarde, aqueles profissionais que compunham as equipes de Saúde da Família.

Nesse espaço de tempo, aconteceu uma proposta advinda do Ministério da Saúde, referente à criação e formação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, no território nacional, entendendo-se ter sido essa iniciativa muito importante não só para a formação dos Recursos Humanos da Equipe de Saúde da Família, mas, também, para seu acompanhamento, em termos de assessoria das equipes da saúde da família e de avaliação de seu desempenho.

Piancastelli et alii (2000, p. 45), em seus achados, afirmam que vários autores no mundo dizem ser a saúde um processo (...) “resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e, também, biológicos”.

Assim sendo, segundo Souza (2000, p. 04), “o PSF traz o que as pessoas precisam em termos de qualidade de vida e, por isso, sua tradução em votos, exige responsabilidade em termos de aplicação de princípios”.

Ainda na nossa concepção “falar em saúde, nas últimas décadas, tem exigido um esforço duplo do repensar filosoficamente um modelo e propor alternativas práticas que plasmem, na realidade, sonhos possíveis” (SOUZA, 2000, p. 5).

Partindo-se da perspectiva de um paradigma mais abrangente e explicativo, quando se enfrenta algum tipo de problema pertinente ao processo saúde-enfermidade, ele não deve ser colocado única e exclusivamente “diante das propostas de organização de sistemas e de um

financiamento sustentável; é preciso mudar as práticas dos profissionais de saúde, de forma que suas bases sejam alicerçadas em novas habilidades, atitudes e valores éticos” (PIANCASTELLI et alii, 2000, p.45).

Diante das argumentações anteriores, faz-se necessário que o sistema formador de recursos humanos repense sobre quem é responsável, como e para quem estão sendo feitas as propostas de formação de profissionais de saúde, visando ao atendimento às necessidades existentes nos atuais serviços, em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que privilegia tanto a técnica e a competência, quanto a integridade, a resolutividade, a equidade e a relevância social. (PIANCASTELLI et alii, 2000).

Nessa perspectiva, propõe-se o Ministério da Saúde a inserir na agenda política e social do setor uma dinâmica com proposta de reestruturação dos serviços, com vistas à reorganização do modelo na atenção básica. Daí que em 1994 é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), de modo que, “enquanto estratégia nacional, o PSF toma como eixo norteador dessa reorganização as ações e serviços de atenção básica, elegendo-a como o espaço de articulação com os outros níveis hierárquicos do sistema e com a comunidade”. (PIANCASTELLI et alii, 2000, p. 45).

Através do edital nº 04, de 06 /12/1996, o Ministério da Saúde convoca as instituições de ensino e serviço a apresentarem projetos que possibilitem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vistas à capacitação e à formação de profissionais capazes de construir o PSF, nas diferentes regiões brasileiras. Por conta dessa primeira convocação, são encaminhados 21 projetos para análise e aprovação. No resultado final, apenas dez foram aprovados como pólos; seis, como projetos de capacitação; e cinco, como projetos de cursos. Entre os dez pólos de capacitação, encontrava-se o da Bahia.

Após algumas reuniões, saiu a proposta da participação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), que já naquele momento prestava assessoria à SESAB. Era sua responsabilidade assumir a coordenação da proposta que deu origem a um projeto maior e que naquele momento poderia perfeitamente ser encaminhado para avaliação e financiamento do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Trata-se, no caso, do projeto de criação do Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal para Equipe de Saúde da Família, o qual foi aprovado em 1996.

É pertinente, neste momento, falar um pouco do projeto REFORSUS, segundo documento do Ministério da Saúde (2000),

é o seu maior projeto de investimento, e integra o Plano de Metas do próprio Ministério e o Programa Avança Brasil do governo Fernando Henrique Cardoso. Instituído no final de 1996, por força de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) - no valor de US\$ 650 milhões -, ele investe na recuperação da rede física de saúde do País, que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II).

No Estado da Bahia, as Universidades e secretarias de governo que se fizeram ativamente presentes nesse processo foram: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), representada pelo Departamento de Saúde (DS); Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), representada pelo Departamento de Saúde (DS); Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), representada pelo Departamento de Saúde (DS); Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), representada pelo CENDRHU; e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). A coordenação do Pólo ficou baseada na SESAB, mas a equipe técnica fica sediada no próprio ISC/UFBA.

Ressalte-se que a NOB-96 tem como proposta a implementação do PSF, buscando encontrar na Epidemiologia e na Vigilância à Saúde respaldo para uma compreensão efetiva da comunidade, sobre o desempenho das atividades dos trabalhadores da saúde.

Portanto, com a implementação dos pólos na Bahia, surgem as primeiras oficinas pedagógicas para a preparação e a confecção do material didático a ser trabalhado no primeiro curso de capacitação, denominado "Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde", baseado na Pedagogia da Problematização de Paulo Freire. Nesse primeiro curso, a clientela em sua maioria foi as (os) enfermeiras (as) instrutoras supervisoras do PACS. A proposta era direcionada para trabalhar com as questões teóricas, fundamentadas na prática vivenciada pelos discentes do curso. Há que se entender que no processo de ensino-aprendizagem "Saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção". (FREIRE, 1996, p.52).

Atente-se aqui para o fato de que, quando o facilitador (assim denominado por Freire) está no processo, deve interagir com seus alunos, deixando-os à vontade, tirando suas dúvidas, curiosidades, entendendo até mesmo suas limitações.

O curso de especialização em referência seria oferecido ao mesmo tempo em três universidades distintas: uma equipe na UESB, em Jequié/BA; uma na UEFS, em Feira de Santana/BA; e a outra na UESC, localizada no eixo Itabuna/Ilhéus/BA. Para confecção do material didático, foram propostas oficinas pedagógicas, com a participação de todo o corpo docente desse curso e supervisores da prática de campo, sob a orientação de um professor do Instituto de Saúde Coletiva, que trabalhava com o tema a ser debatido no preparo de cada disciplina.

A cada professor deveria ser dada oportunidade de discutir, desde a ementa até o desenvolvimento das atividades a serem executadas, em sala de aula, nas três universidades envolvidas no processo. Por conta disso, sempre foram trabalhadas técnicas para operacionalização de cada final de disciplina, que seria uma oficina pedagógica, na qual o conteúdo dado na disciplina da semana seria trabalhado com mais intensidade, com a finalidade de sua aplicação nos municípios da clientela, através dos ACS. As Instrutoras Supervisoras, quando de seu retorno, adotavam essa prática de campo, para fins de execução.

Nesse período, a instrutora recebia a visita da supervisora de prática, a título de acompanhamento, com intenção de facilitar as demandas que surgissem no município. Evidentemente, essas eram muitas, mas sempre o supervisor dava respaldo para discutir o papel desempenhado quando da elaboração do curso. Sempre existiam as oficinas de avaliação da execução dos supervisores de prática, buscando, assim, meios para conduzir o processo e acompanhar as atividades, até porque, no bojo do processo, como seu fio condutor, estaria o papel desse indivíduo, funcionando como um elo entre a prática e a teoria recebida em cada disciplina.

Dessas oficinas, participavam os docentes, professores que seriam supervisores da prática de campo, bem assim a equipe técnica do ISC, que coordenava todo o processo. Isso não quer dizer que a demanda de cada universidade era egressa dela própria, o que seria enriquecedor, uma vez que, durante as exposições em sala de aula, os docentes tiveram oportunidade de trocar várias experiências com as instrutoras-supervisoras e com o pessoal de equipe de saúde da família, advindos de formações e de regiões distintas.

Ainda no processo de planejamento, os docentes contaram com a participação de docentes do ISC, como forma de oportunizar o debate de dúvidas que surgiam durante o período de discussão de cada disciplina; também eram elaboradas as oficinas a serem

realizadas pelas supervisoras da prática, ao final de cada disciplina, como proposta capaz de fazer com que os alunos colocassem os temas debatidos, na prática, junto com sua equipe de trabalho, que seriam os ACS e trabalhadores da saúde que desempenhavam suas funções junto às Equipes de Saúde da Família.

A execução do curso aconteceu da seguinte maneira: uma semana de concentração, para discussão de conteúdos que nortearam suas práticas, sob a coordenação de um ou mais docentes; em seguida, a dispersão; na segunda semana, normalmente acontecia uma supervisão para possíveis ajustes necessários, como negociação com órgãos municipais, com o próprio prefeito, escolas e busca de solução para outros percalços que surgissem.

Após a conclusão de uma etapa de supervisões, aconteceu uma oficina com vistas à avaliação do produto final, incluindo as facilidades e dificuldades encontradas, na perspectiva de avaliar e propor atividades que pudessem ajudar o caminhar mais eficiente, de maneira resolutiva, frente às situações emergentes de cada comunidade, na qual haviam sido realizadas as supervisões.

É oportuno salientar que, em todo o processo de municipalização dos serviços de saúde nos municípios, estão implicadas algumas normas para que ocorra seu funcionamento, explicitadas nas Normas Operacionais Básicas 91 e 96, de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde, enquanto órgãos colegiados com caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (MS, 1994).

A composição desses conselhos deve atender à Lei 8.142/90, que, em seu art. 1º parágrafo 2º, determina sua composição da seguinte maneira: representantes do governo; prestadores de serviço; profissionais de saúde e usuários, devendo ser realizada de forma paritária.

Entendemos que em cada município era encontrada uma situação ímpar, dando exemplos para uma compreensão efetiva de cada caso: conselho comunitário de saúde que não se reunia. Na oportunidade foi feita uma sugestão ao presidente, na presença da instrutora-supervisora do programa, da necessidade de uma reunião como forma de se respaldarem as resoluções do gestor municipal nas decisões que necessitavam da avaliação e do respaldo do conselho. Quando foi necessário, aconteceu essa negociação na presença da supervisora do curso, por ser ela uma pessoa vinda de uma realidade diferente da do

município e que, com certeza, iria permitir troca de experiências. Sempre que possível, foi assim que ocorreu, com a supervisora procurando esclarecer dúvidas, através da troca de experiências com outros profissionais do corpo docente e com técnicos da própria SESAB.

As aulas desse curso de especialização foram ministradas para duas turmas. A proposta do Pólo da Bahia é de um treinamento introdutório, que deve ser oferecido aos municípios que o solicitam, não obstante existir outro grupo de técnicos e docentes envolvidos nesse processo. Por ser um indicativo do Ministério da Saúde, esse treinamento é reduzido aos pleiteantes do PSF, donde se entende que possa fornecer compreensão e qualificação adequadas para seu desempenho enquanto Equipe de Saúde da Família (ESF).

Feuerwerker e Sousa (2000, p.49) relatam que esses “projetos que se caracterizaram como centros de capacitação e de cursos, desempenharam um importante papel na preparação de pessoal para o PSF”.

Isso fica evidenciado quando da implantação de várias equipes de saúde da família assessoradas pelo pólo, sob a pretensão de serem dados o suporte e o apoio necessário para um acompanhamento das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais envolvidos.

Com a necessidade de ser ampliado o universo de instituições, para dar suporte à formação dos profissionais que atuam no PSF, em 1998, a SAS/MS lançou um novo edital, o de nº 01, de 05 de dezembro de 1997, publicado no DOU de 07 de outubro de 1998, criando estímulos para que as unidades da Federação viessem a articular uma rede estadual de pólo de capacitação, formação e educação permanente para pessoal de Saúde da Família.

Feuerwerker e Sousa (2000, p.50) ressaltam que “os pólos implantados têm a missão de desenvolver ações direcionadas para os profissionais inseridos em equipes de saúde da família”.

A realidade brasileira na saúde mostra que existem cerca de 100 instituições de ensino superior - universidades, faculdades e escolas de medicina e de enfermagem, envolvidas nos pólos; essa articulação induz e exige a criação de uma rede nacional, capaz de promover e agregar os vários processos de construção do conhecimento produzido pela estratégia do PSF, nos mais longínquos municípios brasileiros (FEUERWERKER; SOUSA, 2000).

Cordeiro (2000), em análise sobre o desempenho e as propostas dos pólos, no que tange à resolutividade das ações da capacitação do PSF, cita que a iniciativa de promover a

criação dos Pólos representou um importante passo para ampliar a preparação de médicos e enfermeiros para as ações de saúde da família, com um limitado impacto nos cursos de graduação. Entendemos que as condições atuais são favoráveis à mudança na educação médica e na formação dos profissionais de saúde, que alguns princípios e orientações contemplam: interdisciplinaridade, envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde, desde o início e ao longo de todo o curso; integração ensino-serviço-pesquisa; desenvolvimento da capacidade de realizar estudos, para se manter atualizado (educação permanente); e compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional.

Ciampone e Peduzzi (2000 p. 143) afirmam que “os acordos por meio dos quais se configura o projeto comum, requerem que os profissionais possam se questionar também no plano técnico, ou seja, quanto às intervenções que executam ou julgam necessárias”.

Corroboramos com o que foi dito pela autora, uma vez que podemos descrever e apreender a importância do planejamento da ESF para a execução das atividades a serem realizadas por cada membro da equipe, e também deve ele estar preparado para acatar demandas de emergência que venham a acontecer na comunidade aí adstrita.

Existe, hoje, o desafio da criação de uma rede nacional dos Pólos. Para tanto, foi celebrado um pacto, contemplando a formulação, a execução e a avaliação de uma agenda Brasil, em que os três níveis de gestão do SUS adquirem condições de assumir, com clareza, suas responsabilidades, em seu tempo político.

Em se tratando de uma equipe composta por três categorias profissionais, desenvolvendo atividades com um fim único, a assistência ao cliente, à família e à comunidade, faz-se necessário discorrer sobre o entendimento que tem grande parte dos profissionais que compõem a academia, sobre o conceito de interdisciplinaridade e sobre o que pode estar sendo feito para alcançá-la, durante a construção e a formação do saber científico. Fica claro que a maioria acha pertinente trabalhar com essa perspectiva, mesmo que admita ser ela inviável, dada a falta de tempo dos docentes, fato que os impede de sentar à mesa para planejar em conjunto. Se isso é complicado, mais será sua execução. Não obstante, entendem ser um trabalho mais consistente e qualificado para o desempenho acadêmico, tanto dos discentes como dos docentes (VILELA, 2001).

Weil (1993, p.33) diz que “o ensino enfatiza o conteúdo de um programa e a aquisição de um conjunto de conhecimentos; a proposta holística demonstra como cada situação da existência constitui uma oportunidade de aprender”.

Corroborando com o autor, entendemos que, durante o processo de construção do saber, na perspectiva de grupo, comunidade e troca de experiências práticas, os indivíduos deixam de ser lagartas, evoluem para as crisálidas e chegam a voar como borboletas; esse processo acontece em seu mundo de saber, em sua comunidade, enquanto cidadão, e em sua prática profissional; não é diferente dentro das equipes em que se inserem, como indivíduos que se integram no processo, com propostas de mudanças em si e nos demais que se encontram ao seu redor.

A caminhada da capacitação recebida pelos trabalhadores da saúde que se encontravam inseridos no PACS e PSF foi uma demanda surgida das dificuldades encontradas em suas práticas diárias, junto às comunidades, nas quais esses profissionais se encontravam inseridos, uma vez que, para eles, essa era uma prática nova, não-vista durante seu processo de formação acadêmica universitária. A experiência era nova também na prática daqueles que buscam implementar uma nova assistência à saúde das comunidades brasileiras, dentro de uma perspectiva de prevenção, levando o indivíduo, quando necessário, a buscar uma recuperação dentro do contexto social de que faz parte.

“Isto deverá resultar de uma apreensão pragmática do objeto, não no senso comum do imediatismo, e, sim, no sentido de que este deve alimentar uma práxis, em vez de constituir-se em mera produção e incorporação de tecnologia” (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2000 p.106).

Esse momento fica evidenciado durante o processo de capacitação, quando são levantados depoimentos daqueles trabalhadores de saúde, mediante a prática vivenciada, se vai fortalecer ou não a teoria daqueles que estão na academia, na maioria das vezes distante de uma prática concreta, ou mesmo dessa “prática vivenciada”.

O que se denomina aqui de prática vivenciada é aquela em que o ator social incorpora, a partir de sua prática construída, lá na ponta, junto às comunidades onde desenvolvem suas práticas cotidianas.

A condição de supervisora da prática no *Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde* oportunizou-nos a discussão com instrutoras

supervisoras do PACS e do PSF, sobre seu cotidiano, e como esses trabalhadores agiam no enfrentamento de problemas, ainda não-vistos em seu desempenho profissional. Constituíam-se satisfação, após essas exposições, trocar idéias, discutir questões teóricas e ouvir a vivência contada sobre as práticas dos profissionais.

Freire (1996, p.59) diz "(...) que o trabalho do professor é o trabalho do professor com os alunos e não do professor consigo mesmo". Na realidade, o que talvez falte a muitos docentes é a compreensão da importância de seu papel de formador e da dimensão de seu trabalho, ficando subentendido que ele não trabalha para si próprio.

Uma vez que todo o nosso planejamento se pautou na pedagogia da problematização de Paulo Freire, foi de grande valia quando chegamos ao final, fechando as atividades, conseguir que acontecesse um *feedback* em todo o processo de capacitação realizado sob nossa responsabilidade. Isso fica evidenciado quando, durante o processo de supervisão, participamos das oficinas realizadas pelas instrutoras supervisoras, junto às suas equipes de trabalho; essas observações foram realizadas e compartilhadas em várias regiões da Bahia, a exemplo de: no oeste, em Ibotirama, Barra, Irecê, Ibipeba e Central; no norte, em Senhor do Bonfim; no sudoeste, em Aiquara, Itagibá, Ipiaú, Jequié, Vitória da Conquista, Itambé, Cândido Sales e Ribeirão do Largo.

Vale ser dito que as instrutoras realizavam, nas oficinas, a parte prática do curso de especialização, como forma avaliativa para cumprimento do cronograma de atividades que fora proposto. Entretanto, na qualidade de supervisora, o certo seria compartilhar da iniciativa, interagindo também com o grupo de ACS que se encontrava sob nossa responsabilidade.

Ainda como prática, participamos do ato de entrega de material de trabalho dos ACS, com a participação dos Senhores Prefeitos dos municípios atrás referenciados; tínhamos, por assim dizer, o compromisso de participar de negociações junto a alguns Conselhos Municipais de Saúde (CMS), como forma de orientar a comunidade sobre a importância da participação popular nos conselhos locais, onde acontece a fiscalização da execução das obrigações dos gestores municipais, estaduais e federais.

Weil (1993, p.88) enfatiza que "o mestre não deve tentar impor crenças por meio de sua força moral e de coação. O máximo que ele pode pretender é orientar os passos do

aprendiz". Corroborando com esse pensamento é que, durante o processo de negociação, apenas o supervisor de prática de campo vai servir como seu fio condutor.

Paim (1993) vê a prática de saúde dentro de um projeto educativo, em dois momentos: no primeiro, são trabalhados os objetivos do processo de trabalho, enquanto, no segundo momento, são valorizadas as relações técnicas e sociais que passaram pelas práticas, bem como os aspectos simbólicos e as representações intrínsecas entre os agentes, com a população e ambos com as organizações e instituições.

Através desses aspectos é que a prática dos Instrutores Supervisores do PACS e PSF tem demonstrado que, nas comunidades aonde esses programas vêm sendo implantados, há grandes perspectivas para o avanço da intersectorialidade, como forma de consolidação das propostas desses programas. Nessa perspectiva, os pólos de capacitação têm procurado vincular o processo de ensino ao processo de trabalho, objetivando que as relações sociais e técnicas subjacentes a ele sejam consideradas promotoras da interação social que transporta a intersubjetividade para o momento pedagógico.

Almeida Filho e Paim (2000, p. 95) dizem que,

(...) podem ser tomados como eixos condutores da formação dos docentes e discentes, as práticas sociais de saúde e os modelos de atenção alternativos, como a vigilância da saúde, as ações e serviços de saúde, com base no desenvolvimento integrado de novos modelos acadêmicos, de sistemas locais e da comunidade.

Isso fica evidente quando observamos a prática desenvolvida por aqueles indivíduos que estão inseridos no processo de mudança da assistência à comunidade, utilizando, como tal, a Atenção Básica da Saúde, através dos programas preconizados pelo Ministério da Saúde do País, em uma perspectiva de efetivação da assistência, nos mais distantes lugares de uma nação grande, com áreas ímpares em sua cultura, em sua ética e em sua concepção de cidadania.

Pires (2000, p. 255) diz que para realização do trabalho coletivo faz-se necessário que

os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência à saúde. São atividades diferenciadas, que estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.

Novos paradigmas surgem na educação brasileira e, através desses momentos de construção do saber daqueles que se instalaram nos mais longínquos municípios desta nação é

que existe essa preocupação do Ministério da Saúde enquanto órgão responsável pelo acompanhamento, avaliação e também assessoria desse processo.

É ainda Weil (1993) que diz:

Felizmente, uma nova consciência está se estabelecendo no espírito de grande parte das pessoas. Ela inspira uma outra maneira de encarar a ciência, filosofia, arte e religião. Trata-se de um momento de síntese, integração e globalização. Nessa fase, a humanidade é chamada a colar às partes que ela mesma separou nos séculos em que se submeteu à ditadura da razão.

Nesta perspectiva é pertinente a todos os campos científicos e não científicos; social e não social; políticos e não políticos que os indivíduos busquem se posicionar, no contexto que vive e desenvolve suas atividades, de maneira expressiva e compartilhada na transformação da comunidade e sociedade em que está inserido. No mundo atual se o homem não busca se informar cada vez mais perde espaço no seu campo de atuação profissional.

Concordamos com as mudanças de paradigmas propostas por Weil, de modo que através dessas mudanças os indivíduos encontrem soluções para os problemas que emergem do seu cotidiano.

Caminhando e cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais, braços dados ou não (...).
Caminhando e cantando e seguindo a canção
E seguindo a lição
Vem vamos embora que esperar não é fazer,
Quem sabe faz a hora não espera acontecer.
(Geraldo Vandré)

2 EIXO TEÓRICO: Teoria da Representação Social

2.1 Teoria das Representações Sociais (TRS)

Optamos, neste estudo, por trabalhar com a Teoria das Representações Sociais, face ao entendimento de que a mesma seria capaz de facilitar a compreensão de uma realidade social, que, neste caso particular, é a capacitação dos recursos humanos para o desempenho nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Para tanto, buscamos entender de onde se originou essa teoria. Encontramos que sua origem filosófica é pautada nas Representações Coletivas de Durkheim.

As representações coletivas para Durkheim têm suas leis próprias e pertencem à outra natureza, que é diferenciada do pensamento individual. As representações são coletivas à medida que exercem coerção sobre cada indivíduo, e conduzem os homens a pensar e agir de maneira homogênea (NÓBREGA, 1990).

Foi baseado nos estudos de Durkheim que Moscovici (1961) realizou uma pesquisa em Paris, com pacientes psiquiátricos, dando origem à Teoria das Representações Sociais. Sua discípula, Jodelet (1989), desenvolveu trabalho aplicando a teoria de Moscovici em uma comunidade urbana de Paris e obteve resultados significativos. No Brasil, são muitos os pesquisadores de várias áreas que desenvolvem e aplicam essa teoria, emergem na década de noventa vários estudiosos sobre a Teoria das Representações Sociais, como: Arruda (1998) precursora e quem primeiro trouxe a teoria para o Brasil, começando a difundi-la no estado da Paraíba; Sá (1998b); Oliveira (1998); Moreira (1998); Sobrinho (1998) o que mostra quanto a TRS vem ocupando espaço no mundo acadêmico brasileiro.

A TRS teve sua origem na França na década dos anos 60 com Moscovici, ao defender sua tese de doutorado, que lhe deu origem. Trabalhou as representações sociais a partir da representação coletiva elaborada por Durkheim, mas não segue o mesmo pensamento que o filósofo, evidencia que a representação social parte do senso comum e a torna abstrata, na perspectiva de que todos que a possuem, ou a elaborem, vejam-na de forma que todos participem de um mesmo meio, cenário, que nada mais é o espaço comum a todos os trabalhadores de saúde, e possuam a mesma pertença. Nas pesquisas de psicologia social, principalmente, esses grupos vêm divulgando e fortalecendo a teoria, em âmbito nacional. Na enfermagem, que é o caso em elucidado nesse estudo, já há uma produção significativa nas Representações Sociais.

Os estudos realizados acerca da teoria que desse suporte na construção e entendimento de nosso objeto de estudo, chegamos à conclusão de que a Teoria das Representações Sociais (TRS) estudada por Serge Moscovici na década de sessenta seria o eixo teórico que dava condições para apreensão da representação precisa do objeto de estudo, vez que entre os estudiosos que nela representam e vêm desenvolvendo estudos dentro de problemas que envolvem a prática pelos profissionais de saúde, estão Jodelet (1987); Doise (1990); Wagner (1998); Vala (2000); Grize (2001), no mundo europeu, e tantos outros.

Sá (1996) afirma que as Representações Sociais são “conjuntos sociocognitivos organizados e estruturados; constituem uma teoria que está longe de ser completa, fechada e definitiva”.

É de Jodelet apud Sá (1996) o conceito de Representações Sociais, como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As Representações Sociais são princípios geradores de tomadas de posição ligados às inserções específicas, em um conjunto de relações sociais e que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações (DOISE, 1990).

Para Abric (1994), existem quatro funções essenciais para que aconteça a Representação Social: a do saber, durante a qual acontecem a compreensão e a explicação de uma realidade; a identitária, que difere a identidade, permitindo salvaguardar a especificidade dos grupos; a de orientação, que vai guiar os comportamentos e as práticas; e a justificatória, que permite justificar as tomadas de posição e dos comportamentos.

Diante do exposto, entendemos ser o uso da Teoria das Representações Sociais pertinente ao objeto do presente estudo, uma vez que o trabalho será feito com o indivíduo, com a equipe, e com a comunidade, envolvendo atitudes e ações no processo de construção de saber. Os atores sociais a serem estudados serão profissionais de saúde que se encontram em processo de avaliação e transição de mudança de uma estratégia de ação, para uma atenção básica à saúde, em determinado município. Serão consideradas suas percepções e também o que esses símbolos traduzem, incluindo sua capacitação, com o indicativo de qualificação, dentro de uma realidade vivenciada evidente e natural.

Tura (1998), baseado nos estudos de Jodelet (1989), diz que as representações sociais constituem-se em um saber prático, que é atualizado mediante ação do ator social. Daí que neste estudo pretendemos apreender a ocorrência da mudança da prática das enfermeiras após terem sido capacitadas pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família da Bahia, em oito municípios desse estado, vez que a importância do estudo no campo das representações sociais relacionados com a prática de saúde, assume significações que possibilitam a apreensão de processos e mecanismos nos quais o sentido do objeto em estudo é constituído pelos sujeitos concretos nas suas relações cotidianas.

Entendemos que através dessa teoria obteremos suporte teórico e metodológico necessário para apreensão da mudança da prática das enfermeiras nas suas atividades cotidianas, nos seus desempenhos profissionais. Tomando como parâmetro a capacitação recebida; a percepção que têm do/no campo de trabalho; a possibilidade de refletir as ações empreendidas; a desconstrução e reconstrução das suas práticas numa nova perspectiva apreendida.

Assim sendo, representar uma coisa é reconstruí-la, retocá-la, modificar-lhe o texto. O mais importante na Teoria das Representações Sociais é o que ela produz e o que determina como comportamentos, visto que define, ao mesmo tempo, a natureza dos estímulos que envolvem as pessoas, provocando-as, com a finalidade de obter respostas significativas (SÁ, 1996).

Por sua vez, refere Sá (1996) que Moscovici (1978) considerava o conceito de representações sociais coletivas insuficiente para lidar com os fenômenos localizados da Psicologia Social e propõe o termo representações sociais, considerando-o em um espaço psicossociológico singular.

Neste sentido, o conhecimento do senso comum adquiriu visibilidade suficiente para destacar o pensamento das massas, não mais como algo confuso, inconsistente e ingênuo, em contraposição ao rigor do conhecimento. A estruturação e natureza particular deste saber, restituindo seu *status* de legitimidade e de consistência (GUIMARÃES, 2003).

Para Moscovici (1978) as representações sociais incluem duas funções: contribuir com o processo de formação de condutas e atuar como orientadoras das comunicações sociais. No entanto, Jodelet (2001) acrescenta que as representações sociais além de ter funções

orientadoras e organizadoras das condutas e comunicações sociais, intervém nos processos de difusão e assimilação⁴ dos saberes, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição da identidade, na expressão dos grupos, e de modo mais abrangente, nas transformações sociais.

Na elaboração das Representações Sociais, Moscovici (1961/1976) parte de dois processos: a **objetivação** e a **ancoragem**. Tanto a objetivação quanto à ancoragem são operações através das quais o indivíduo age com base na memória, uma vez que as palavras fazem mais do que representar coisas, elas criam coisas e passam-lhes suas propriedades (SCHULZE, 1985).

No processo da **objetivação**, tendemos a caminhar para fora, fazendo emergir conceitos e imagens da memória, a fim de combiná-los e reproduzi-los no mundo externo, criando algo novo, para que se possa vê-lo, com o auxílio do já visto. Na ancoragem, coloca-se a memória em moção, haja vista ser ela dirigida para dentro. Prossegue-se, armazenando e buscando em suas fronteiras - coisas, pessoas e eventos que ela identifica, como um protótipo, ou que reconhece, atribuindo-lhe determinado nome. Esse processo ocorre quando há materialidade de um objeto abstrato representado, dando textura material às idéias, fazendo corresponder às palavras (SÁ, 1996).

NÓBREGA (2001) em seus estudos classifica o processo de objetivação em três fases: a construção seletiva, a esquematização estruturante e a naturalização.

a) a **construção seletiva** permite a retirada de elementos dos quais as informações que circulam são formadas no senso comum. Esses elementos retirados ocorrem de acordo com os critérios culturais de pertencimento do grupo e critérios normativos que atuam como retentores dos elementos da informação e preservando a coerência com os sistemas de valores do próprio grupo.

b) a **esquematização estruturante** ou *núcleo figurativo* é o elemento mais estável da representação. Toda a representação organiza-se em torno de um núcleo central e elementos periféricos. O núcleo permite estabilidade da estrutura imageante e relaciona-se com os demais elementos periféricos que constituem o tecido representacional.

c) a **naturalização** confere realidade ao abstrato, passando o conceito atribuído do campo da idéia e ou/simbolização da imagem para transformar-se numa entidade autônoma (NÓBREGA, 2001).

O outro processo de construção da representação social é a ancoragem, a qual está dialeticamente articulada à objetivação, para assegurar suas três funções fundamentais: incorporação do estranho ou do novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos. Acrescenta Jodelet (2001) que a ancoragem permite incorporar o desconhecido tornando-o familiar e assegura a incorporação ao social, enraizamento no sistema de pensamento e seu objeto numa rede de significação, dando-lhes coerência e instrumentalização do saber, por meio da assimilação interpretativa e funcional.

Para que o estranho seja familiarizado e dominado, os sistemas de pensamentos estabelecidos, ou mesmo os mais arcaicos, tendem predominar através dos mecanismos de classificação, de comparação e de categorização. Conclui-se de acordo com o pensamento de Nóbrega (2001) que a função da objetivação consiste na interação com os grupos sociais através dos processos de comunicação, sendo esta elaborada a partir da dissociação de um conceito ou enunciado do quadro de referência científica ou ideológica.

Para Nóbrega (2001) as representações sociais apresentam movimentos contínuos, os quais são estabelecidos nas diversas ondas de comunicação, portanto é necessário observar seu conteúdo e sentido, que se estruturam a partir de três sistemas indutores, isto é das dimensões: a difusão, a propagação e a propaganda, estas correspondem, respectivamente, à edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos. A forma de comunicação tem como consequência representações sociais específicas, as quais são estabelecidas na dinâmica das interações entre sujeito – objeto articulado no âmbito do pensamento social.

As edificações das condutas perpassam três eixos: Informação, Propagação, Propaganda, os quais organizaremos as representações.

A **informação** é o conjunto de conhecimentos, qualitativos e quantitativos apreendido por um grupo específico acerca de determinado objeto social.

Ao contrário da difusão, a **propagação** exige uma organização mais complexa das mensagens “Essa modalidade de comunicação tem propriedades semelhantes às do conceito de atitude” (Nóbrega, 2001, p.80). A atitude é caracterizada como uma organização psíquica

que tem (positiva ou negativa com um objeto, e esta pode ser dotada de uma função reguladora. “As atitudes são esquemas antecipadores, latentes, possibilitando a regulação das reações a todos os estímulos coletivos” (NÓBREGA, 2001, p.81).

A **propaganda** consiste de uma forma de comunicação de um grupo e encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas, em que se dá a polarização. A representação do “objeto do conflito é elaborada sobre a perspectiva da incompatibilidade entre verdadeiro e falso saber, em que o objeto é reduzido a uma visão mistificadora, embora seu valor de verdade seja reconhecido” (ibidem, p.81).

Vale destacar que a contribuição da TRS, como referencial; ocorreu pela teoria proporcionar um elo de compreensão dos fenômenos cotidianos. Portanto, sua contribuição nesta pesquisa, reside exatamente na possibilidade de adentrar nas redes sociais cotidianas e buscar a compreensão das formas de pensar e agir de determinados segmentos sociais.

Nada do que foi será,
De novo ou do jeito que já foi um dia
Tudo passa tudo sempre passará
A vida vem em ondas como o mar
Num indo e vindo infinito
Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente viu a um segundo
Tudo muda o tempo todo no mundo (...).
(Lulu Santos)

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 Tipologia do estudo

O estudo é de natureza descritiva apoiada no eixo teórico da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1961; 1978), e Jodelet (2000).

A pesquisa de caráter descritivo na perspectiva de Gil (1990) constitui fonte de investigação e estudo, em geral, por pesquisadores sociais e busca primordialmente fazer a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou mesmo o estabelecimento de relações de variáveis. No entanto algumas dessas pesquisas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação.

3.2 Campo da pesquisa

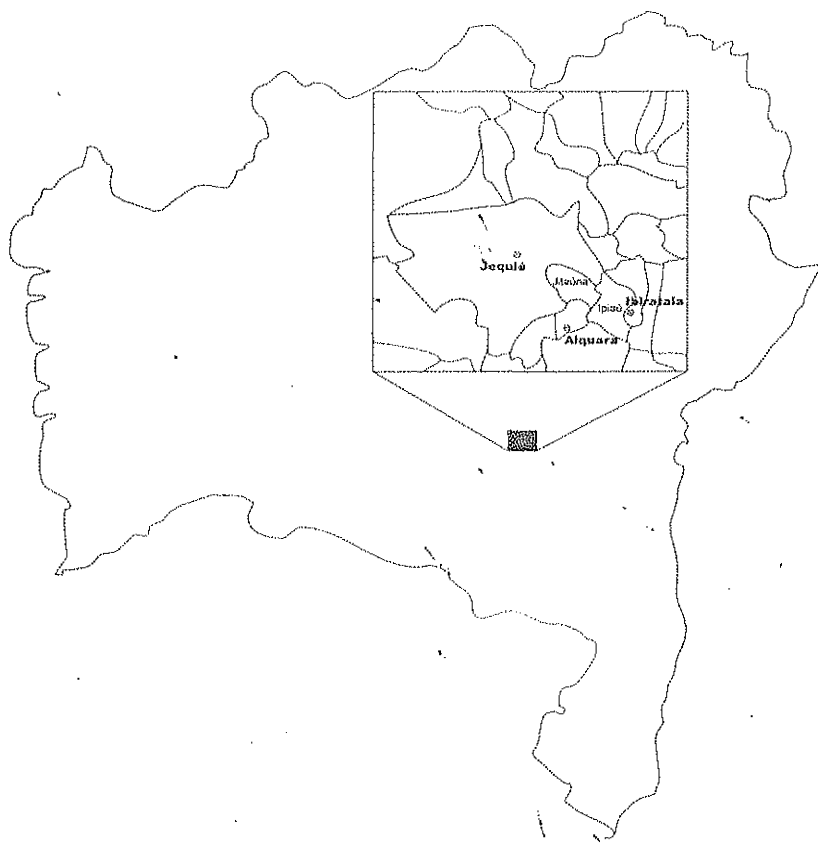
Esta pesquisa foi desenvolvida com enfermeiras que foram capacitadas pelo Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal da Saúde da Família/Bahia, e que se encontram inseridas nos serviços de saúde dos municípios de Jequié (1), Aiquara (2), Ibirataia (3), Jaguaquara (4), Vitória da Conquista (5), Barra do Choça (6), Caetê (7) e Irecê (8), localizados no estado da Bahia – Brasil. A escolha desses sujeitos deveu-se ao fato de todas terem sido capacitadas pelo pólo de capacitação aludido e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Campus de Jequié.

No levantamento realizado junto à secretaria da coordenação do pólo de Jequié, detectamos que trinta e quatro alunas foram inscritas nos cursos e que apenas vinte e sete delas os concluíram. Dessas, somente vinte e quatro se disponibilizaram a participar da pesquisa. Procuramos as secretarias de saúde dos referidos municípios para oficializar e viabilizar nossa ida até estes e proceder à aplicação do instrumento de coleta de dados: uma entrevista semi-estruturada e o diário de campo.

Os municípios representados neste estudo, conforme divisão administrativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), encontram-se assim localizados: Jequié, Aiquara, Ibirataia e Jaguaquara pertencentes a 13ª Diretoria Regional de Saúde (13ª DIRES); Vitória da Conquista e Barra do Choça pertencendo a 20ª DIRES e; Caetê e Irecê a 24ª DIRES. A estes oito municípios denominamos de cenários.

No mapa que segue encontram-se em destaque os municípios pesquisados que compõem a microrregião de Jequié: Jequié (cenário 1); Aiquara (cenário 2); Ibirataia (cenário 3); e Jaguaquara (cenário 4).

Mapa 1: Representa a microrregião de Jequié, onde estão localizados os municípios que representam os cenários 1; 2; 3 e 4:



- **Cenário 1 – Município de Jequié.**

Jequié, município situado às margens da BR116, denominada Rio - Bahia, e está ligado pela BR 330 à BR 101, fazendo intercâmbio com as cidades do Sul do Estado da Bahia. Com área de 3.047 km², população de 179.128 mil habitantes. Encontra-se na mesorregião 2906 – Centro Sul Baiano; microrregião 29024 – Jequié; faz parte do Distrito Sanitário 2903 – Jequié e da Regional de Saúde 2913 – Jequié. Geograficamente, encontra-se numa área de transição entre a mata atlântica e o semi-árido.

O primeiro município a ser pesquisado. Procuramos a coordenação do PACS e PSF localizado na Secretaria de Saúde do mesmo, com a finalidade de obtermos permissão para coleta dos dados. Aguardamos a Secretária de Saúde assinar a autorização, ao tempo em que fomos ao Conselho Municipal de Saúde solicitar uma cópia da ata da reunião que discutiu e autorizou o desenvolvimento do nosso projeto e a forma como deveria acontecer as entrevistas com as enfermeiras inseridas nos referidos programas.

Apesar do envio do nosso projeto ter acontecido no final do mês de julho início de agosto, o projeto foi apreciado em reunião do dia vinte e dois do mesmo mês, tendo sido

respaldado a execussão do mesmo pelo referido fórum. Ficamos no aguardo de um sinal para entrarmos em campo e nada nos foi dirigido apesar de várias tentativas e contatos com a coordenação do PACS e PSF de Jequié nada nos foi repassado. Como já se passavam mais de dois meses fomos até o município e procuramos informações, daí o coordenador dos referidos programas nos informou que estava aguardando uma resposta da Secretária de Saúde da possibilidade ou não de que fossem realizadas as entrevistas com as enfermeiras capacitadas no Pólo de Jequié, vinculadas aquela Secretaria de Saúde. A nossa presença foi fundamental para que a autorização fosse concedida, e pudemos então entrar no campo para coleta dos dados, no mês janeiro. Fomos a cada Unidade de Saúde e procuramos marcar com cada uma das enfermeiras a realização da entrevista justificando sempre a importância da realização do nosso trabalho para a academia e também para o município.

Com relação à situação de saúde, o município encontra-se na Gestão Plena da Atenção Básica. Possui onze equipes de saúde da família, sendo nove na zona urbana, e duas na zona rural nos distritos de Florestal e Itajuru. Possui seis equipes de PACS, quatro funcionando na zona urbana, e duas, na zona rural; no total, o município conta com a participação efetiva de 231 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Já existe proposta de serem acrescentadas mais seis equipes de PSF ao município. Esse município conta, também, com um hospital geral referência para a microrregião que atende a 23 municípios. Existem quatro Centros de Saúde com os programas preconizados pelo Ministério da Saúde implementados na perspectiva de consolidar o SUS; e foram implantadas sete Unidades Básicas de Saúde da Família na zona urbana, e duas na zona rural.

Jequié hoje se tornou um município onde os cursos universitários tiveram um crescimento significativo para seu desenvolvimento e seu crescimento; e funciona aí um Campus da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia que possui os cursos: na área de saúde, os de enfermagem, educação física e fisioterapia; na área de educação, a licenciatura em: letras, ciências biológicas, química, matemática e pedagogia; e mais os cursos de pós-graduação servindo à comunidade local e à microrregião de Jequié e de municípios mais distantes do estado da Bahia. Esses estudos desenvolvidos nos cursos de pós-graduação contribuem para o desenvolvimento científico, político, social e econômico do município.

No que refere ao Sistema de Informações em Saúde, todos os sistemas básicos encontram-se em pleno funcionamento: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do Cartão

SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), dando o devido prosseguimento ao cadastramento de 100% da população.

Sua população economicamente ativa encontra-se inserida em atividades agrícolas; no município, existe um poliduto, que tem por finalidade distribuição de combustíveis para o Estado da Bahia.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades; Pastoral da Criança, Associação dos Moradores de Bairros.

Neste município foram ouvidas e observadas enfermeiras no desenvolvimento de suas atividades, administrativas ou não. Existia uma das enfermeiras que trabalha no distrito de Jequié e que devido a alguns treinamentos que a Secretaria de Saúde, da Bahia estava realizando no mesmo essa enfermeira foi entrevistada participando de uma reunião avaliativa com as demais enfermeiras desse município na própria secretaria de saúde.



Foto 1. Enfermeira e enfermeiro capacitados pelo Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal da Saúde da Família/Bahia, assumindo função de coordenação da Diretoria de Atenção Básica do Município de Jequié.

Nesta foto encontra-se o cotidiano da diretoria de saúde da Secretaria Municipal de Saúde Jequié, que é composta por dois profissionais enfermeiros na condução das atividades de coordenação do PACS e do PSF desse município. Este é o local onde está localizado o conselho municipal de saúde. Aí foi registrado uma reunião ocorrida nesta sala, no momento em que nos encontrávamos colhendo os dados de nosso estudo. Era um momento onde de discussão buscando um caminho de ser atingido a meta da coleta de lâminas do preventivo de

câncer cêrvico - uterino, em um determinado distrito devido as condições precárias de acesso ao mesmo. Apesar de já ter buscado uma parceria junto a diretoria de obras do município até o momento nenhuma providência havia sido tomada para resolver ou dar condições de tráfico naquela estrada de acesso ao distrito de Florestal.

Na oportunidade participamos da reunião, podemos inferir que esses profissionais trabalham na perspectiva dos dados Epidemiológicos do município na Vigilância à Saúde, cumprindo um planejamento pré-estabelecido conforme o que foi discutido no curso de especialização do qual fizeram parte.

Na foto 2 observamos a enfermeira da unidade de saúde da família de Padre Hilário localizado no Inocoop desenvolvendo atividades administrativa conjuntamente com a auxiliar de enfermagem que compartilhava nesse instante o cartão SUS para ser encaminhado a secretaria de saúde desse município.



Foto 2. Enfermeira e auxiliar de enfermagem da ESF de Pe. Hilário desempenhando atividades administrativas relativas a planejamento de assistência.

O trabalho participativo faz-se presente quando do desenvolvimento dos trabalhos realizados pela enfermeira e auxiliar de enfermagem que compõem a equipe de saúde da família em busca de uma assistência de qualidade na assistência da comunidade adstrita a unidade básica de saúde da família de Padre Hilário.

A foto 3 mostra uma das enfermeiras da equipe de saúde da Família da UBS de Pe. Hilário em uma consulta de acompanhamento da cliente de sua área de atuação. Tendo como suporte a auxiliar de enfermagem que faz a triagem dos casos e encaminhamentos para a mesma.

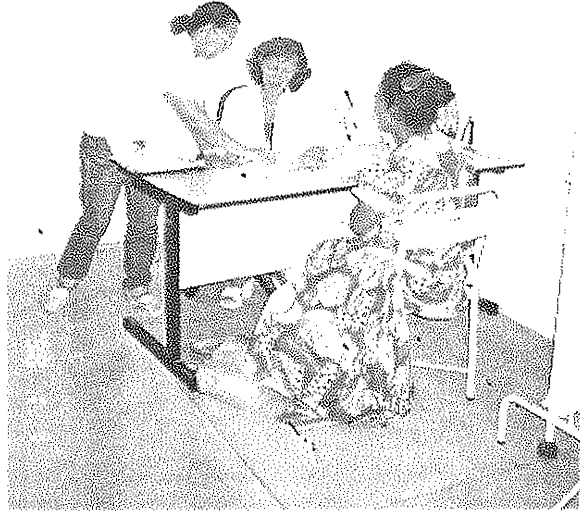


Foto 3. Atendimento conjunto da enfermeira e auxiliar da equipe de saúde da família da UBS de Pe. Hilário.

No processo de atendimento acontece a participação da auxiliar de enfermagem da equipe, contribuindo com suas opiniões e sugestões acerca dos procedimentos a serem tomados com relação a assistência prestada e a ser prestada a essa cliente.

Nessa UBS observamos as atividades aí desenvolvidas pelas equipes que são em número de duas atendendo a comunidade adstrita a mesma, ao tempo realizamos a entrevista com as depoentes em horários distintos ao da consulta, atendimento e atividades administrativas que as mesmas estavam a realizar.

Outra UBS observada foi a unidade Doutora Iza Borges (Foto 4) situada no bairro Quilômetro Quatro. Nessa unidade existe apenas uma equipe de saúde da família desenvolvendo suas atividades. No período de nossa observação era dia do atendimento a clientela de controle de hipertensão e diabetes. A clientela desse programa é aprazada mensalmente para acompanhamento e controle.

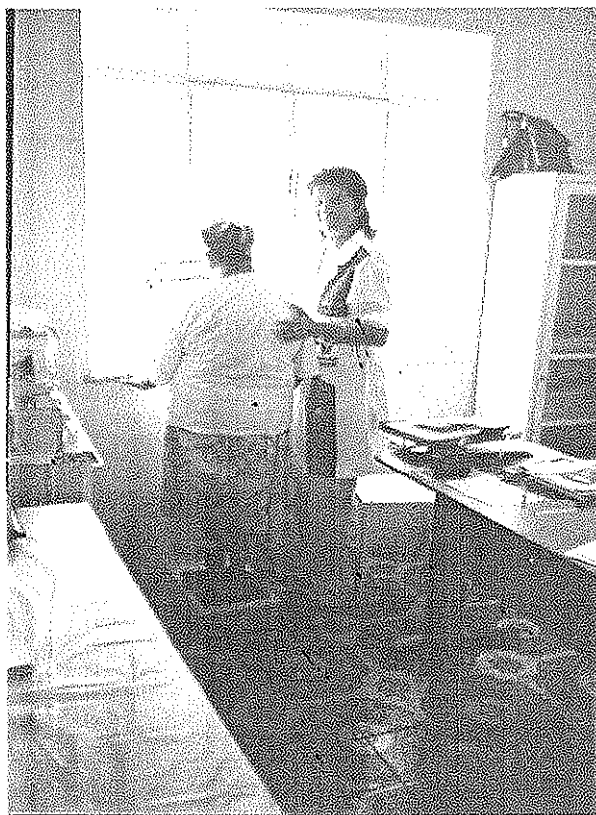


Foto 4. Atendimento da enfermeira a cliente em acompanhamento do programa de Hipertensão.

O nosso próximo palco de observação foi o Centro de Saúde Almerinda Lomanto (Foto 5) onde observamos o trabalho da enfermeira capacitada pelo pólo já referido, docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), exercendo atividades de extensão no atendimento ao portador de diabetes, trabalho desenvolvido em conjunto com a enfermeira da unidade.



Foto 5. Enfermeira-docente em atividade de extensão no atendimento ao diabético.

O próximo cenário (**Foto 6**) corresponde ao Departamento de Saúde da UESB, onde a enfermeira capacitada pelo pólo em estudo atua como docente e exerce atividades de coordenação: da área de saúde coletiva; da disciplina de Políticas de Saúde; e de projeto de extensão na área de saúde mental.



Foto 6. Enfermeira em reunião de grupo no Departamento de Saúde da UESB.

• Cenário 2 – Município de Aiquara.

Como município que representa esse cenário, nomeamos Aiquara, com área de 195,9km², foi desmembrado do município de Jequié e emancipado em 12/04/1962, situado a 402km de Salvador. Faz parte da Mesorregião, Litoral Sul Baiano; Microrregião Geográfica (24) e Região Administrativa (13) Jequié-BA, sendo esse município sede do distrito sanitário (2903) e regional de Saúde (2913).

Encontra-se com limites com os municípios de: Ipiauí, Itagi, Itagibá e Jequié; possuindo como referência o município de Jequié. Em 1996, o município de Aiquara possuía uma população de 6.716 habitantes. Com o novo recenseamento, obteve uma taxa média geométrica de crescimento negativo de -5,7, decrescendo o número total da população para 5.315 habitantes (IBGE-2000), em 1.343 domicílios.

O município possui uma comunidade constituída de pequenos agropecuaristas e lavradores de cacau, banana, mandioca, milho, café, e outras culturas, apresentando um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH=0,410) do Estado da Bahia.

As precárias condições de vida e de moradia favorecem bastante a ocorrência de doenças infecto-contagiosas e infecto-parasitárias, pois os domicílios tornam-se habitat

favorável para o surgimento e desenvolvimento de agentes etiológicos, principalmente das doenças provocadas por falta de saneamento básico e por veiculação hídrica.

O Município está inserido na Gestão Plena da Atenção Básica, possui uma Unidade Mista de Saúde com internamento hospitalar em Clínica Médica, Pediátrica e Obstétrica, com 18 leitos conveniados com o SUS. Possui uma Unidade Básica de Saúde no Povoado de Palmeirinha. No momento, existem em seu quadro quinze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cobrindo cerca de 97,8% da população, e estão sendo implantadas duas equipes do PSF, que lhe darão cobertura de 100%. No que se refere ao Sistema de Informações em Saúde, encontram-se em pleno funcionamento com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), dando o devido prosseguimento ao cadastramento de 100% da população.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades, Pastoral da Criança, Associação dos Moradores do Bairro São Francisco e do Povoado de Palmeirinha, dentre outros.

Os Municípios brasileiros em sua maioria enfrentam problemas semelhantes e diversas dificuldades; dessa maneira, construir a análise da situação de saúde de sua população é difícil, se considerar o conceito de saúde como qualidade de vida da população, relevando os aspectos: moradia, renda, alimentação, educação, trabalho, lazer, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, dentre outros, pois esses fatores irão determinar a situação de saúde, a qual estaremos construindo a partir dos dados estatísticos, e a própria vivência da comunidade.

Os indicadores epidemiológicos são construídos a partir de diversos setores, como: SESAB, IBGE, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, PACS, Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde (MS). Todos apresentam informações que juntas formam o perfil epidemiológico do Município, daí podem ser traçadas as ações de intervenção dos problemas. Algumas dessas informações são definidas como Problemas de Saúde da População e Problemas do sistema de Saúde.

Os problemas levantados do Estado de Saúde da População de Aiquara em 2001 foram: Hipertensão Arterial; Esquistossomose; Problemas Mentais; Alcoolismo e Problemas Dentários. Na atualidade, nesse município encontram-se implantados os seguintes programas: Hipertensão arterial; Diabetes; Pré-natal; Planejamento Familiar; Acompanhamento à criança – SISVAN; Preventivo e Tuberculose.

A escolha desse município se deu devido nele se encontrar desenvolvendo atividades junto ao PACS e com vistas a implantação do PSF, uma enfermeira egressa do segundo curso de especialização oferecido pelo Pólo de Capacitação da Bahia e que foi aluna do Campus de Jequié.

Após vários contatos com a secretária de saúde do município da possibilidade da nossa presença no município pra coleta de dados para servir de material para a construção da nossa tese, obtivemos um sinal verde e ainda a enfermeira antecipadamente entrou em contato conosco proporcionando nossa locomoção até esse município uma vez que a ambulância todos os dias leva pacientes para fazer hemodiálise no município de Jequié, retornando em seguida com um grupo de profissionais que residem naquele município. Isso aconteceu quando o transporte nos pegou e fomos em companhia de uma enfermeira que na oportunidade ainda se encontrava com residência em Jequié, mas que logo estaria fixando residência no município de Aiquara. Na (Foto 7) observamos uma reunião de treinamento das enfermeiras do PSF com os ACS da zona Rural, discutindo sobre o combate ao mosquito da Dengue nas suas áreas de atuação devido a especificidade de cada uma.



Foto 7. Enfermeiras contratadas para implantação do PSF do Município de Aiquara em treinamento de combate ao mosquito da Dengue com os ACS da zona Rural.

Ao chegarmos no município fomos recebidas pela enfermeira que nos apresentou aos funcionários da unidade mista, visitamos as instalações. Fomos convidadas para tomar café da manhã que é rotina para todos os funcionários que ali chegam pela manhã como o almoço também é servido nessa mesma unidade. Posteriormente fomos apresentadas a secretária de saúde que se prontificou para nos atender em tudo que estivesse ao seu alcance. Em seguida fomos a secretaria de educação do município local onde foi realizada uma reunião com os agentes comunitários de saúde, que teve por objetivo a prevenção e o combate a dengue. Como participantes dessa reunião se encontravam no ambiente duas enfermeiras e os agentes comunitários de saúde da zona rural que eram foco do trabalho a ser desenvolvido, como visto na (Foto 8).



Foto 8. ACS da zona Rural em reunião com as enfermeiras do PSF no município de Aiquara.

Durante o processo de coleta de dados tivemos a oportunidade de entrevistar uma enfermeira que foi capacitada pelo Pólo. No momento esse município possui duas enfermeiras acompanhando toda a tramitação da documentação e preparos para que ocorra a implantação e implementação de duas equipes de saúde da família. Uma no povoado de Palmeirinha e a outra na sede do mesmo.

• Cenário 3 – Município de Ibirataia.

Nossos contatos com o município de Ibirataia aconteceu por telefone e após contatos com o secretário de saúde que me autorizou a entrar em campo para coleta dos dados, encaminhamos para o município, partindo do município de Jequié que ficou como nosso ponto de apoio, até o município de Ipiauí, ficamos no terminal rodoviário aguardando um transporte que nos conduzisse até o município de Ibirataia. Quando chegamos no terminal

rodoviário desse município procuramos informações onde se encontrava a unidade básica de saúde do local. Para nossa alegria estava dali uns cem metros. Ao chegarmos na unidade de saúde procuramos a coordenação da mesma e nos identificamos.

Em seguida fomos conduzidas a manter o primeiro contato com as enfermeiras desse município que foram três, logo se prontificaram a participar da pesquisa e ficaram uma arrumação de acordo com os atendimentos e atividades que cada uma tinha planejado para aquele dia. Tivemos oportunidade de acompanhá-las, isoladamente no desenvolvimento das suas atividades. Nesse município duas encontram-se diretamente inseridas nas equipes de saúde da família. Enquanto que a terceira trabalha na Vigilância Epidemiológica do mesmo.

Em Ibirataia todas as três enfermeiras foram capacitadas pelo Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal da Saúde da Família/Bahia. Na oportunidade fomos informadas de que existia um enfermeiro que veio de Itabuna e estava recebendo treinamentos para implantação de mais uma equipe de saúde da família no distrito de Algodão. Ibirataia é o município que em nosso trabalho representa o terceiro cenário de nossa pesquisa. Com área de 227km², uma população de 28.691 mil habitantes, distando 360 km da capital, Salvador. Ibirataia fica situada na mesorregião 2907-Sul baiano e faz parte da microrregião 29031 – Ilhéus – Itabuna. Dessa forma, faz parte do Distrito Sanitário 2905 – Ilhéus, e da Regional de Saúde 2913 – Jequié.

No que refere ao sistema de saúde, encontra-se na Gestão Plena da Atenção Básica; possui na zona urbana quatro equipes de PSF, e uma equipe de PACS na zona rural; isso leva o município a ter uma abrangência de 100%. No que refere ao Sistema de Informações em Saúde, encontra-se em pleno funcionamento, com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), dando o devido prosseguimento ao cadastramento de 100% da população. Com relação ao quantitativo de ACS do município, hoje, sua realidade é de 24, desenvolvendo suas atividades na zona urbana, e 21 na zona rural, que, no momento, têm implantado a maioria dos programas propostos pelo MS; pretende-se com isso consolidar os princípios determinados pelo SUS. Como existe um distrito com condição de implantar uma equipe de saúde da família, isso já vem sendo mobilizado por toda a comunidade interessada nessa realização.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar,

Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades, Pastoral da Criança.

Sua população economicamente vive do plantio do cacau e, na sede do município, existe uma fábrica de cerâmica; na zona rural, existe uma fábrica de polpa de frutas; e a maioria da população é empregada da rede municipal.

Na (Foto 9) observamos o trabalho em conjunto desenvolvido pelas enfermeiras do PSF de Ibirataia, isto devido a existência nessa unidade de duas equipes de saúde por motivo que nessa comunidade comporta duas unidades de saúde e a outra se encontra em construção.



Foto 9. Enfermeiras de duas equipes de PSF do Município de Ibirataia elaborando relatório mensal de atividades da UBSF.

No dia em que passamos observando e aplicando a nossa entrevista nesse município presenciamos o trabalho em conjunto realizado pelas enfermeiras que se encontram em atividades na mesma unidade de saúde da família assim como a participação da enfermeira responsável pela Vigilância Sanitária do mesmo.

Após a aquisição dos dados desse município retornamos ao município de Jequié para daí ser para nós o ponto de partida para os outros municípios onde fomos realizar nossa pesquisa.

- **Cenário 4 – Município de Jaguaquara.**

Como município que representa esse cenário, nomeamos Jaguaquara: possui área de 964 km², população estimada de 43.258 mil habitantes. Faz parte da mesorregião 2906 – Centro Sul Baiano; da microrregião 29024 – Jequié; do Distrito Sanitário de 2903 – Jequié e da Regional de Saúde 2913 - Jequié. No que refere ao Sistema de Informações em Saúde,

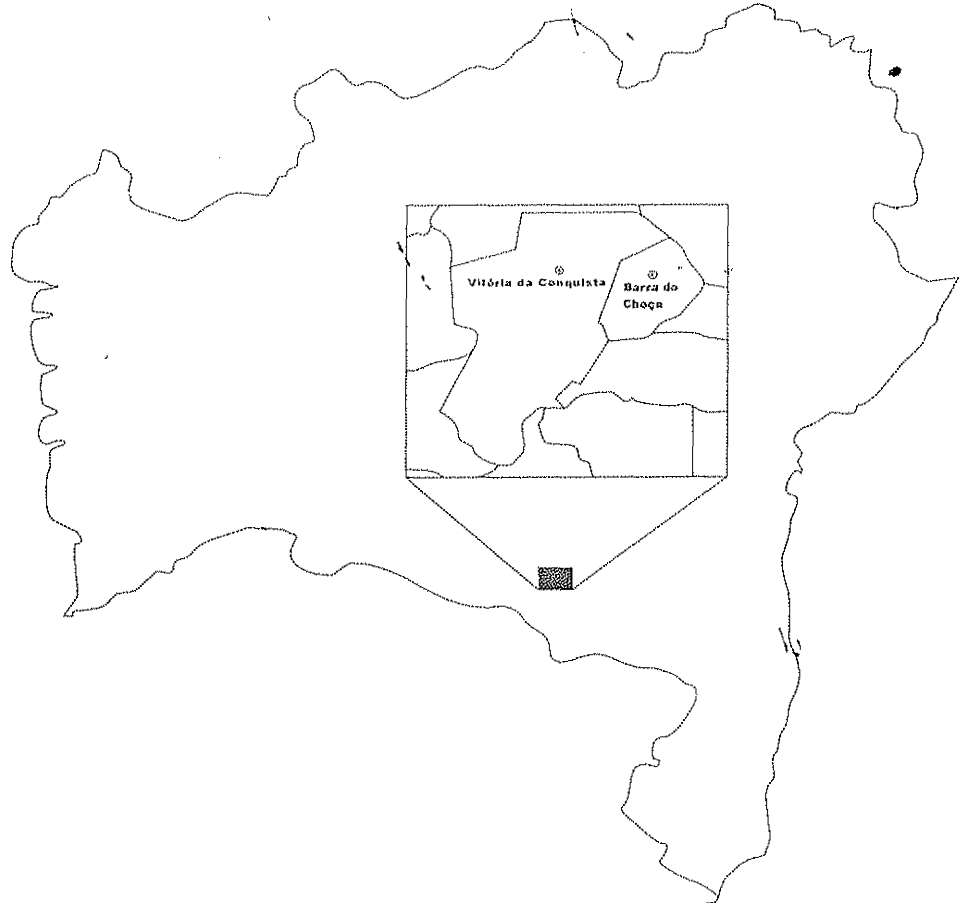
encontra-se em pleno funcionamento com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), dando o devido prosseguimento ao cadastramento de 100% da população.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades, Pastoral da Criança, Associação dos Moradores de Bairros, dentre outros.

Neste município a enfermeira entrevistada foi contratada para organização e implantação do PSF, no momento este município conta com duas equipes de saúde da família.

No mapa 2 abaixo está representada a microrregião de Vitória da Conquista e em evidência os municípios que fizeram parte desse estudo: Vitória da Conquista (cenário 5) e Barra do Choça (cenário 6).

Mapa 2: Representa a microrregião de Vitória da Conquista, estando em evidência os cenários 5 e 6.



- **Cenário 5 – Município de Vitória da Conquista.**

Como município que representa esse cenário nomeamos Vitória da Conquista, que possui população estimada de cerca de 253.000 habitantes, com mais de 15% residindo em doze distritos da zona rural, com 284 povoados. Faz parte da mesorregião 2906 – Centro Sul Baiano; da microrregião 29028 – Vitória da Conquista; do Distrito Sanitário de 2903 – Jequié, e da Regional de Saúde 2920 – Vitória da Conquista. Está localizada na microrregião do Planalto de Conquista, no Sudoeste da Bahia e incluído no Polígono da seca; tem uma área de 3.743 Km², distribuída em 12 distritos. Sua localização possibilita grande concentração de migrantes em decorrência do entroncamento de várias rodovias e polarizando uma região de mais de 80 municípios. Apresenta grandes variações climáticas devido à sua altitude que em alguns lugares chega a atingir mais de 900 metros, com temperatura média anual em torno de 18 graus centígrados. Vitória da Conquista é um pólo comercial importante; é o principal centro regional na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde, contando com serviços médicos especializados e uma universidade pública estadual (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia).

A administração atual do município, de perfil democrático-popular, vem se pautando nos princípios da transparência administrativa, na inversão de prioridades, na participação popular e no trabalho em parceria, buscando fomentar a co-responsabilidade social. Teve por meta da saúde assegurar a municipalização do sistema, permitindo a implantação dos vários serviços e programas de atenção básica, em especial aqueles atendimentos voltados para as famílias dos bairros populares e da zona rural, através de profissionais de nível superior, de nível médio e dos Agentes Comunitários de Saúde. O Plano Municipal de Saúde foi elaborado através de fóruns populares coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde, que, após ser reestruturado, passa a ter maior autonomia política e de gestão de recursos.

A Estratégia de Atenção à Saúde da Família, iniciada em 1998 com cinco equipes de Saúde da Família, vem sendo ampliada progressivamente, chegando atualmente a 20 equipes. Todas as equipes do PSF fizeram Treinamento Introdutório oferecido pelo Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Profissionais de Saúde da Família; e diversas ações de educação vêm sendo oferecidas; entre elas, treinamentos em AIDPI, Prevenção de Câncer Cérvico Uterino, Planejamento Familiar, DST/AIDS, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica e Atualização para os Auxiliares de Enfermagem. As equipes participam das atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente do Pólo

Estadual, mais de 30% da população já é coberta pelas equipes do PSF, e 83% por Agentes Comunitários de Saúde. As demais unidades básicas de saúde já atuam com área territorial delimitada, e progressivamente estão recebendo as novas equipes de Saúde da Família.

As equipes do PSF em Vitória da Conquista são compostas por médico, enfermeiro, odontólogo, três auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza, e serviços gerais e vigilantes. Os profissionais do PACS/PSF são contratados sob regime celetista, com todos os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados, através da Associação de Apoio Saúde Conquistense, ONG conveniada com a Prefeitura Municipal. A estratégia de Saúde da Família é prioridade da atual gestão municipal e já apresenta impacto positivo sobre a saúde da população coberta pelas equipes do PSF, com 71,6% das gestantes realizando consultas de pré-natal mensal e 69,2% das crianças menores de um ano com vacina em dia (dados de 1999).

Hoje, em Vitória da Conquista, o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona. O Sistema Municipal de Saúde é público e gratuito e estruturado através de uma rede hierarquizada de serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. A porta de entrada do SUS é composta por catorze Unidades de Saúde da Família (seis delas na zona rural), contando com vinte Equipes de Saúde da Família, 400 Agentes Comunitários de Saúde e quinze enfermeiros (as) instrutores / supervisores do PACS; sete Unidades Básicas de Saúde (na sede do município), com reorganização programada para Unidades de Saúde da Família, e sete serviços de urgência/emergência(conveniados/contratados).

Com o desempenho positivo que vêm tendo a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o número de municípios que vêm utilizando os serviços do SUS em Vitória da Conquista aumentou progressivamente, sendo atualmente de 50 municípios; periodicamente, são realizadas reuniões com os secretários municipais de saúde da região para avaliação e definição de procedimentos a serem seguidos.

Após haver mantido contatos telefônicos com o então secretário de saúde desse município marcamos uma data de chegarmos ao mesmo, quando da nossa chegada de acordo com conversas mantidas anteriormente com a coordenação do PACS/PSF do município apenas nos aguardavam para que pudéssemos nos apresentar o nosso projeto de pesquisa e assim após apreciação entrarmos em campo para coleta dos nossos dados. No primeiro momento foi solicitado pelo secretário de saúde uma reunião do Conselho Municipal de Saúde. Local em apresentamos nosso projeto e tiramos algumas dúvidas emergidas durante a reunião por parte de alguns integrantes da mesma, ao final nossa proposta foi aprovada

ficando o compromisso de voltarmos ao mesmo para divulgação dos nos resultados, esta reunião aconteceu no período noturno.

No dia seguinte fomos à Secretária de Saúde desse município onde a coordenação já havia providenciado as condições para que pudéssemos observar a prática das enfermeiras que foram em número de cinco. Após um reconhecimento das unidades de saúde, das unidades de saúde da família e dos centros de saúde do município procuramos e de suas localidades foi acordado por nós e o pessoal de apoio a forma de como conduzimos os nossos trabalhos com a preocupação de não atrapalharmos o funcionamento e andamento das atividades desenvolvidas por cada local a ser pesquisado.

Quanto ao cronograma de deslocamento foi acordado entre nós e o responsável pelos transportes um roteiro que de acordo com a distância trabalhamos do mais perto ao mais distante. Nesta semana aconteceu alguns encontros das enfermeiras junto a coordenação e aquelas em que nas suas unidades não tivemos oportunidade de entrevistá-las, que foram apenas duas fizemos a entrevista quando da reunião na própria secretaria de saúde.

Após esse planejamento de atividades ainda aconteceu que em um certo momento a enfermeira de uma UBSF no momento de nossa visita não se encontrar disponível em nos dar entrevista, pudemos assim apenas realizar a nossa observação no desenvolvimento das atividades da mesma junto a sua clientela, marcando assim nosso retorno para o dia seguinte.

O nosso ponto de partida foi o Centro de Saúde apresentado na (Foto 10) que é referência para o PSF do município de Vitória da Conquista, tivemos a oportunidade de presenciar o desempenho da enfermeira que fez parte do nosso estudo nas suas atividades de coordenação do mesmo.



Foto 10. A enfermeira coordenadora num momento de acompanhamento das atividades desenvolvidas por duas outras enfermeiras de programas desenvolvidos no Centro de Saúde referência do PSF de Vitória da Conquista.

O nosso alvo foi a enfermeira que aparece na (Foto 11) resolvendo problemas da sua UBSF junto a coordenação do mesmo e levando relatórios de prestação de contas de suas atividades desenvolvidas junto a comunidade adstrita a sua unidade de saúde. A unidade de saúde onde está desenvolvendo

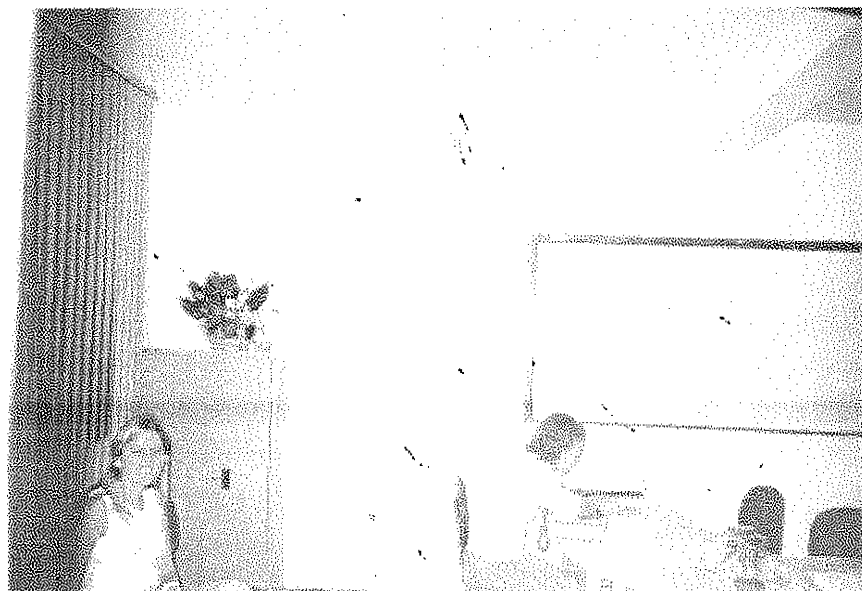


Foto 11. Enfermeira prestando conta das suas atividades na UBSF junto a coordenação do PACS.PSF de Vitória da Conquista.

Outra UBSF pesquisada por nós foi a de Jurema localizada próxima a BR-116, devido a sua proximidade a enfermeira que coordena a mesma diz que a maior clientela desta são as profissionais do sexo, na (Foto 12) está ocorrendo nesse instante palestra educativa quanto a importância de ser realizado o preventivo de câncer cervice-uterino.

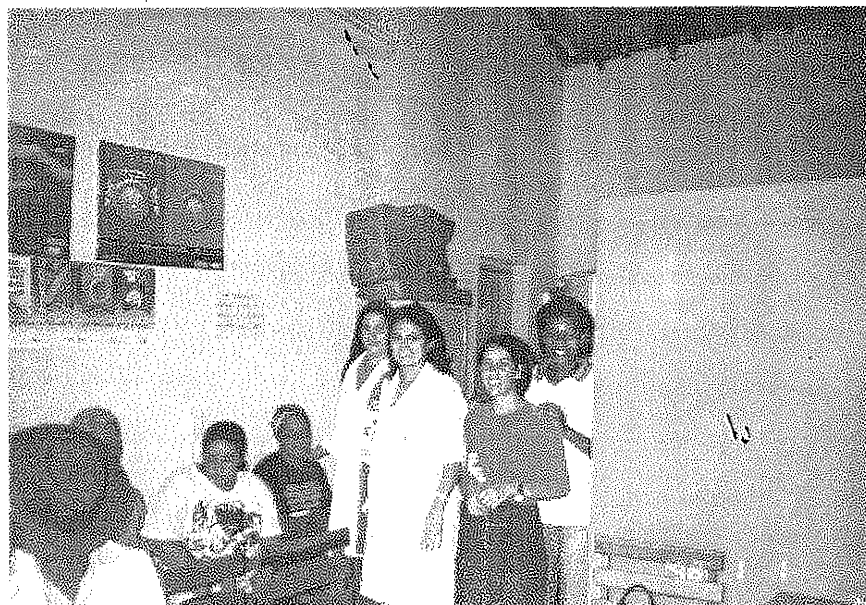


Foto 12. Enfermeira da UBSF juntamente com a auxiliar de enfermagem e duas ACS dando orientações a clientela na sala de espera da unidade de saúde.

Nesta foto aparece um momento que normalmente é usada pelas equipes de saúde da família para um entrosamento com a clientela e apresentação de temas que surgem das necessidades da comunidade.

Na (Foto13) podemos ver do lado direito a enfermeira de uma equipe de saúde da família do município de Vitória da Conquista num momento de encontro e reunião com a enfermeira da esquerda do município de Barra do Choça, momento de troca de experiências.



Foto 13. Enfermeiras do PSF dos municípios de Barra do Choça e Vitória da Conquista

Devido a proximidade dos municípios de Barra do Choça e Vitória da Conquista normalmente acontecem encontros e discussões acerca das atividades desenvolvidas em cada um deles.

• Cenário 6 – Município de Barra do Choça.

Como município que representa esse cenário, nomeamos Barra do Choça, com área de 781km², população de 44.099 mil habitantes. Faz parte da mesorregião 2906 – Centro Sul Baiano; da microrregião 29028 – Vitória da Conquista; do Distrito Sanitário de 2903 – Jequié, e da Regional de Saúde 2920 – Vitória da Conquista. No que refere ao Sistema de Informações em Saúde, encontra-se em pleno funcionamento com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastro do Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), dando o devido prosseguimento ao cadastramento de 100% da população.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades; Pastoral da Criança, Associação dos Moradores de Bairros, dentre outros.

Nesse município a enfermeira entrevistada nessa pesquisa coordena sete equipes de saúde da família, fala do desempenho dos profissionais nas equipes e avalia ser necessário que ao serem inseridos no mesmo devam ser capacitados para uma assistência a comunidade adstrita baseado nos princípios do SUS, uma vez que na sua percepção a maioria das enfermeiras chegam ainda com algumas dificuldades resolutivas dentro do PSF.

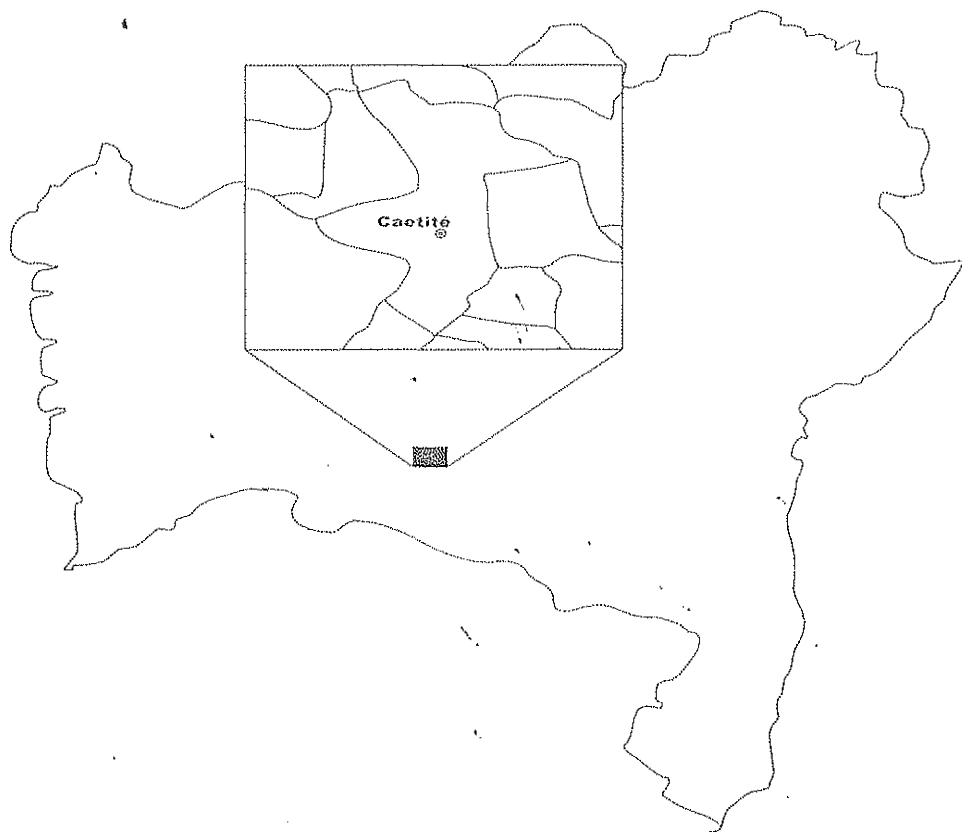
- **Cenário 7 – Município de Caetité.**

Caetité, cidade sertaneja, localizada na microrregião da Serra Geral, também chamada Chapada Diamantina e das Almas, na zona de transição entre o planalto e a depressão do São Francisco, a 827 metros de altitude e a 800 quilômetros de Salvador. Princesa do Sertão, chamada, antiga Vila do Príncipe, tricentenária, privilegiada pelo clima ameno, temperatura média anual de vinte graus, firmou-se Caetité como pouso obrigatório de descanso e abastecimento dos que, vindos do governo colonial da Bahia, demandavam a Vila-Boa de Goiás, onde abundava ouro de aluvião, e daqueles que, partindo de Ouro Preto, contrabandeavam ouro e diamantes. Como município que representa esse cenário, nomeamos Caetité, área de 2366km², população 45.230 mil habitantes. No que se refere ao Sistema de Informações em Saúde, encontra-se em pleno funcionamento com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Como também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), com pretensão de que seja atingida a meta proposta pelo Ministério da Saúde, conforme projeto político de saúde em pleno andamento.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades; Pastoral da Criança, Associação dos Moradores de Bairros, dentre outros.

No mapa 3, a seguir, apresentamos o município de Caetité (cenário 7) da pesquisa.

Mapa 3: Apresentando o cenário 7 destacando o município de Caetitê.



- **Cenário 8 – Município de Irecê.**

Como município que representa esse cenário, nomeamos Irecê, área de 337km², população de 52.756 mil habitantes. Integra a mesorregião 2903 – Centro Norte Baiano; faz parte da microrregião 29009 – Irecê, do Distrito Sanitário 2909 – Barra e da Regional de Saúde 2921- Irecê.

No que refere ao sistema de saúde, encontra-se na Gestão Plena do Sistema Municipal. No momento, ainda não está implantado o PSF, apenas segundo informação existe o projeto de implantação do PSF aprovado e previsto, com sete equipes de saúde da família, já com uma estimativa da necessidade de serem implantadas quinze para atingir uma cobertura de 100% do município. No que refere ao PACS, existem 63 micro áreas cobertas pelo programa. Mas, no município, conta-se funcionando centros de saúde de acordo com os programas propostos pelo Ministério, com uma enfermeira dando atendimento em cada programa, atendendo a uma demanda espontânea e encaminhamentos realizados pelos ACS.

No que refere ao Sistema de Informações em Saúde, encontra-se em pleno funcionamento, com todos os sistemas básicos: SIM, SINASC, SIAB, SINAN, SI-API, SISVAN, SAI/SUS. Também já se encontram instalados: o Sistema de Cadastramento do

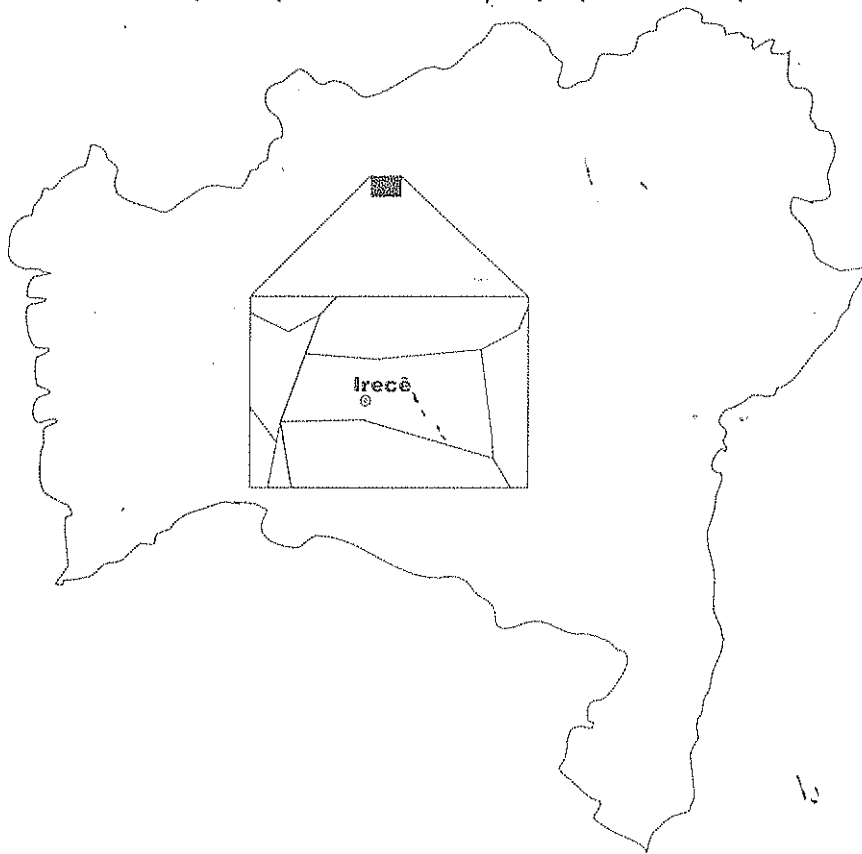
Cartão SUS (CADSUS) e o Sistema de Informação do Programa Bolsa Alimentação (SBA), com perspectiva de se atingir a meta pré-estabelecida pelo Ministério da Saúde.

O município de Irecê possui uma unidade de ensino da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), onde funcionam algumas licenciaturas ao nível de terceiro grau. A economia do município baseia-se na agricultura e pecuária. Na sede o comércio é forte, servindo como referência da região.

No que tange às Organizações Comunitárias, estão sendo ampliadas em seu dia-a-dia, tendo, atualmente, constituído os Conselhos de: Saúde, Educação, Merenda Escolar, Assistência Social, Meio Ambiente, Associações de Trabalhadores Rurais, Comunidades; Pastoral da Criança, Associação dos Moradores de Bairros, dentre outros.

No mapa número 4 abaixo, encontra-se em destaque o município de Irecê, cenário 8 da pesquisa.

Mapa 4: Apresenta, o cenário 8 da pesquisa, o município de Irecê.



Apesar desse município possuir duas enfermeiras capacitadas pelo pólo na primeira turma até o momento por questões políticas não foi implantado nem implementado nenhuma equipe de saúde da família no mesmo, no entanto existe a preocupação explicitada pelas enfermeiras ser um anseio destas a implantação do PSF nesse município já.

3.3 Participantes da Pesquisa.

Realizamos esse estudo com as enfermeiras egressas de dois cursos de capacitação oferecidos pelo Pólo de Capacitação da Bahia, no período de 1996 a 1999, e que estão inseridas de forma direta ou indireta nas ações relacionadas ao PSF.

Os informantes constituem-se de 31 depoentes, mas um dos critérios para ser sujeito da pesquisa seria ter participado de um dos cursos de especialização em gerência de unidades básicas de saúde oferecidos pelo Pólo de Capacitação da Bahia em Jequié no período de 1996 a 1999; estar inserido no PSF: direta ou indiretamente, desde que em algum momento participasse ativamente de atividades, pondo em prática os conteúdos apreendidos durante a capacitação recebida. Seguindo os critérios pré-estabelecidos para escolha dos sujeitos, incluímos no estudo 24 depoentes, que representam 77,49% do total dos sujeitos. Os informantes excluídos foram assim distribuídos: um sujeito, representando 3,22% da população, que vale ser ressaltado não se sentiu à vontade em ser entrevistado, em virtude de, no momento da aplicação do instrumento, no município onde atua, não haver mais o PSF; por questões políticas, esse município o desativou, estando a enfermeira no momento alocada no hospital desse município, com atividades distintas, que não possuem vínculo algum com o programa que ora está sendo estudado.

Sendo assim, essa enfermeira ainda por telefone pediu desculpas e disse não possuir vontade de estar falando do PSF no instante em que a procuramos. Três, que representam 9,68% dos sujeitos, demonstraram interesse, mas devido ao fato de, no período da coleta de dados se encontrarem bastante atribuladas, não puderam contribuir como informantes. E os outros três sujeitos (9,68%), no momento deste estudo, não mantinham vínculo algum com o programa em questão, então, respaldando o critério de não ser um integrante do PSF direta ou indiretamente foram excluídos.

Todos os 24 sujeitos entrevistados estavam inseridos no PSF sendo um do sexo masculino (4,16%) e 23 do sexo feminino (95,83%). No que diz respeito à escolaridade, todas possuíam curso de pós-graduação ao nível de especialização.

Com relação à distribuição por município onde se encontravam desenvolvendo suas atividades ficaram assim representadas: no município de Jequié, obtivemos um total de dez (41,66%) enfermeiras; no município de Aiquara uma enfermeira (4,16%); no município de Ibirataia, três enfermeiras (12,5%); no município de Jaquaguara, uma enfermeira (4,16%); no município de Barra do Choça, uma enfermeira (4,16%); no município de Caetitê, uma

enfermeira (4,16%); no município de Irecê, duas enfermeiras (8,33%); e, no município de Vitória da Conquista, cinco enfermeiras(20,83%).

3.4 - Estratégias de Coleta das Informações

Antes de aplicar o instrumento de coleta dos dados, reuniu-se os informantes deste estudo, para esclarecimento sobre a técnica a ser aplicada, na busca de deixá-los mais familiarizados com o que se pretendia executar: que a permanência deles neste processo ficaria a seu critério para participar ou não desta pesquisa, podendo até mesmo desistir no momento em que achasse necessário.

- ✓ **1º Momento** – após envio do Projeto de Tese aos secretários de saúde dos municípios palco da pesquisa, e recebido seu aval, através de contato telefônico com as coordenações do PACS/PSF, marcou-se com os informantes uma data para poder explicar nosso trabalho e conseqüentemente aplicação do instrumento de coleta de dados.
- ✓ **2º Momento** – aplicou-se o teste de associação livre de palavras seguido da entrevista.
- ✓ **3º Momento** – fez-se a observação livre das atividades desenvolvidas por enfermeiro (a) em seu local de trabalho, fazendo anotações em nosso diário de campo, que serviu de complemento para a análise.

Para realização deste estudo, utilizamos a entrevista semi-estruturada com questões sociodemográficas e questões norteadoras, pautadas no referencial teórico das representações sociais, que teve por objetivo obter as representações sobre o PSF, a fim de aprofundar a compreensão do objeto em estudo. A técnica de Associação livre de palavras (DOISE, 2001; DE ROSA, 1988; 1989) e o diário de campo. Este último com a finalidade de serem completadas lacunas que pudessem vir a ser deixadas durante a aplicação das Técnicas e instrumentos de coleta de dados, uma vez que o propósito da pesquisa é apreender a existência ou não de representações que revelem mudança da prática dos sujeitos em questão, após a capacitação recebida. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora do estudo, respeitando as singularidades dos sujeitos.

Para o alcance da coleta dos dados nos dirigimos a cada município em busca a alcançar nossos objetivos pré-estabelecidos. Alguns a nossa ida foi um tanto quanto tranqüila, outros como já era do nosso conhecimento tínhamos que procurar meios e forma de como chegar aos mesmos. Ao final para conseguirmos alcançar nossos propostos para cada município

gastamos em média um dia e dia e meio. Nos municípios onde era sede da microrregião com foi o caso de Jequié⁴ e Vitória da Conquista ficamos mais tempo devido ao números de depoentes existentes. No final da coleta dos dados gastamos dois meses e meio devido a distância e disponibilidades dos depoentes.

3.5 Registro das Informações

Durante o trabalho de campo, ao tempo em que aplicou-se a entrevista, fazíamos a observação da prática dos profissionais de saúde alvo da pesquisa, respaldando-nos em critérios que tinham sido pré-estabelecidos. Nesse momento, com o auxílio dos instrumentos de coleta de dados já estabelecidos, apreendeu-se as atitudes, as percepções, das informações dos atores sociais sobre capacitar.

A observação livre do cotidiano dos profissionais enfermeiros (as) da equipe de saúde da família teve por finalidade captar aspectos relacionados às atitudes, às opiniões, ao campo de representação. Gil (1995) afirma que essa observação deve ser sistemática e tem por objetivo aproximar o “pesquisador, quando observa, de maneira espontânea, os fatos que aí ocorrem”.

As observações foram registradas no Diário de Campo, como as situações presenciadas no ambiente pesquisado

O diário de campo também serviu para anotar as expressões extraverbais, durante a observação e a entrevista, a título de complementação com as informações captadas, através das falas.

Foram utilizados, na pesquisa, os documentos relacionados às ementas das disciplinas dos cursos de capacitação oferecidos pelo pólo, no período de 1996-1999, com a finalidade de cruzar informações, bem assim para relacionar o conteúdo teórico, com a prática exercida pelos profissionais.

• Entrevista semi-estruturada

Para aquisição dos dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada, construída da seguinte forma: a primeira parte consta a identificação de cada sujeito, e a segunda parte, composta dos seguintes questionamentos: o primeiro norteou a Técnica de Associação Livre de Palavras. Para você, ouvir a palavra capacitação lembra o quê? Cite cinco palavras e enumere a que considere mais importante, os outros quatro como norteadores para apreensão das representações dos entrevistados; 2 – Para você, o que é capacitar?; 3 – Para você, o que é

PSF?; 4 – Como você teve conhecimento do PSF e quando ocorreu sua inserção no programa?; 5 – Como vem acontecendo (descreva) sua prática em seu dia-a-dia?

Patton (1990) e Serapione (2000) referem que a entrevista possui por finalidade a percepção do que a pessoa entrevistada venha a dizer. Dessa forma, em geral, a entrevista é feita como forma de aprofundar o que foi observado e dito, assim é realizada na perspectiva de se conhecer algo que não pode ser observado diretamente.

Com essa perspectiva, utilizou-se a entrevista semi-estruturada que Serapione (2000) diz que deve ser utilizada quando é importante minimizar as variações nas perguntas colocadas, sobretudo quando há vários entrevistadores. É reduzida a espontaneidade do entrevistado. É praxe as perguntas serem elaboradas com antecedência, assim como os entrevistadores recebem orientações sobre a forma de como formulá-las.

A aplicação das entrevistas aconteceu individualmente, e em sua maioria foram feitas com os participantes em seus locais de trabalho, para assim o discurso dos (as) respondentes não se distanciar do ambiente onde suas práticas foram, são e estiveram sendo desenvolvidas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora do estudo, respeitando-se as singularidades dos sujeitos. Para registro das informações optamos pelo Diário de campo, que é um instrumento importante para anotações do não-dito no momento da entrevista. Após a primeira análise das entrevistas, sentimos a necessidade de ser feito um aprofundamento com alguns (mas) depoentes. Voltamos ao campo de pesquisa para aprofundar e encontrar respostas sólidas a questionamentos feitos no primeiro momento para preencher as lacunas no processo da realização da análise de conteúdo.

No trabalho de campo, realizamos observação livre, utilizando para as anotações o diário de campo que ocorreu desde o início do contato da autora com os(as) enfermeiros(as) até o momento em que ficou por um horário de expediente dos sujeitos da pesquisa, buscando como era a prática dos profissionais de saúde, com a finalidade de captar aspectos relacionados às atitudes, às opiniões, ao campo de representação. Gil (1995) afirma que essa observação deve ser sistemática e tem por objetivo aproximar o “pesquisador, quando observa, de maneira espontânea, os fatos que aí ocorrem”.

* Diário de Campo

As observações registradas no diário de campo são situações presenciadas no ambiente a ser pesquisado. O diário de campo também serviu para anotar as expressões extraverbais,

durante a observação e a entrevista, a título de complementação, com as informações captadas através das falas.

Segundo Serapione (2000), nos estudos baseados na observação está implicada uma análise intensa de um grupo ou processo social, atentando-se para o fato de que as observações devem ocorrer no ambiente natural do sujeito, que foram as UBS e secretarias de saúde municipais. Portanto, a observação pode ser considerada enquanto técnica principal na coleta dos dados dos comportamentos não-verbais; assim, a observação torna-se importante para estudar a forma como as pessoas dão sentido à própria vida cotidiana.

A observação é considerada uma técnica científica quando sofre uma sistematização, um planejamento e é submetida a controles de objetividade (BARROS e LEHFELD, 1999). Por ser a observação flexível, poderá ser utilizada em qualquer metodologia da pesquisa com abordagens quantitativas ou qualitativas. Uma das vantagens da observação é que o observador colhe as informações no momento de sua ocorrência, produzindo informações prescritas pelos indicadores (BARROS e LEHFELD, 1999; QUIVY e CAMPENHOUDT, 1992).

Gil (1999) destaca que a observação simples é entendida como aquela em que o pesquisador fica alheio ao alvo de sua pesquisa, mas observa espontaneamente os fatos que aí venham a ocorrer. Na realidade, o pesquisador nesse caso torna-se um expectador em vez de ser ator. Apesar de a observação simples ser caracterizada como espontânea, informal, não-planejada, ela se coloca no plano científico, vez que vai além da simples constatação dos fatos.

Dessa maneira, a autora entende ser o diário de campo o local onde são postas todas as observações e anotações do pesquisador o tempo que estabelece um vínculo com seu objeto de estudo, compreendendo também ser um dos instrumentos utilizados de certa forma por todos os pesquisadores que desenvolvem suas atividades junto a comunidades e buscam seu relacionamento inserindo-se de forma macro com as outras instituições sociais existentes em cada local.

3.6 - Tratamento e Interpretação das Informações

Consideramos a triangulação de técnicas um procedimento fundamental para obtenção de informações, uma vez ser a mesma entendida como forma de inter-relacionamento de técnicas de coleta de dados, com vistas à obtenção de material capaz de conduzir a uma reflexão que represente o objeto de estudo proposto pelo pesquisador. Com essa compreensão,

trabalhamos com a técnica de associação de palavras, empregando a análise de conteúdo de Bardin (1977) na perspectiva de Valla (2000); a análise fatorial de correspondência utilizando como suporte o software Tri-Deux-Mot; e o diário de campo. A primeira consiste na interpretação das comunicações entre os seres humanos, enfatizando o conteúdo das mensagens. A inferência de que se fala pode partir das informações que o conteúdo da mensagem fornece. A segunda é usada para fazer com que “surjam, espontaneamente, associações relativas às palavras exploradas ao nível dos estereótipos que engendram”. (BARDIN, 1977 p.52).

O método é composto de três fases, a serem utilizadas como guia: para análise dos conteúdos das mensagens; para captação das representações; e para busca do processo de ancoragem e objetivação, segundo o campo das representações.

Na categorização dos dados, seguimos a etapa seguinte de análise: a) leitura flutuante das entrevistas; b) decomposição do material; c) seleção das unidades de análise; e d) codificação e agrupamento das subcategorias e categorias simbólicas. Nesse processo de análise, buscando um embasamento dos dados e, completando o achado, trabalhamos com as observações realizadas em campo.

Para uma compreensão dos tipos de análise utilizadas, é oportuno fazer-se algumas considerações teóricas sobre elas. Após a obtenção de todos esses dados, realizou-se uma nova triangulação, com a finalidade de atender ao objetivo principal do estudo proposto através da Teoria das Representações Sociais.

Para ilustrar o modo como trilhamos o caminho da técnica de análise de conteúdo, foram seguidas etapas de Valla (2000):

Pré-análise: correspondeu à fase de organização do material e indicada pelo objetivo da pesquisa, com a finalidade de operacionalizarmos e sistematizarmos as idéias. Transcrevemos na íntegra e cuidadosamente todo o material gravado e obtido através da entrevista em profundidade e das observações. Posteriormente, realizamos a **leitura flutuante**, com a finalidade de conhecer o conteúdo manifesto do material coletado; em seguida, o **Corpus**, foi constituído por 24 entrevistas, documentos (Programa das disciplinas inseridas para capacitação no PSF); os dados coletados pela Técnica de Associação livre de Palavra, com um total de 120 palavras que foram interpretadas separadamente pelo Programa de computador: **TRI-DEUX-MOT**.

Essa fase correspondeu a um momento de intuições, tendo por objetivo sistematizar e tornar operacionais as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações, para realização de um plano de análise. Nessa fase de exploração do material, são tomadas decisões, consistindo de operações de codificação, enumeração, em função de regras formuladas. Nesse ínterim, é realizada a categorização, que é uma operação para separar elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento, segundo os critérios pré-estabelecidos. Essas categorias são rubricas que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), sob um título genérico, sendo esse agrupamento realizado em razão das semelhanças desses elementos.

Os critérios para categorização foram semânticos e temáticos, quando foram agrupados todos os temas que têm os mesmos significados; léxico, que corresponde à classificação das palavras, segundo seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos, isto é, por analogia; sintático, que agrupa verbos e adjetivos; e expressivos, que classificam as diversas perturbações da fala.

A interpretação compõe-se à fase em que os dados brutos foram tratados, de maneira significativa e representavam a comunicação dos pesquisados. A partir de então, foram realizadas inferências que dizem respeito às descobertas inesperadas.

Nesta pesquisa, utilizou-se núcleo temático, fornecido após a classificação analógica e progressiva dos elementos e por fim, definiu-se o título de cada núcleo no final da operação.

Nessa fase de análise, aplicou-se o múltimétodo, isto é, o uso de mais de uma técnica de apreensão das representações sociais, no momento da análise. Essa medida foi tomada de acordo com a necessidade das informações captadas.

Durante o processo de análise das entrevistas houve a necessidade de realizarmos mais algumas entrevistas de aprofundamento e buscamos mais cinco enfermeiras do município de Vitória da Conquista; uma do município de Barra do Choça; uma do município de Jequié; uma do município de Jaguaquara e uma do município de Caetité. Para o trabalho das representações sociais, as entrevistas de aprofundamento realmente oferecem mais segurança do achado em campo, e podemos melhor aprofundar os fatos ocorridos durante essa busca de informações.

Sintetizamos os passos realizados no processo de análise, utilizados na pesquisa: constituição do Corpus: relatos das entrevistas, conteúdos das observações, documentos; leitura flutuante; definição das unidades de análise: unidade de registro: a frase; unidade de

contexto o parágrafo, e unidade de enumeração: frequência e percentual; o inventário: recorte do texto e a interpretação e inferência.

Além das inferências, os resultados foram interpretados á luz da Teoria das Representações Sociais, bem como foi acrescentado à discussão referencial específico da Saúde Coletiva, a fim de aprofundar a compreensão de representações emersas.

Em busca da compreensão teórica metodológica dos dados obtidos através da ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS, utilizou-se a análise fatorial de correspondência (AFC), fazendo a construção dessa análise com o programa de computador denominada *Tri-Deux Mot* versão 2.2., e, nos dados advindos das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (1977).

Na análise fatorial de correspondência (AFC), utilizou-se o programa de computador *Tri-Deux Mot*; elegemos as variáveis fixas: idade, tempo de trabalho e escolaridade. E o estímulo para diferenciação e contra-ponto foi o tempo de trabalho. Construímos um dicionário de palavras substantivas as quais foram inseridas no software citado obtendo-se um gráfico. A delimitação dos quadrantes que surgem nos gráficos, ressaltadas com as cores azul e vermelha está em correspondência com as variáveis fixas e a variável estímulo aleita. A cor vermelha está associada ao **fator 1**, horizontal onde suas informações são mais importantes por representar um maior valor de explicação; a cor azul representa o **fator 2**, cujas informações servem para complementar as informações evidenciadas pelo fator 1. À variável estímulo foram associados fatores representados pelos numerais 1 e 2, o fator 1 representa o tempo de trabalho dos sujeitos pesquisados maior ou igual a 5 anos enquanto que o fator 2 representa o tempo de serviço menor que 5 anos.

O gráfico coloca em oposição as oposições relativas ao estímulo capacitação dos profissionais com menos de 5 anos oposta aos que exercem a profissão a mais de 5 anos.

O **fator 2** também evidencia uma oposição representacional relativa à faixa etária entre os que possuem mais de 30 anos de idade em oposição aos que estão abaixo desta faixa etária.

Com a transcrição das entrevistas, procedeu-se à análise temática para apreensão do significado da prática cotidiana dos trabalhadores da saúde, após a capacitação recebida do pólo. Com as anotações realizadas no diário de campo, apreendeu-se as atitudes desses profissionais, durante suas atividades de campo, relacionadas à assistência prestada à comunidade jurisdicionada pela UBS, na qual desenvolvem suas práticas.

Tura (1999 p. 126), pautado nos estudos de Bardin (1978) acerca da análise dos dados na construção do corpus, afirma:

As diversas evocações, uma vez listadas, irão compor um conjunto heterogêneo de unidades semânticas. A composição deste conjunto exige um trabalho de classificação para facilitar as análises descritivas e explicativas, necessárias para se chegar às representações do objeto considerado.

Durante o processo, emergiram as representações sociais sobre Capacitação no PSF:

Categoria 1. Informação (subcategoria 1. Capacitação, subcategoria 2. Atualização, subcategoria 3. Modelo Subcategoria 4. Programa, Subcategoria 5. Estratégias. **Categoria 2. Propagação** (Subcategoria 1. Mudança da prática e Mudanças comportamentais, Subcategorias 2. Organização de Sistemas de Saúde). **Categoria 3. Propaganda:** subcategoria 1. dificuldades, subcategoria 2. Conflitos e subcategoria 3. Estereótipos; **Categoria 5. Domínio Cognitivo:** Subcategoria 1. Metáforas e Categoria 2. Sentimentos; Categorias atividades: (Subcategoria 1. Saber Científico; Subcategoria 2. Dimensão Avaliativa; Subcategoria 3. Dimensão Política; Subcategoria 4. Dimensão de Coordenação.

3.7 - Questões Éticas

Antes da entrada no campo para obtenção dos dados, solicitamos autorização do conselho municipal de saúde dos referidos municípios, para apreciação de nosso projeto de tese e autorização da realização de nosso instrumento de coleta de dados. Esse percurso foi um pouco demorado e até tumultuado devido a alguns gestores não entenderem nosso trabalho e assim não viabilizarem a autorização de nossa entrada em campo, mas todos os percalços foram enfrentados e administrados.

Antes de aplicar instrumento de coleta, explicamos a proposta acerca de nosso objeto de estudo, e fizemos esclarecimentos sobre a técnica a ser aplicada, para deixá-los mais familiarizados com o tema que estamos pesquisando. Na oportunidade, esclarecemos que sua permanência nesse processo ficou sob interesse de cada um em participar ou não dessa pesquisa, podendo até mesmo desistir no momento que ache necessário.

A questão ética da pesquisa está baseada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética /Ministério da Saúde, que determina como proceder para realização de uma pesquisa na área de saúde, respeitando os preceitos que lhe são atribuídos.

De princípio, mantivemos contato com a coordenação do Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal para Equipe de Saúde da Família, com a finalidade de obtenção de informações estatísticas da demanda que foi por ele capacitada, no período da

pesquisa. Em seguida, realizamos contato com as secretarias de saúde dos municípios alvo da pesquisa, com vistas a levantar informações sobre o local onde os atores sociais desenvolviam suas atividades, naquele momento. Posteriormente, convocamos uma reunião junto ao Conselho Municipal de Saúde dos referidos municípios, para apresentação da proposta de pesquisa, oportunidade em que seria solicitado dos conselheiros o necessário respaldo com vistas à execução das atividades programadas. Elaboramos um cronograma, envolvendo a participação dos profissionais, para realização da entrevista e observação de suas atividades, no dia-a-dia.

Essa tramitação aconteceu nos municípios em questão, mas até o momento não havia implantação dos comitês de ética propostos pelo próprio Ministério da Saúde. Então, encaminhamos a solicitação de entrada no campo aos Conselhos Municipais de Saúde, a fim de obter permissão para a execução dessas atividades. Solicitamos, a cada participante, autorização, por escrito, para utilizar os dados da pesquisa em publicações posteriores, dada a natureza da investigação. Esse termo de consentimento foi anexado ao estudo, conforme o determinado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Durante o processo de construção da presente tese de doutorado, e, após isso, asseguramos o anonimato aos informantes.

Durante essa caminhada, tivemos oportunidade de participar da reunião do conselho municipal de saúde do município de Vitória da Conquista, onde fizemos exposição do projeto de tese, explicando e atentando para o fato de serem observadas as questões éticas durante a aplicação do instrumento de coleta dos dados, bem como no processo de análise, sempre atentando para o fato de que, a qualquer momento que o pesquisando não se sentisse mais à vontade em participar da pesquisa, poderia desistir de sua participação.

Como foi aceita a proposta, todos os participantes assinaram o termo de compromisso pré-estabelecido no projeto de tese e assim demos o andamento à coleta dos dados que serviram de análise e corpo do trabalho.

Em seguida, recebeu-se autorização das secretarias de saúde dos municípios para entrada em campo. Contactamos com as enfermeiras e permanecemos em cada campo o tempo necessário para que pudéssemos entrevistar e observar as atividades desenvolvidas em seu cotidiano de trabalho.

A observação científica é sempre uma observação polêmica; ela confirma ou invalida uma tese anterior, um esquema prévio, um plano de observação; ela mostra demonstrando; hierarquiza as aparências; transcende o imediato; reconstrói o real após haver reconstruído seus esquemas.

(Gaston Bachelard)

4 Descobertas das Representações Sociais e suas interfaces

4.1 - CAMPOS SEMÂNTICOS ELABORADOS PELOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para compreensão das representações sociais nos discursos, focalizamos as categorias e subcategorias separadamente, as quais foram diagramadas no final das argumentações e interpretações. As categorias representam as subdivisões de apresentação dos resultados. As categorias foram elaboradas a partir de indicadores teóricos da Teoria das Representações Sociais: a) Informação b) Propaganda c) Propagação e Atividades.

Passamos a interpretar as categorias e subcategorias a seguir:

4.2.1 Informação (Categoria e suas subcategorias)

Do estudo, emergiram as subcategorias de análise, que indicam a dimensão das informações sobre a Capacitação no Programa de Saúde da Família, percebidas pelos atores sociais:

Categoria 1. Capacitação como conhecimento e suas subcategorias:

- que expressa atualização para o PSF
- que expressa o Modelo
- que expressa o Programa
- que expressa Estratégias

Apreendemos nos discursos que as enfermeiras que se encontram inseridas nas equipes de Saúde da Família, assim como na coordenação, na diretoria do programa de agentes comunitários de saúde e programa de saúde da família nas secretarias de saúde municipais, encontram-se buscando e transmitindo informações inerentes à capacitação; à atualização; ao modelo; ao programa; às estratégias através da prevenção; de reuniões; da resolubilidade; de informações educativas e implantação do SUS; buscam levar à comunidade e trazer dela propostas de consolidação de uma assistência à saúde do indivíduo, da família e da comunidade onde vivem, condições saudáveis de fazer saúde com consciência e participação de todos.

A capacitação vem sendo uma das atividades mais realizadas no processo de construção do sistema único de saúde, como forma de proporcionar aos trabalhadores de saúde, dentro de sua realidade, buscar novas formas de desenvolver e desempenhar práticas construídas em suas experiências de campo. Na compreensão de que o processo de

capacitação/aprendizagem deve ocorrer de maneira contínua, perdurando, assim, por toda a vida profissional do indivíduo. Assim sendo, deverá ser permanente nos serviços de saúde.

Se a capacitação for ampliada para toda a comunidade, é provável que se possa disseminar informação, estimulando o envolvimento e a responsabilidade da população em geral, com a transformação do sistema único no Brasil, garantindo, assim, os direitos sanitários para todos (MELO e VILASBÔAS, 1999).

Esse processo de construção absorvido na capacitação pôde ser observado em campo durante a coleta de dados. E tivemos a oportunidade de ver que na prática a capacitação deixou marcas bem claras, visíveis na maneira com que as enfermeiras desenvolvem suas funções, seja no discurso diário com a clientela, dando qualquer tipo de acolhimento, seja no consultório ou no gerenciamento de unidades básicas.

Elegemos a comunicação como **fenômeno e a integração**. Comunicar significa neste estudo o ato de informar através dos fenômenos ocorridos na prática dos profissionais de saúde inseridos no PSF em busca de uma integração da teoria com a prática vivenciada, ocorrendo dessa maneira a busca da construção de novos desempenhos para uma assistência integral à comunidade assistida.

Consolidando as análises feitas anteriormente durante o trabalho de coleta de dados, pudemos, nas observações realizadas junto aos atores sociais foco deste estudo, constatarmos que realmente foi posta em prática a grande maioria dos conteúdos ministrados nos cursos de especialização, que a prática foi realmente assimilada pelas enfermeiras que se encontram inseridas no saúde da família dos municípios pesquisados, assim como aquelas que estão inseridas nas coordenações dos programas que implementam a Atenção Básica no País. Concluímos este momento de avaliação, fazendo um breve relato do que encontramos na prática desses municípios com relação aos conteúdos ministrados.

Nas questões relativas ao SUS, existe maior facilidade em desenvolver e até assimilar os postos e atividades que são norteadas por seus princípios. Contudo, não queremos dizer que a capacitação é completa, não necessitando ser mais bem avaliada e com isso serem propostos novos encaminhamentos.

As colocações referentes à capacitação encontram-se explicitadas nos depoimentos, das enfermeiras, que se seguem:

- ⊙ Mudar a prática da gente mesmo...Promover uma mudança de comportamento mesmo...Tornar uma pessoa capaz de fazer alguma coisa...Dar informações suficientes para tornar essa pessoa capaz de alguma coisa...Fazer capacitação... Fazer capacitação com o

ACS... Me capacitou realmente...Reciclar conhecimentos... Trocar minhas experiências...É a busca de conhecimentos adequados Transmitir conhecimentos...Atualizar conhecimentos...Acrescentar alguns conhecimentos...aprendizagem...Reciclagem [através] da aquisição de conhecimento científico [de uma] reciclagem...É uma troca entre o treinando e o treinador...[serviu] para aprimorar o conhecimento...Mudança de comportamento juntamente à teoria/prática na realidade dele.....É desenvolver atividades com eficiência e eficácia...Capacitar é você buscar conhecimento...É antes de tudo permitir à pessoa adquirir conhecimentos para repassar para outras pessoas...É uma mudança da minha prática...É eu aprender na teoria meu conhecimento.....Tentar mudar tanto a minha prática como a prática de quem eu estava capacitando...Toda a parte de capacitações, tudo a gente participa junto com o pessoal...A capacitação pedagógica me ajudou muito...Capacitar são meios, métodos que vão tornar um profissional mais apto a atuar na sua área a desenvolver o seu trabalho, organizar as suas atividades...Uma forma de motivação profissional na medida em que você está mais competitivo pro mercado de trabalho...É dar e oferecer instrumentos e ferramentas para o desenvolvimento de estratégias de ações e atividades...Dar condições técnicas para atuação profissional... Tornar o indivíduo capaz de desenvolver ações...

As falas representam como os atores sociais envolvidos percebem a capacitação deixam explícito que os conhecimentos científicos discutidos foram trabalhados a partir de suas práticas nas unidades de saúde onde atuam. Nessa compreensão, Doise (2001, p.190) considera que no processo da objetivação torna-se concreto o que é absoluto, mudando o relacional do saber científico numa imagem de algo. Assim como a ancoragem acontece na incorporação do estranho numa rede de categorias mais familiares. Nessa perspectiva, neste estudo, tratamos de ver num contexto educacional uma perspectiva de mudança de prática nas atividades desenvolvidas pelas profissionais de saúde, enfermeiras.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é caracterizada enquanto espaço de trocas, onde essas trocas são viabilizadas entre si (MADEIRA, 2001); entendemos que durante o processo de capacitação existe entre os atores sociais envolvidos nesse processo uma troca de conhecimentos teóricos e práticos, até mesmo de atitudes na busca de uma qualidade da assistência ao indivíduo, à família e à comunidade.

É patente a necessidade de que os processos de capacitação não fiquem restritos às iniciativas do poder público, devendo assim outras organizações e as equipes de saúde da família assumirem com responsabilidade a ampliação política de suas ações. Constata-se que ser membro de uma equipe de saúde da família não se aprende em um processo de capacitação, mas em seu exercício reflexivo (MELO e VILASBÔAS, 1999).

A representação da capacitação como atualização é explicitada nos depoimentos que seguem:

- ⊙ Proporcionar à pessoa uma oportunidade de aprimorar seu conhecimento...Fiz a caracterização do município...É uma troca de informações... Você trazer a sua prática e associar ela aos seus conhecimentos científicos... Clareou muito, abriu mais a cabeça para ver não só a doença...Proporciona à pessoa uma oportunidade de atualizar o seu

conhecimento...Tive a oportunidade de fazer a especialização trabalhando com os agentes comunitários...Fiz a caracterização do município...Foi bom pra mim eles me ajudaram a conhecer o município muito importante...Clareou muito, abriu mais a cabeça pra ver não só a doença;;;Trabalhar tanto o indivíduo sadio como o indivíduo doente...Proporcionar um momento de construção de um novo conhecimento...Recebi treinamento foi melhor pra mim fui direcionando minha prática...A capacitação pedagógica me ajudou muito...Capacitar são meios, métodos que vão tornar um profissional mais apto{a} a atuar na sua área para desenvolver o seu trabalho, organizar as suas atividades...Uma forma de motivação profissional na medida em que você está mais competitivo pro mercado de trabalho...É dar e oferecer instrumentos e ferramentas para o desenvolvimento de estratégias de ações e atividades...É elaboração de estratégias voltadas para o conhecimento de determinado assunto...Capacitação é a troca de experiências...aumentando o conhecimento de ambas as partes...Estou trabalhando com a capacitação das equipes junto com as instrutoras do introdutório...Orientar esse indivíduo passa a orientar outro e assim sucessivamente...[Capacitar] dar condições técnicas para a atuação profissional...Instrumentalizá-la e mobilizá-la criando condições de mudança da realidade...Capacitar é a gente adquirir conhecimento para fazer uma prática melhor...Uma promoção do conhecimento para poder agir de forma mais confiante na prática.

Nos depoimentos das entrevistadas, evidenciamos que durante o processo de capacitação elas apreendem ser essa uma atualização de conhecimentos teóricos que os (as) conduzem a uma reflexão das atividades que exercem em seu cotidiano. Mais uma vez, a TRS está contemplando o que já foi dito por Jodelet (2001), que as representações sociais são vistas enquanto sistemas de interpretação que conduzem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando condutas e comunicações sociais. Madeira (2001) afirma que a racionalidade, a afetividade e a emotividade se relacionam e operam no espaço simbólico, enquanto sínteses possíveis e dinâmicas de um processo histórico que as marca. É na prática e pela prática que esse processo histórico se opera, e é nesse momento que o homem se realiza e se expressa na relação com o outro.

Nessa perspectiva, o fato de nos relacionar em busca de um atendimento mais qualificado em conjunto com a equipe de saúde na qual desenvolvem suas atividades, as enfermeiras se encontram numa posição de elo entre a referida equipe e as diversas instituições que servem de referência para o serviço, além de instituições parceiras que favorecem a viabilização da resolutividade das ações previstas quando da elaboração de um planejamento em conjunto. Assim é que, através da intersetorialidade, encontrará os serviços públicos de saúde a resolução de várias perguntas que algum dia permaneceram sem resposta.

Apreendemos que a atualização leva o indivíduo a fazer parte de um determinado grupo, que se denomina de pertença. A subcategoria expressa pelo modelo elaborada pelos depoentes está configurada nos depoimentos quando explicitam que:

- ☉ Implantar um modelo de intervenção...Implantando um modelo que reflita na sua prática os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade...Implantar um sistema único mais humanizado: que valorize o controle social; que valorize o poder de gestão da população sobre o serviço de saúde... Modelo significa paradigma Modelo é um direcionamento...Você não pode negar é um modelo que é complementar...modelo é alguma coisa que tem que copiar alguma coisa...Tem que ter alguma coisa de espelho...É como se fosse modelo para mudar aquilo que era antigo...O modelo é usado como pra substituir...Modelo é assim mais abrangente...Modelo é quando você tem toda uma estrutura montada pra o atendimento ao indivíduo e à família...Modelo é você atender o indivíduo como um todo desde a prevenção e promoção no meio que ele vive...Modelo para mim engloba toda a política de saúde...Modelo entendo como uma forma de mudar é, de reorganização...Modelo é aquilo que você deve seguir...Modelo eu acredito que é o que se pretende obter...Existe esse modelo de atenção...O modelo atual vigente está voltado para práticas curativas e hospitalocêntricas...

Evidenciamos que o conceito de modelo é amplo e busca uma mudança de paradigmas, numa perspectiva de um direcionamento das práticas para assistência a partir do novo paradigma elaborado pelos atores sociais, advindo das experiências vivenciadas por eles, em seu cotidiano de trabalho, que nada mais é que a equipe de saúde da família inserida em um contexto socioeconômico.

Rouquete (1998) refere que as ações dependem da elaboração de um pensamento anterior para execução de uma prática. Assim, “as representações se modificam, as práticas também se transformam reciprocamente” (p.39). É nesse instante que se pode apreender que ocorre uma ancoragem quando se fala de modelo no discurso. No discurso final, atinge-se a objetivação quando se constrói a representação social de modelo para esses indivíduos.

Conforme discussões em vários fóruns de debates entre pesquisadores e estudiosos das políticas públicas de saúde, é pertinente a cada dia mais sua inquietação em busca de uma resposta que leve os serviços públicos de saúde municipalizados a um maior poder de resolutividade da assistência prestada às comunidades. Mas, o processo de municipalização vem sendo criticado de forma avaliativa pelos responsáveis em trazer subsídios norteadores ou mesmo reflexões de como vem acontecendo esse processo que atende à demanda existente nas comunidades, não trazendo transtornos aos profissionais de saúde inseridos nos programas, vez que suas ações são preestabelecidos pelo próprio programa (MENDES, 2001; TEIXEIRA, 2001).

No depoimento dos agentes comunitários de saúde e até mesmo no dos auxiliares, fica representado o valor da capacitação que a enfermeira fez, isso lhes trouxe conhecimentos novos e tomadas de decisões mais precisas, trazendo de certa forma tranquilidade nas atividades e assistências prestadas à comunidade na qual a unidade básica de saúde (UBS) está inserida. Olhando pelo lado da comunidade, ao chegarem para fazer alguma atividade na UBS, dizem que o profissional enfermeira se ausentou da unidade, mas estava se atualizando para com isso eles serem mais bem assistidos.

Em outra representação, a informação no PSF revela como **Programa**, mas essa subcategoria revelou-se conflituosa e foi questionada durante alguns atos de fala do profissional de saúde. Em alguns momentos, ele se reporta ao PSF como programa e em outros momentos se refere a ele como modelo. Esse impasse talvez seja purificado após reflexões ocorridas nas mais variadas instâncias que discutem e elaboram propostas no intuito da melhoria da qualidade da assistência, mudança de prática por alguns e até mesmo reflexão para outros. Nesse direcionamento, busca-se agora discorrer um pouco sobre o que vem a ser programa no depoimento de algumas das entrevistadas, explicitadas a seguir:

- ☉ Programa [faz] a ligação muito forte entre a comunidade e a unidade...Ele tem que dar certo como programa...Um programa que veio para ter mais integralidade pra ter mais integralidade pra ter mais acolhimento...Programa que renovou toda a nossa parte do que a gente entendia por conceito de atendimento de saúde...Programa é algo mais fechado já tem um tempo definido para acabar...Tem regras mais delimitadas...É como se fosse um programa responsável pelas ações básicas de saúde de uma determinada área...Programa é aquilo que a gente trabalha com norma, com rotina...Eu acho que é um programa que já tem alguma coisa já pré-estabelecida...Falavam que existia um programa novo do Ministério da Saúde que preconizava o atendimento de famílias adstritas...Programa é uma coisa já pré-estabelecida que vem de cima para baixo...Tem que fazer do modo que está ali...Programa é uma coisa já pré-estabelecida que vem de cima para baixo...Programa é algo que já foi sistematizado, que você já tem...Programa é uma coisa que vem de cima para baixo...Programa é aquele projeto que já vem de lá prontinho, do Ministério... Programa é um conjunto de ações verticalizadas...Uma das funções do programa colocar em prática os princípios do SUS.

O modo de pensar desses atores sociais, o conceito de programa é algo muito gessado, não permitindo que durante sua aplicação se possam buscar novos meios para sua execução. Por exemplo: é algo ditado, direcionado, cheio de padrões, rotinas e normas.

Segundo Searle (2000), para que esses atores sociais possuam esses discursos tiveram que atender o que suas mentes lhes impuseram no sentido de possuírem intencionalidades e sons e marcas, conferindo-lhes, assim, significados e, ao fazerem isso, buscam relacioná-los à realidade.

Para a compreensão e a apreensão do significado da palavra programa, é importante entender que o significado de uma frase é determinado pelos significados das palavras e pela organização sintática dessas em cada frase (SEARLE, 2000).

A discussão acerca de programa é antiga, mas ainda suscita dúvidas quando se quer estabelecer um vínculo entre os programas de assistência à saúde, dentro dos sistemas de saúde, e a realidade. Uma vez que se os tem como algo já pré-estabelecido, não deixando lacunas onde aqueles profissionais envolvidos com os respectivos programas possam buscar novas maneiras de realizar suas atividades profissionais. Por tudo isso, compreendemos que programa sempre vem normalizado de cima para baixo e que muitas vezes se desconhece a realidade específica de cada local de trabalho, até mesmo do município - palco da ação desses profissionais.

Na construção de um processo, devemos nos lembrar que precisamos ter um planejamento que leve o profissional a buscar uma forma de programar suas atividades, otimizando seu trabalho e o tempo das equipes de saúde da família numa perspectiva de ser administrado o atendimento e a execução das ações que elas propõem a cada família e à comunidade como um todo. Durante os procedimentos, cada profissional deve, em conjunto com sua equipe, elaborar estratégias que conduzam à realização de atividades, com o fortalecimento de decisões e efetivo cumprimento das ações propostas pela equipe como um todo, sem que um elemento fique distante do que estão planejando e executando na unidade básica de saúde e comunidade adstrita, servindo como ponte de ligação às coordenações locais do PSF, assim como às coordenações estaduais, e às nacionais.

Como elementos que respaldam o contexto acima, há: o processo educativo; o veículo de informação; o embasamento; e a orientação. A capacitação como **Estratégia** apresenta elementos relacionados ao diagnóstico; ao acompanhamento das práticas; as práticas pedagógicas; e a educação. Assim neste estudo entendemos a estratégia como estruturação da forma de aplicação dos meios disponíveis com vistas à execução de objetivos pré-estabelecidos. Daí, nas ementas onde a palavra estratégia aparece, realmente possuem como direcionamento à busca da construção de maneira que conduzam o processo de trabalho dos atores sociais inseridos no PSF, numa perspectiva de mudança da prática em função da assistência à saúde.

Como forma de conciliar as atividades, buscamos como estratégia à prevenção; reuniões; resolubilidade; educativas; e metodologia de implantação do SUS, que irão dar base à construção e elaboração dessa estratégia de implementação de ações.

Uma vez que entendemos ser estratégia caminhos concretos que nos conduzem a uma construção de um modelo para assistência ao indivíduo, família e comunidade, essas representações expressam as estratégias:

- ⊙ Implantar um modelo de intervenção...Visa à melhoria da qualidade de vida das pessoas daquela comunidade... É a forma como você vai caminhar dentro daquela estratégia... Sistemas e padrões assistenciais que definem práticas...É assim tá procurando montar uma forma de fazer saúde...Estratégia pode ter mais flexibilidade na forma de implementar e implantar as ações...A gente trabalha mais com os problemas de estado de saúde...Tem um turno pra saúde da mulher com prevenção de câncer de colo de útero...Eu acho que já tem um grupo que trabalha com a terceira idade...São sete turnos de atendimento...Convida os hipertensos e os diabéticos aí eles vão nos dias deles para a unidade mesma...A gestante para estar matriculada no pré-natal, ela tem que fazer parte do grupo de gestantes...Uma coisa já estabelecida que a gente já sabe o que vai fazer...Você sabe que deve alcançar algum objetivo...Você tem que reduzir alguma coisa...Estratégia é como se fosse assim um caminho...A estratégia que a gente está usando hoje...Mas que a gente caminha para isso...A gente tá vendo lá condições de funcionamento mesmo...Tem ficha de encaminhamento tem tudo você sabe que o paciente vai voltar para você...Com o acolhimento da demanda espontânea...A gente tá trabalhando mais com a promoção...É uma estratégia mais voltada para o atendimento de pessoas...No dia-a-dia, a gente faz atendimentos a grupos de acordo com a necessidade da comunidade...Formações de grupos de hipertensos e diabéticos...Estratégia pode ter mais flexibilidade na forma de implementar e implantar as ações...É uma maneira de chegar ao modelo...Através dos Conselhos Locais de Saúde...Evidenciar esses problemas...Dentro da própria equipe como para o agente...A gente tem um anexo na unidade onde a gente faz a reunião...Na primeira reunião, a gente faz os temas que a gente vai discutir com ele.

Nos depoimentos acima, refletimos as preocupações existentes entre os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família quanto à necessidade de serem planejadas suas atividades – meio, com objetivo de atingir as estratégias pré-estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, de acordo com o que é preconizado em cada programa, ou mesmo elaboradas pela própria equipe executora das atividades, através de avaliações da assistência realizada à clientela assistida por eles.

4.2.2 Propagação (Categorias e subcategorias).

Nessa categoria, emergiu o conjunto de atitudes referentes à prática dos atores sociais no PSF após a experiência de Capacitação elaborada:

Categoria 2. Atitudes

- relacionadas a mudanças da prática;
- relacionadas a mudanças comportamentais;
- relacionadas a uma nova organização dos sistemas de saúde;
- relacionadas ao compromisso;
- relacionadas ao planejamento das ações.

Quando as enfermeiras falam sobre a propagação em relação à capacitação como recurso para o exercício de sua prática no PSF, percebemos que existem atitudes de enfrentamento positivas e negativas que serão discutidas e interpretadas a fim de contextualizar suas ações.

Na **mudança da prática**, há proposições de que ao término do curso as profissionais envolvidas refletiram, pensaram e repensaram suas propostas de assistência à saúde e, através dos conhecimentos adquiridos, mudaram suas práticas, uma vez que na concepção da Saúde Coletiva estão envolvidas práticas que possuem como objeto as necessidades sociais de saúde, enquanto instrumentos de trabalho de distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não-materiais, bem como atividades de intervenção centrada nos grupos sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

No trabalho em saúde, não ocorre dicotomia do produzido pelo produto comercializável, uma vez que o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade que levará à efetivação de uma conduta terapêutica, visto que “o produto final do trabalho em saúde é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida”. (PIRES, 2000b, P.85).

Estudos vêm demonstrando a preocupação da comunidade acadêmica com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos no PACS/PSF, assim como do próprio governo quando, ainda muito timidamente, lança dois projetos em busca de atender as necessidades desses profissionais de saúde na execução diária de suas práticas, que são PROFAE (no campo da qualificação profissional de nível técnico) e os Pólos de Saúde da Família, (no âmbito do ensino superior), com o intento de buscar um reordenar curricular das profissões da saúde (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2002).

Entendemos que, através da capacitação e do aprimoramento dos trabalhadores, ocorrerá um reflexo na melhoria dos serviços e concomitantemente nos níveis de saúde. Mas, apesar dos esforços do Governo Federal, representado pelos Ministérios da Educação e Saúde, esses são ainda mínimos na busca de atender a uma demanda bastante significativa de profissionais de saúde inseridos na Atenção Básica de Saúde, que vem tomando impulso no cenário da saúde brasileira no processo que cada vez mais consolida a municipalização dos serviços de saúde, através da consolidação do SUS.

Ao término dos referidos cursos já mencionados anteriormente, já fica evidenciada uma mudança no discurso das enfermeiras deles egressas, assim como fica clara a construção de uma **mudança em sua prática**, como também na prática dos ACS capacitados por esses profissionais nos motes dos conteúdos recebidos durante esses cursos de capacitação, condizente com a assistência à saúde nos programas PACS e PSF em seus municípios (VILELA; JORGE; SANTOS, 2001).

Contudo, todo esse processo deixa falha e insatisfação expressas por alguns profissionais egressos desses cursos, ficando evidenciado que não são apenas cursos pontuais que irão preencher lacunas surgidas nas atividades desenvolvidas por esses profissionais na construção de sua prática.

A capacitação está inserida no processo educacional. Dessa maneira, quando se busca capacitar alguém está se educando o indivíduo para transformar algo em si, desde seu pensamento crítico, e até mesmo sócio-política e culturalmente. Daí existir a compreensão de que se faz necessário ser inteirado do que é o processo educacional, comportando três momentos especiais: a) tomada de consciência de si, do outro e do mundo – conscientização; b) integração numa dada sociedade – politização; e c) compromisso histórico de engajamento - participação. Nessa contextualização, a educação surge como um amplo processo onde se encontram inseridos a família, a escola, as associações, as igrejas, os partidos, dentre outros (MADEIRA, 2001).

As atitudes estão relacionadas à **mudanças**, as quais se configuram como mudanças das práticas (subcategoria 1) no que diz respeito as perspectivas e transformação, que vêm consolidar o discurso anterior acerca do que compreendemos e apreendemos do processo de capacitação enquanto construção de uma mudança de prática.

No contexto de desempenho profissional, as enfermeiras demonstraram que suas atitudes no ambiente de trabalho, até mesmo ao nível familiar, após a capacitação, foram passíveis de mudanças, tendo ficado evidenciado, quando da observação desses profissionais em seus locais de trabalho (seja em unidades básicas de saúde; coordenações de programas, como: o PACS e o PSF; ou até mesmo ocupando cargos administrativos relacionados a esses programas, a mudança em suas posições políticas e discursivas no atendimento à clientela ou orientando indivíduos, grupos, famílias e comunidades).

Pode ser notado que no processo de capacitação ocorreu assimilação positiva na maioria dos egressos dos cursos referidos, como por exemplo: mudança de postura; mudança de pensamento nas questões que requerem compreensão sobre decisões importantes a serem tomadas pelos gestores municipais, inerentes às atitudes de seus representantes. A linguagem dos sujeitos teve também de buscar expressões políticas necessárias para o diálogo e atendimento das reivindicações da comunidade como um todo.

Nessa perspectiva, ocorreram **mudanças comportamentais** expressivas ao fato de que, quando se encontra prestando orientações ao indivíduo, à família ou mesmo à comunidade, os profissionais da saúde têm que orientar o cliente a buscar seus direitos e deveres enquanto cidadão exercendo o direito da cidadania, que é ditada pela Constituição de 1988, da União. Esse exercício da cidadania deve ocorrer de forma participativa e atuante nos fóruns de decisões dos quais o cliente tem direito de participar de forma reivindicadora, levando contribuições que ajudem no processo de construção social da comunidade onde vive.

Os fóruns de decisões acima referidos são representados pelo Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Federal de Saúde. A comunidade deve ser orientada a acompanhar a formulação do orçamento participativo de seu município e ser um fiscal permanente da realização das atividades neles propostas.

Nicolau (1997) considera que, à medida que vão se constituindo processos cognitivos, onde os homens esclarecem e interpretam os objetos do real, a partir da vivência cotidiana que o indivíduo encontra nas interações sociais, daí que se vê a importância das representações sociais.

Assim, corroboramos o que foi identificado acima com o que afirma Nicolau (1997, p. 104): “as Representações Sociais orientam os indivíduos na identificação e definição dos objetos e da realidade, na compreensão e interpretação desses objetos e na organização das possíveis condutas e formas de comunicação face a esses objetos”.

Entendemos que a mudança da prática acontece a partir da realidade cotidiana, em relacionamentos que se encontram imbricados à realidade objetiva e à subjetiva, com suas tensões, avanços, recuos e superações (NICOLAU, 1997); é nesse sentido que um programa de capacitação deve conter entre suas propostas conduzir suas egressas a uma reflexão sobre suas práticas diárias, buscando um complemento ou mesmo mudança de atos e atitudes que nada mais é que a mudança da prática desses profissionais capacitados.

Para tanto, situamos as representações como o momento em que o indivíduo se conhece enquanto cidadão, ser cultural em um dado momento histórico, social, político e econômico. Compreendemos as representações nas relações sociais nas quais os sujeitos e os objetos encontram-se determinados pelas mesmas relações, em uma dada realidade material à qual esses sujeitos vão atribuir sentidos e na qual vão intervir (NICOLAU, 1997). Esse sentido fica expresso nas falas a seguir:

- Suplantar as práticas antigas e atrasadas... Mudança da prática a partir da capacitação pedagógica... Com a prática de lá pra cá isso vai crescendo... A gente passou a fazer exame dos pés, a clientela gostou, a gente obtém bom resultado fazendo isso... Mudou a cada dia [você] aprende mais, muda a prática... O curso deu base para o trabalho em equipe... O curso foi muito importante na questão do planejamento... O curso foi muito importante na questão da avaliação... Veio para poder nortear minhas ações... A minha prática hoje é bem melhor... Você tem que ter conhecimento científico... Minha prática bem melhor [do que] antes por causa desse conhecimento adquirido nesse curso de especialização... Conhecimento científico teórico para aplicação na sua prática... Houve uma mudança na minha prática você sente... [É como se] você estivesse mais envolvido com aquela pessoa... Você é referência para ela... Houve uma mudança muito grande na minha prática... A minha prática foi construída... A minha prática foi modificada à medida que vou buscando, continua transformando... A minha prática humanizada, adquiri isso com o transcorrer de toda minha formação... A prática mudou após o curso de capacitação totalmente... Que mudou muito a prática... É uma nova prática de atendimento, de acolhimento da integralidade... Dentro de um melhor atendimento... a gente modifica é a parte prática de saúde bucal.

O processo ocorrido na fala das depoentes com relação à mudança de suas atividades práticas, em seus mais variados espaços de trabalho junto às equipes de saúde da família, tem demonstrado que houve um novo olhar dessas profissionais, egressas da especialização, em relação a seus clientes em busca de soluções para as demandas emergentes. De modo que procuram dar uma assistência à saúde de forma global e mesmo holística. Nessa procura, as profissionais interagem a cada dia com a comunidade na qual atuam e, em algumas ocasiões, assumem a comunidade como se fossem participantes e integrantes de suas famílias no sentido amplo da palavra.

O modelo de atenção que o PSF vem preconizando tem pretensões à construção de uma nova estratégia de ação para os municípios como forma emancipatória, mas não se desvinculando de assessorias aos níveis estaduais e federal, por entender que toda prática deve ser planejada, executada e avaliada por sistemas de informações que devem estar situados nos órgãos superiores de uma nação.

No momento atual histórico, se assim pode ser chamada essa transição por que passa a saúde brasileira, onde os municípios têm buscado crescimento na qualidade da assistência, proporcionando aos profissionais de saúde forma de se especializarem, e de se atualizarem

dentro das propostas de cada programa, necessita-se que se implementem de forma sustentável as ações a que eles se propõem. Nessa perspectiva, os municípios têm procurado parcerias, proporcionando a seus profissionais estarem sempre se atualizando nos mais diversos cursos e treinamentos, momentos que servem como troca de experiências vivenciadas por esses profissionais enfermeiras dos municípios representados.

Entendemos ser nessas esferas que devam ocorrer fiscalizações sob forma de cobrança dos gestores municipais, não os deixando com todo o poder decisório dentro das resoluções municipais.

- O profissional atende de forma holística de ver o indivíduo como um todo...Ampliou a minha prática mesmo enquanto enfermeira do PSF...Consegue identificar o problema mais claramente...Sem dúvida nenhuma pra mim hoje estaria com a mesma prática...Quando você trabalha com essa visão holística...Levantar os problemas, e também as soluções...Eu acho que promoveu uma melhor prática...a mesma linguagem você não vai poder usar...Tive dentro da capacitação foi como você lida mesmo com a comunidade...A gente fez o treinamento introdutório...Você vê a capacitação pedagógica...É uma nova metodologia de agir, de atender...De como trabalhar com as famílias...Pra mim é um pouco difícil que mudou a prática no PSF...A dinâmica de equipe...O que fazer na equipe...Ela teria que ter aquela coisa do olhar holístico...A primeira mudança na minha prática foi convencer...A especialização mudou a minha prática...Mudança da prática é uma mudança de visão de como você está trabalhando...Como a comunidade vai tentar mudar as práticas de saúde...Mudança de prática é você mudar o que você vinha fazendo...De normas e rotinas e a mudança da prática...Trabalhar sobre outra visão ampliada com outras atividades...O trabalho mudou totalmente aquela forma até das capacitações...Uma nova prática em saúde que envolve os três níveis de atenção...O curso possibilitou uma prática consolidada...Como os conhecimentos que eu adquiri foram maiores, a minha prática ficou melhor...Com conhecimentos maiores, o que mudou a minha prática.

Em toda mudança da prática individual ou coletiva, é natural que aconteçam mudanças comportamentais dos sujeitos envolvidos no processo. Tais mudanças, de alguma forma, ficam explicitadas em suas condutas de atendimento, seja individual ou até mesmo no coletivo; nas reuniões avaliativas; de treinamento; informativas e até de planejamento; vez que, durante esse processo, os indivíduos passam a compor uma equipe que representa um serviço onde se planeja um atendimento qualificado para a comunidade onde atuam, enquanto profissionais integrantes de uma mesma pertença social.

Existiu uma mudança no ver o cliente e até no atendê-lo em seu problema, com intervenções que trouxeram a ele conforto pessoal e existencial, mostrando que o cuidar vai além de ser dado um atendimento pontual, mas compreende também orientações que lhe sirvam durante seu caminhar individual ou mesmo coletivamente. Buscamos, nesse momento, um olhar do todo desse cidadão dentro de um processo social e democrático da assistência que lhe é dada, quando de sua busca às unidades de saúde.

Nóbrega (2000), ao citar as mudanças comportamentais, apreende que essas ocorreram em situações resultantes de pressões normativas ou informais. Contudo, as mudanças de comportamento acontecem mais por uma adaptação em uma dada relação social a outrem do que para que seja estabelecida alguma verdade.

A verdade é colocada nas falas anteriormente explicitadas no momento em que deixam clara a importância do curso recebido como fonte de apropriação de uma teoria que lhes proporcionou um olhar diferente dentro de seu campo de trabalho, buscando uma relação mais de perto de quem e com quem esse profissional está desenvolvendo suas atribuições, que nada mais é que uma troca de experiência entre seus pares.

No campo de trabalho, as depoentes apreenderam essa realidade. Contudo, muitos demonstram um certo desconforto nas situações pelas quais passam, relacionadas ao cumprimento de metas. Mesmo assim, acham que devem cumprir as normas ditadas pelo órgão que está conduzindo ou coordenando os trabalhos das equipes da saúde da família.

As condições desses órgãos levam as equipes de saúde da família a sentir a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, mesmo que ocorram embates, muitas vezes desnecessários. É necessário que elaborem normas e rotinas que hoje são denominadas de protocolos para assistência à saúde, nos mais diversos serviços de saúde, e mais de perto na unidade básica de saúde da família. Essa busca deve partir do conjunto da equipe quando, durante o processo de avaliações da semana e planejamento da que vem. Entendemos ser o trabalho coletivo de valia, não como forma de cumprimento de tarefa, mas, em busca de uma assistência de qualidade à comunidade adstrita à unidade de saúde onde o profissional desenvolve suas atividades.

No processo de análise de conteúdo, encontramos a categoria Políticas de Saúde bem elucidada dentro das ementas das disciplinas propostas pelo curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde. Evidenciamos a contextualização da temática das políticas de saúde, vez que entendemos que a saúde brasileira tem buscado um crescimento significativo dentro das comunidades, dos municípios, dos estados e da nação. Todo esse processo é respaldado com a participação popular dentro dos conselhos locais e municipais de saúde, nos quais representantes de diversos grupos sociais estão inseridos e encontram-se representados também no cenário das políticas públicas nacionais.

As Políticas de Saúde não representam apenas um conhecimento e um procedimento individual, mas constroem um conhecimento emancipatório, constituindo alternativas a brutos projetos teóricos, e isso nada mais é do que a teoria das Representações Sociais evidencia, daí se concluir que as políticas sociais estão ancoradas em conceitos que promovem o bem-estar do coletivo dentro de uma dada comunidade (AMÂNCIO, 2001).

Nóbrega (2001, p. 64) diz que: “as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais”.

Com base nessa afirmação é que apreendemos a **Informação** como a que respalda o processo da comunicação social por ser ela responsável pelo processo de formação representacional das TRSs, que se encontra denominado em três níveis: o cognitivo; o de formação da TRS; A categoria Capacitação como conhecimento vai contemplar esses requisitos para a formalização da TRSs neste estudo, e o terceiro nível, que é a edificação das condutas, através das informações recebidas dos atores sociais envolvidos nesse processo, que provavelmente sofrerão uma mudança na prática do dia-a-dia, com o propósito de lhes ser dada uma assistência qualificada.

Porém, a organização dos serviços de saúde foi realizada em alguns municípios numa perspectiva da demanda levantada pelos profissionais de saúde nas populações adstritas à unidade básica de saúde, conforme apontam os discursos abaixo:

- Mudar o modelo assistencial...Trabalhar mais próximo da comunidade...Dentro da realidade da comunidade...Conhecer a realidade da comunidade...Vivenciar problemas...Identificar problemas...É um modelo de assistência à saúde...Grupo determinado de pessoas...Uma estratégia que veio para modificar, complementar o modelo já existente de saúde...PSF é um meio para você mudar o modelo assistencial...Se está falando de mudança de modelo...A gente busca trabalhar com a Vigilância à Saúde...Visando à mudança do modelo assistencial...Uma metodologia de implantação do SUS...Cumprimento do princípio de equidade...Possibilidade de efetivar o SUS na prática...Não dá para se falar em PSF sem se ter muito essas questões dos princípios do SUS...Da questão da universalidade mesmo gente trabalhando na área de abrangência...Respaldada no conhecimento quanto à metodologia para a capacitação de ACS...Universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação social, hierarquização...A saúde da família como porta de entrada para o sistema de saúde mental...É a reorganização da atenção básica agora de forma como está sendo lançado...São combinações tecnológicas, culturais e metodológicas utilizadas para a organização dos serviços a depender de sua complexidade...Na reestruturação do modelo assistencial que a gente tenta implantar nos municípios...A gente tem uma demanda de encaminhamentos organizada.

Aprendemos o compromisso das enfermeiras em sua maioria por um atendimento à sua comunidade. Percebemos isso em suas práticas e atitudes, em reuniões com sua equipe de

trabalho, onde elas demonstram terem compromisso tanto com a unidade básica de saúde, como com sua equipe, esse se ampliando até a comunidade adstrita à unidade que se encontra sob sua responsabilidade. Evidenciamos nos discursos das depoentes que existe um compromisso com a efetivação dos princípios do SUS; para isso, elas contam com a reorganização e reestruturação da unidade, e também de ser posto em prática um modelo de assistência, privilegiando o indivíduo como um todo: individual e coletivamente.

Com vistas a atender as necessidades da demanda das comunidades, as entrevistadas propõem que aconteça mudança da assistência, advinda de um novo olhar dos profissionais inseridos na atenção básica de saúde; para isso, necessitam ser capacitados e que lhes sejam dadas possibilidades para que desenvolvam as atividades a que se propõem dentro de seu ambiente de trabalho. Existe uma preocupação no depoimento dessas profissionais, que entendem o PSF como porta de entrada para implantação e implementação de programas que atendam a necessidades emanadas das comunidades, como é o caso do serviço de saúde mental em alguns municípios.

É relevante lembrar que muitas enfermeiras estão gerenciando, coordenando as unidades básicas de saúde, como também ocupando coordenações do PACS/PSF, além dos que vêm atuando como secretários de saúde. Esse fato pode ser comentado como ganho de um espaço de trabalho a mais para esses profissionais.

Nos depoimentos que seguem, podemos apreender esse compromisso com o trabalho desenvolvido.

- Traçar estratégias de ações...Comprometendo toda a equipe...Informação, eu desenvolvo uma ação...É uma alternativa se a gente acreditar, tiver compromisso, assumir mesmo, vestir a camisa...É a minha linha de trabalho...Gratifica porque você pensa, plantei, joguei essa sementinha aqui...Eu estou colhendo alguma coisa...Fui eu que criei, eu que joguei, entendeu, fui eu que acreditei, deu certo, estou obtendo resultados...A gente se empenhar...A gente dar o ponta pé inicial mesmo um pouquinho...A gente faz, a gente vê o resultado...Eu contribuí muito pouco, fiz muito pouco...Você dá o ponta-pé inicial (5) Me estimula mais...A gente tem que ter muito jogo de cintura pra não deixar passar pra comunidade...Eu acho essa parte muito importante, essa visita com a gente, essa supervisão na área...Precisa fazer para poder dar um acompanhamento maior a essas famílias...É a participação dos membros da equipe: o médico, o auxiliar...Ajuda bastante a participação da equipe...Não adianta planejar, programar sem a participação da equipe, não é...Atendemos na unidade, hipertensos, diabéticos, criança, gestante, fazemos o preventivo aqui...Fizemos a seleção, o primeiro passo foi a seleção...Após a seleção, fizemos o reconhecimento da área...Viemos ver os consultórios, dividir os consultórios porque aqui seriam duas equipes, planejar, organizar, não é...Organizamos essa parte colocamos o material que precisava, começou a chegar esse material...Se o material tava adequado, se contemplava o que a gente queria...Nesse tempo também a gente tava fazendo esse trabalho a gente fez o curso do AIDIP.

Nestes depoimentos, fica explícito o compromisso que essas profissionais possuem e transmitem durante o desenvolvimento de suas atividades. Demonstram que existe um trabalho realizado por eles com a finalidade de ser atingido o objetivo ao qual se determinaram. Também é feita alusão de que na realização de um planejamento é importante que haja participação efetiva de toda a equipe, de maneira avaliativa das ações prestadas, vez que conseqüentemente venha a subsidiar o planejamento de ações futuras; venha também a propor soluções aos problemas emanados pela discussão na equipe.

Nicolau (1997, p.117) considera que é “através do trabalho, que os homens transformam a natureza, como também se transformam, possibilitando, assim, a transformação de formas e conteúdos naturais em formas e conteúdos sociais, na medida que constrói os objetos sociais”.

Dessa maneira, podemos observar essa transformação entre as profissionais inseridas neste estudo, conforme seus depoimentos:

- Vou atender a criança...Tem profissional que é mais comprometido que outro, que ajuda mais...Em termos de compromisso, você se identificar como no caso, como um profissional...O profissional lhe ajuda...Tava tentando com a comunidade e tudo...Botou ele lá na sala conversou como era...[Ele] chega ali na sala de espera conversa tal e tal...Os hipertensos mesmo, ele precisa vestir a camisa do programa dos hipertensos divide comigo...Vestir a camisa, dizer assim, eu vou fazer porque por aquela família...Vou fazer porque eu sei que vai resolver aquele problema...no programa todo mundo participa o agente comunitário tem acesso aos prontuários...Eu falei Lino a gente tem que apertar o dia de hipertensão...[As auxiliares] ajudam no programa também agora assim, sente é Obrigação eu vou cumprir, mas eu não vejo assim...Era comprometida atendia bem...Às vezes em um dia eu ajo de uma forma no outro já avalio...Faço muita avaliação do que eu faço, gosto de trabalhar assim...Planejamento e avaliação pra justamente ocorrer mudanças...Os médicos atendem todos os dias...Com relação à minha prática a gente vem buscando melhorar o que a gente realiza...Melhorar as suas atitudes com relação ao cliente...A responsabilidade é maior com relação àquela comunidade...A responsabilidade é maior...Você se sente mais ligada àquela comunidade...Você toda semana tá naquela área...Exercício de dispersão numa área e ia para outro distrito...Recebe residentes.

Dentro dos depoimentos acerca do ato de coordenar, fica evidenciado que esse vai mais além do que dirigir, indo até servir como elo entre a academia e o serviço, quando recebe residentes na UBS para aí terem oportunidade de praticar e aprender com os profissionais das equipes de saúde da família. Existe nesse espaço troca de conhecimentos e construção de novos conhecimentos, tornando esse espaço acadêmico, transformador e de construção coletiva de um modelo assistencial específico de cada comunidade ou mesmo de cada equipe de saúde da família, levando a uma mudança de paradigma da assistência à saúde. Apreendendo que o ato de coordenar é considerado enquanto uma atividade produtiva e

através dela o homem transforma a natureza e se transforma, tornando-se viável pela atividade político-cultural, e desse modo o homem ordena a si próprio enquanto ser individual e social. Esse indivíduo se insere de forma ativa na vida prática, como organizador e construtor; contudo, para atender a essa necessidade, utiliza-se de suas capacidades intelectivas, em função de um aprendizado constante e permanente (NICOLAU, 1997, p.116).

Esse processo de educação permanente no serviço é partilhado com os objetivos que possuem os pólos de capacitação criados pelo Ministério da Saúde nos estados brasileiros de: assessorar os municípios que pretendem implantar o PSF; oferecer capacitações à medida que surjam as necessidades em cada município; capacitação de gestores municipais conforme os princípios do SUS. Esses pólos são compostos através de parcerias entre as universidades estaduais, federais, particulares, órgãos que representam as secretarias de saúde de estado, para juntos darem suportes técnicos administrativos e pedagógicos numa perspectiva de oferecimento de uma educação permanente aos profissionais de saúde inseridos no processo da municipalização. E de certa maneira auxiliam as coordenações municipais e estaduais no acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família de forma avaliativa.

Cohen (2002, p.195) corrobora o mencionado acima quando considera ser

a equipe de supervisão essencial no processo de implementação da estratégia do PSF, visto que cumpre importante papel formador em serviço. Busca complementar a prática profissional da equipe básica com habilidades anteriormente não desenvolvidas por dificuldades de formação e apóia tecnicamente o profissional médico nas especialidades básicas, assim como fortalece a prática clínica da enfermagem. Haja vista ser esse processo em construção, no qual se tenta avançar metodologicamente.

Concluindo essa reflexão sobre o PSF, Cohen (2002, p.195) afirma “não se pode perder de vista que esse programa é uma estratégia que busca qualificar a porta de entrada do sistema, vinculando a população aos serviços, identificando uma demanda historicamente reprimida, e mais precocemente os riscos e os agravos à saúde da população”.

Para tanto, todas essas elucubrações são expostas nos depoimentos: \,

- Responsável por onze unidades de saúde da família...Responsável por quatro centros de saúde...Todos os profissionais usam a mesma proposta...Começando a fazer grupos de convivência...Começando a fazer oficinas...É um estímulo pra você dar mais um passo...Oferecer serviços de atendimento...Atendimento de enfermagem tem uma sala...A gente reserva os dias por grupos que a gente atende...A unidade básica atende os indivíduos que procuram aos serviços de prevenção, de promoção...Realizar triagem das pessoas com distúrbios mentais...A gente tem o hábito de sentar fazer reunião de equipe e depois levar pro conselho...A gente tem referência, contra-referência mesmo com suas dificuldades a gente

consegue...Trabalha com a gestante para evitar problemas futuros, no pré-natal e no parto...A gente vai criando condições pra resolver...A gente tem o conselho como parceiro da gente...Possibilidade de efetivar o SUS na prática...Traçar estratégias de ações, comprometendo toda a equipe...É uma alternativa que se a gente acreditar, tiver compromisso, assumir mesmo veste a camisa.

Nestes depoimentos ocorrem demonstração do compromisso existente nesses profissionais, com relação à unidade de saúde onde se encontra vinculada a enfermeira, vez que se observa que o planejamento das atividades é comum entre as equipes de saúde da família observadas; nessas equipes, acontece a avaliação das atividades realizadas, e sobre essa avaliação é planejada a próxima semana da equipe de trabalho. Todo o planejamento vai ocorrer de acordo com o planejamento realizado pela equipe, que normalmente ocorre às sextas-feiras, nas unidades básicas de saúde. Apesar de que existe um percentual de profissionais que não acham relevante essa reunião, achando até perda de tempo realizá-la. Mas, seu produto final tem dado bons frutos.

Para tanto, apreendemos que com a mudança da prática o indivíduo é conduzido a uma mudança de comportamento, o que como uma cadeia emerge em uma estruturação do serviço, implicando que nesse processo os trabalhadores de saúde da unidade busquem realizar o planejamento das atividades futuras, levando a uma mudança de atitude, conforme os depoimentos:

- Você vai promover ações básicas...Estou tentando mudar a maneira de fazer saúde...Me fez ter uma visão um pouquinho mais ampla daquilo que eu já tinha...Está pensando mais rápido, está atendendo mais rápido...A minha prática é construída...Pude trabalhar mais diretamente com a comunidade...Na minha prática, eu busco trabalhar com hierarquização...Eu mudei muito...Existe [hoje em mim] toda uma consulta diferenciada...Hoje tenho segurança no desempenho das atividades... Até o relatório da gente, o que a gente aprendeu, tá colocando na prática.

É na função de orientação das representações sociais que a autora ancora o comportamento dos atores sociais deste estudo, vez que essa função tem por objetivo guiar os comportamentos e práticas dos indivíduos dentro de seu contexto social, representado enquanto tarefa que determina o tipo de estratégia cognitiva diretamente adotada pelo grupo, assim como se estrutura e se comunica, independente da realidade da tarefa, bem como outros elementos da representação possuem um papel similar na definição do comportamento (ABRIC, 2000).

Entendendo que o novo modelo de atenção encontra-se centrado na epidemiologia social que requer um novo profissional com uma nova prática de saúde, entendendo que esse

profissional não sai pronto dos cursos universitários, mas em sua prática cotidiana vai criando e reelaborando uma nova maneira de pensar e fazer saúde. Para tanto, essa nova prática necessita de uma experiência profissional atrelada à história de vida de cada profissional (ALMEIDA, 1999).

Silva (2001), faz algumas reflexões acerca dos profissionais médicas e enfermeiras do programa de saúde da família em Fortaleza e cita que suas representações sobre as práticas por eles desenvolvidas relatam ter ocorrido durante esse processo mudanças quanto à visão de mundo; e assumem uma nova prática de assistência para a cliente alvo das UBS onde desenvolvem suas atividades. Essa reflexão corrobora os achados neste estudo, quando afirmamos pelas egressas dos cursos de especialização a forma como hoje observa sua prática cotidiana nos municípios baianos, o que não diverge dos achados pela autora acima mencionada.

4.2.3 Propaganda (Categoria e suas subcategorias)

Essa categoria Percepção dos depoentes indica representações referentes às dificuldades, conflitos e estereótipos experienciados pelos enfermeiros do PSF.

Categoria 3- Percepção dos depoentes

- relacionadas as dificuldades
- relacionadas aos conflitos
- relacionadas aos estereótipos.

Apreendemos nos depoimentos das enfermeiras da saúde da família que o processo de construção de implementação do sistema único de saúde leva os atores sociais inseridos nessa pesquisa a enfrentar: as dificuldades, os conflitos e os estereótipos.

Num processo de construção de vida, o indivíduo se encontra inserido em uma forma estabelecida e construída em seu percurso de história de vida dentro da família, como também, profissional. Nesse contexto, naturalmente todo indivíduo em sua profissão procura na maioria dos casos se reciclar, às vezes por iniciativa própria, ou mesmo por indicação de algum órgão em que trabalha. Na atualidade, essas reciclagens foram denominadas capacitações, entendidas como aprimoramento, atualização e mesmo levando esse profissional a refletir sobre suas ações e atos, de maneira que lhe proporcione realizar uma desconstrução de seu conhecimento prático, que após a aquisição de novas teorias busque a reconstrução que o conduza a apreender uma nova forma de concretizar e realizar suas atividades em seu

ambiente de trabalho, seja ele junto à equipe com que trabalha, ao indivíduo enquanto cliente, à família e à comunidade.

Na construção desse novo olhar e caminhar, o profissional enfrentará dificuldades no serviço, vez que esse traz consigo desejo de mudanças em sua prática, e em seu comportamento. Entretanto, os sistemas de saúde nos municípios brasileiros vêm buscando um novo olhar e uma nova forma de acolhimento para a comunidade adstrita. Esse profissional enfrentará dificuldades inerentes à falta de material, de recursos humanos e até de outros serviços como forma de viabilizar a assistência, e essas manifestações foram explicadas nos depoimentos:

- Hoje de manhã, uma pessoa da área me falou que a casa caiu com a chuva...O trabalho da equipe é muito difícil mesmo porque nem todo mundo trabalha por amor...A gente se vê só na equipe...A iniciativa tem que ser do enfermeiro ainda...Tudo tem que ser o enfermeiro...Eu vejo que eles na equipe se acomodam muito, às vezes, não é nem falta de interesse, mas é comodismo mesmo...A gente vai fazer o que...Se eu não sugerir, os outros se acomodam, passa um mês sem ter reunião, dois meses, entendeu...É...os auxiliares continuam os mesmos, os médicos é que mudam...Eles atendem à clientela daqui, mas na realidade não participam da equipe...O primeiro saiu para estudar ficou um ano parado, voltou para trabalhar no PSF de Cravolândia, interessante, lá falta enfermeira...É difícil...Às vezes desestimula um pouco, quando você quer fazer alguma coisa funcionar e você se vê sozinha, nisso se desestimula...O preventivo mesmo tá aí capengando...Não sobra tempo, a gente atende tudo isso...A gente tem que dar conta que, que...1400 famílias me parece. Aumentou o nº de famílias é 1470, e tem que acompanhar os ACS, né, tem que fazer mais treinamento, capacitação...É. Não estava construída não tinha móveis, mobiliário nenhum, entendeu, não estava equipada...Contratação médica...Contatos. Vem de Santa Catarina...Condições da USF...Uma necessita de fazer algumas reformas...As dificuldades nossas [são] de como a gente fazer para melhorar o atendimento...Aqui o número de famílias está em excesso...Aqui o PSF não está viabilizado por causa do número de famílias em excesso...Atualizar conhecimentos no serviço de pré-natal.

Com o enfrentamento das dificuldades, surgiram os conflitos. Ao buscarmos fazer a relação do estudo em questão com a vivência das enfermeiras no PSF, observamos conformismo na prática de seu discurso, por acharem que são cobrados e que necessitam atingir metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que cobra às coordenações estaduais, e essas cobram às coordenações municipais.

Segundo Nóbrega (2000, p.132), “o conformismo é entendido enquanto mudança de comportamento de um indivíduo (minoría) em direção às posições adotadas pelo grupo (maioría)”.

- Ele deveria sair para poder atender a criança...Esse negócio que só enfermeira atende criança, Jamille já cortou isso e eu vou cortar...Eu não sou secretária de médico, passa pela enfermeira primeiro... O médico faz a consulta dele, não vê quem é, se ele tem competência pra resolver o problema, ele resolve ali, se não ele não vai passar para o especialista?...É consulta minha de enfermagem, eu vou fazer minha consulta, entendeu...Discute só que

ultimamente estou devendo, está errado...Eu comecei a omitir...Comecei a aprender a não falar, me chatear mais...Vou deixar pra lá, mas está errado...Tem certas coisas, vou deixando pra lá...Eu saía com dor de cabeça...Chateava porque tem agente comunitário querendo jogar duro, aí ele não sabe como falar... Estavam gerando encrenca com a auxiliar...Eu pensei que ia ser pior de chegar um aqui...Falar assim, vamos mudar a estratégia de atendimento do diabético...Se mudar tudo, vai dar um trabalho total, e isso não acontece...Eu esperava isso, mas não aconteceu...O pessoal da vigilância, oh!...Dando uma indireta, sabia que era ele que vinha...Ele tava atrás, soube que Verusa saiu, ele correu por causa da vaga...Ficava brigando lá...Ele chegou, eu fiquei arrasada com isso, o que vai ser, vai tudo por água abaixo.

Os conflitos que acontecem nas equipes de saúde da família muitas vezes se instalam até mesmo por falta de uma política trabalhista por parte do próprio Ministério da Saúde. A política trabalhista adotada por alguns municípios é da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e muitas vezes existe uma associação que se responsabiliza pela contratação e demissão de profissionais de saúde para os municípios. A grande maioria desses profissionais são encontrados como forma de prestação de serviços, não possuindo direito a recolhimento do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS) e férias. Enquanto que já existe municípios que a admissão desses profissionais acontece através de concurso ou seleção pública. Existe a política de implantação e implementação do PACS e PSF como proposta de consolidar o SUS, mas nada garante ao profissional legalmente sua permanência nesses programas, mesmo àqueles profissionais que têm perfil para compor a equipe de saúde da família.

Nas grades curriculares dos cursos de graduação em saúde na realidade baiana atual, e mais de perto, nos de medicina e enfermagem, não se encontram disciplinas que possibilitem a discussão do trabalho em equipe, e muito menos com visão multiprofissional e multidisciplinar, ficando uma lacuna na formação dos profissionais egressos desses cursos, no que se refere ao trabalho em equipe e às suas relações profissionais, na competência de cada um, em prol do trabalho final, em busca da qualidade da assistência.

Essa lacuna é mais evidente na formação médica, em que a grande maioria de seus egressos possui uma visão do trabalho individual, não possuindo, muitas vezes, a compreensão do trabalho coletivo, o que dificulta em alguns casos sua inserção no PSF, por ele possuir como um de seus princípios o trabalho em grupo, com visão multiprofissional.

Para tentar sanar essa falha emersa dos cursos de graduação, buscou-se, através da implantação dos Pólos de Capacitação Permanente em Pessoal da Equipe da Saúde da Família, aparar essas arestas, proporcionando capacitações para seus integrantes ou para

aqueles que pretendem fazer parte do PSF. Pode-se apreender dos depoimentos seguintes os conflitos gerados no trabalho das equipes:

- Vai me dar um trabalho...Vai dobrar o meu trabalho... Eu tentei negociar isso com Lino, mas ele não aceitou...[o médico que veio depois] eu não sei como é que eu estou aqui...É, às vezes, a gente fala assim...A gente não pode, ficava pensando as coisas antes de ver...Soube que era ele, Verusa me chamou e falou, Gal, pelo amor de Deus...Tem algumas pendências de algumas coisas...Acho que por agora ele [prefeito] não quer mudar...A gente tá lutando...Conflito por falta de espaço para exercer suas atividades...A gente consegue aprender e levar isso para a prática...Não sei qual é e nem sei para onde vai ser...Outras, a gente deveria aperfeiçoar...Outras, a gente não tinha conhecimento...Como eu não estou junto da comunidade...Eu não estou vendo o problema dentro das residências deles...Por ser a segunda maior do município...Quando você pensa que é tudo novo...Devido às queixas, e o médico não pode ficar e só ficou uma...Não ficam aqui os exames...Tá indo para trinta e uma a partir do dia dezoito...Depende muito do mês que dá dez vagas, nove vagas...Depende muito dos feriados que tem...A gente tem que sempre ajudar a eles...É lógico que a gente ainda questiona muito o que é o PSF...Por a gente ser gerente o pessoal entender...Eles entendem que a gente às vezes não está na prática...A gente esquece as coisas que a gente faz...Eu não sei se em outras gerências ...Tudo a gente tentou fazer...Ela balançou a gente e deixou...Lógico que eu estava concorrendo com colegas dentro da própria unidade...Que eu ia levar os funcionários daqui...Sem saber que vai receber nada...Muita concorrência...Sabe de uma coisa eu deixar pra ver...Não mudou o que a gente fazia em termos de estrutura de implantação de programas...Nossas rotinas não mudou muito não...Ele já deixa para o dia de atendimento de hipertensão, não ele já garantindo que é hipertenso.

Uma vez que entendemos ser o conflito núcleo de mudança, no qual a minoria procura uma construção social da realidade, a mesma aspira a transformar o social, procurando adaptá-lo às suas exigências e necessidades. Necessidade é basicamente algo inerente à sua realidade, mas, após uma troca de experiências, é instituída uma comunicação entre os integrantes da ESF, e ela “desempenha um papel fundamental nas trocas e interações que concorrem para a criação de um universo consensual”. (NÓBREGA, 2000; JODELET, 2001, p.30).

Daí, a comunicação social, em seus aspectos interindividuais, institucionais e midiáticos, aparecer como condição de possibilidades e determinação das representações e do pensamento sociais. “Alguns autores defendem a tese que relaciona os processos de esquematização das representações e as propriedades da lógica natural” às relações de influência envolvidas nas situações de interlocução a influenciam com propostas de fazer de suas idéias evidências objetivas (JODELET, 2001, p.30.).

O conflito possui dupla dimensão, a de natureza cognitiva e a interpessoal; este estudo apreende o conflito em suas dimensões, contudo destacamos o de natureza cognitiva. No processo cognitivo, a negociação repousa numa única direção do pensamento, que é

denominada convergente, com relação à maioria, e divergente em relação à minoria (NÓBREGA, 2000).⁴

Na realidade, compreendemos que as dificuldades geram os conflitos, e destes, após serem apurados, emergem estereótipos de uma determinada situação, como expressam os discursos:

- É uma estratégia que democratiza o conhecimento em saúde...Não só o técnico tem poder de decisão...Uma estratégia que envolve a família...A comunidade ensina a gente, o ACS...Resgatar a história da comunidade...Democratizar a saúde...Carro chefe é a gente...Temos os grupos educativos que trabalham com um grupo de gestante, de hipertenso e diabético...A gente trabalha muito com educação em saúde com palestras, com orientações...Orientação para gravidez indesejada...Ensinar, de educar, de trabalhar internamente com o próprio agente...A gente tem uma tentativa de fazer educação permanente nas equipes...Práticas educativas com palestras, reuniões comunitárias...Mais educação...Educação continuada...Ações de docente no ensino, pesquisa e extensão...Preparar os profissionais para fazer triagem em saúde mental...Eu fui começando a adquirir conhecimentos através de capacitações...Depois que terminei a especialização, parti para o mestrado, onde pude dar uma outra visão pro projeto...Ver o indivíduo de outra forma não só biológica...Nem todo profissional é comprometido.

Nas entrelinhas desses depoimentos, apreendemos uma formulação de como os profissionais elaboraram o que vem a ser o processo de construção do PSF, quando mencionam ser ele uma estratégia com perspectivas de mudanças, de um novo olhar para si e para o outro companheiro de equipe, para a comunidade e para o indivíduo que nela vive. Os estereótipos, que normalmente são considerados como consenso para os membros de um grupo, encontram-se longe de elaborar opiniões homogêneas. Mas, no estudo das relações de comunicação realizadas por Moscovici (1961/1978), os estereótipos representam a propaganda dentro das representações sociais. As representações sociais se manifestam através da articulação do estudo do saber comum com o das organizações e ancoragens de posicionamentos individuais (DOISE, 2001).

Doise (2001) institui inúmeras vezes a necessidade de estudar as RS como sistemas de organizações cognitivas individuais moduladas pelas dinâmicas de um meta-sistema de regulações sociais. A partir do momento em que os indivíduos ocupam posições específicas nesse meta-sistema, podemos efetivamente considerar a possibilidade de estudar as representações que lhes são próprias como Representação Social.

Durante as observações de campo, apreendemos que realmente o estereótipo da enfermeira capacitada pelo Pólo de Capacitação mudou e por isso mesmo possui uma postura distinta em seu atendimento à clientela, procurando resoluções para os problemas de forma

compartilhada com outros setores municipais, propiciando que ocorra intersetorialidade na qualidade da assistência.

Entendemos que o estereótipo consiste numa resposta que é, ao mesmo tempo, genérica, rígida e reducionista à simplificação dos fatos (NÓBREGA, 2001).

4.2.4 - Categoria 4 - Atividades relacionadas

- a mudanças da prática.
- à coordenação.
- à avaliação.
- ao planejamento.
- ao treinamento.
- à dimensão científica.
- à dimensão política
- à interdisciplinaridade.
- à intersetorialidade.

Existe compreensão e apreensão de que as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nas equipes de saúde da família, após serem capacitados na perspectiva dos princípios do SUS, buscam fortalecê-los e viabilizá-los dentro do processo do controle social, vez ser esse fator importante para a resolutividade das situações emergentes dentro das comunidades adstritas das UBS.

A teoria das representações sociais pauta-se na construção social em dois sentidos: um que as representações sociais são construídas através dos discursos públicos nos grupos que pertencem, na forma como pensam seu mundo e vêem o universo e, dessa forma, o resultado de processos discursivos e socialmente construídos. O outro sentido é que o conhecimento é criado pelo próprio discurso para tomarem e tornarem atividades concretas (WAGNER, 1998), existindo um entendimento de que “a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem” (p.11).

Partimos desse enfoque, dentro da categoria **Atividade**, elegemos como sub-categorias neste estudo: a mudança da prática; a de coordenação; a de avaliação; a de planejamento; a de treinamento; a de dimensão científica; a de dimensão política e a de interdisciplinaridade.

No processo da atividade prática realizada pelas instrutoras supervisoras do PACS e PSF, o treinamento com os ACS, ao término da disciplina, correspondiam ao que deveriam os ACS desenvolver. A exemplo da disciplina Saúde e Sociedade, foi trabalhado o território; essa prática foi efetivada pelos ACS em suas áreas de atuação sob a coordenação e a

orientação das instrutoras supervisoras. Também em Política de Saúde, ocorreu a organização dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), e, mais uma vez, pôde-se constatar a aplicação do que foi visto na teoria, durante a prática diária desses profissionais. Já nas disciplinas Educação e Saúde e Comunicação Social em Saúde, foram trabalhadas questões relacionadas ao controle social – representado pela implantação e implementação dos Conselhos Municipais de Saúde –, sua importância para efetivação do SUS através da implementação da Municipalização da Saúde nos Municípios da Bahia e do País. Nas disciplinas de Metodologia de Pesquisa e Epidemiologia em Saúde Coletiva, foi trabalhado com os ACS o Sistema de Informação utilizado nos municípios, que é o Sistema de Informação do PACS (SIPACS), e nas disciplinas do Controle de Doenças e Agravos I e II, Vigilância à Saúde do Trabalhador, Controle de produtos, serviços e meio ambiente, Monitoramento de grupos de risco e Gerenciamento de SILOS, trabalhou-se o gerenciamento em saúde.

Vale salientar que as práticas desenvolvidas pelo Instrutor Supervisor do PACS e do profissional da Equipe de Saúde da Família, juntamente com sua equipe e demais envolvidos no processo de saúde dos municípios em busca da execução e validação dos conteúdos estudados, realmente satisfizeram a condução dos trabalhos propostos pelo curso nos municípios onde os profissionais de saúde foram capacitados, no período, pelo Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família/ Bahia. Dessa maneira, corroboramos Gadamer (1996 p.14):

La experiencia científica ocupa un lugar distinto. Todo aquello que puede considerarse como experiencia garantizada por el método científico se caracteriza por su fundamental independencia respecto de cualquier situación práctica y de cualquier integración en un contexto de acción.

Entendemos que as experiências elaboradas pelas ciências não apenas possuem vantagens de poderem ser comprovadas de qualquer forma, mas também se encontram ao alcance de todos, vez que essas conjecturas se encontram baseadas em procedimentos metodológicos, constituindo-se em uma experiência fidedigna e demonstrando segurança em um saber condutor de outros processos que venham a acontecer (GADAMER, 1996).

Na análise das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras das equipes de saúde da família, apreendemos que nos depoimentos desses atores sociais a atividade de coordenação está vinculada em sua maioria à figura da enfermeira:

- Promovemos treinamento dos profissionais...Elo entre as funções administrativas dos profissionais e técnicos, políticos...Organizamos a feira de saúde...Responsável por lidar com capacitação desses profissionais...Eu faço a supervisão...Eu faço essa supervisão...A visita de acompanhamento eu faço...A gente está fazendo uma visita com um agente...Se eu estou

com um problema eu identifico um problema aqui na unidade...Eu identifiquei um problema, acho que deveria mudar...Vocês têm uma opinião a dar. Está acontecendo tal problema aqui na unidade...É uma advertência, só quem pode sou eu, entendeu...Eu checava tudo que vinha, ou Verusa...Eu vou ter que fazer isso, tem que fechar isso do leite...Estamos sempre em busca de coisas novas na internet...Planejamento de reuniões...Planejamento de supervisão...Roteiro de supervisão...Roteiro de treinamento... Capacitações...Planejamentos... Reuniões comunitárias...É preventivo para que eles não usem a cota de consulta ginecológica...Para marcar esse tipo de exame...Atividades de integração...Fizemos um cronograma de atendimento...A gente marca fora da consulta deles...Eles marcam separados...A parte de odontologia, são cinco odontólogos, um só faz extração...O bairro Sumaré, o bairro São Vicente e o bairro Morada dos Pássaros I,II e III.

No processo de coordenação, sempre são atribuídas pelas enfermeiras, na realidade, a distribuição de tarefas e atividades desempenhadas no cotidiano dos serviços públicos de saúde na perspectiva de ser promovida assistência de qualidade à população adstrita a UBS onde se encontram atuando. Assim, coordenar no âmbito da saúde coletiva é subentendido ser uma atividade planejada e elaborada coletivamente num processo avaliativo das ações.

Essas ações são desenvolvidas, nos serviços prestados nas UBS, conjuntamente com os programas propostos pelo MS em busca de ser implementado um novo modelo de assistência à comunidade, no interior dos municípios onde estão implantados e implementados. Para tanto, a representação das enfermeiras frente à conduta elaborada através de suas ações, enquanto coordenadores da equipe de saúde da família, determina que "as representações estão ancoradas nas práticas" nas quais essas ações podem ser decompostas em duas vertentes: a maneira de fazer e as conseqüências percebidas desse fazer (ROUQUETTE, 1998).

Como coordenar nada mais é que a prática do cuidar da clientela assistida pela UBS, através da equipe de trabalhadores da saúde, Unidade, que, em sua maioria, tem sido dirigida por enfermeiras, faz sentido fazermos uma relação entre a prática e a representação social na visão de Rouquette (1998): 1- a mudança (das práticas e/ou representações) refere-se, em última instância, à história e não à ação de variáveis descontextualizadas e monológicas; 2- a influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição, quanto como determinação. Condição, uma vez que se trata do papel das representações no desenvolvimento da conduta. Determinação, uma vez que se trata da ação das práticas sobre as modalidades do conhecimento; 3- a decomposição da noção de prática conduz a distinguir quatro aspectos que deveriam ser colocados à prova, ao modo de variáveis

independentes contextualizadas, e que um modelo propriamente psicossocial poderia integrar a passagem ao ato; a frequência, o *modus operandi* e o cálculo.

Nessa contextualização, ainda pode ser apreendida dos depoimentos que se seguem a importância dada pelas depoentes sobre o que é coordenar:

- A gente não fica só na parte de gerenciamento...A gente parte também para as questões de grupo...Dia de atendimento à saúde da mulher, tem o planejamento familiar o preventivo...Coordenar está dentro da gente... A gente cobra muita visita...A gente não quer o profissional de USF ligado restritamente à unidade...A gente quer o profissional de USF ligado restritamente à comunidade...Produtividade de atendimento de consulta...Palestra, oficina com gestante...Sala de espera oficina com adolescente...Escala de viagem de distritos para médicos...A parte de gerenciamento...A gente parte também para as questões de grupo...A parte de gerenciamento... Escala de viagem de distritos para laboratórios...Supervisionar as atividades dos agentes...Acompanhamento das atividades de todos os auxiliares da minha equipe...Agente administrativo, vigilante, serviços gerais que fazem a limpeza da unidade...A gente marcar para poder elas estarem presentes...Perguntar à clientela quem é o agente da área e como está a equipe...Coordenação do cartão SUS...A gente trabalha com prioridade...Vai priorizar...Como coordenação regional do PACS na 24ª DIRES...Realizo supervisão às ESF...A coordenação da equipe deve ser atividade da enfermagem...Instrutora também do projeto comunitário de saúde...A gente precisa organizar...Você vai gerenciar...Um turno para os grupos educativos..Um turno para reunião de equipe...A gente tá marcando de duas em duas microáreas...Preenche os dados...A de gerenciamento, a de SILOS, muito importante.

Fica evidenciado nesses depoimentos que, na maioria das vezes, é de responsabilidade, ou melhor, recai sobre a enfermeira a coordenação das UBS, é (até na fala de alguns atores sociais) que o ato de coordenar vai além de apenas direcionar, dirigir ou mesmo estabelecer vínculos entre a equipe, o serviço, a família e a comunidade. Mas, buscar parcerias que contribuam para a resolução dos problemas encontrados e para a prestação de assistência significativa e de qualidade.

Breilh (2002) coloca em seus trabalhos a necessidade de algumas profissões estarem em busca de mudanças, de transformações e salienta ser a enfermagem a profissão que tem buscado desenvolver atividades acerca das necessidades humanas, levando a postura desses profissionais à construção de atitudes mais solidárias e democráticas no processo investigativo. Ora, como elemento integrante do processo de consolidação do SUS, estando sempre na maioria das vezes como figura central de atenções, deve a enfermeira buscar também uma nova postura em seu dia-a-dia de trabalho.

- Normatizei as minhas capacitações com os agentes... Coordenar faz parte da formação da gente enfermeira...Mapeamento...Cronograma de treinamento do PACS anual de planejamento...Gerenciamento...A gente faz supervisão...Estou na divisão de saúde...Coordeno toda a parte de baixa e média complexidade do município...Nós temos hoje ultra-som, endoscopia, fisioterapia, gastroenterologia, urologia, cirurgia...A gente dá o número de vagas por mês para cada equipe...Elas [ESF] marcam, entregam ao paciente...Tudo hoje a

gente tem na média complexidade...Estou nessa divisão geral...eu faço a supervisão indireta...É algo já sistematizado que você pode incorporar coisas novas.....Normalizo até com as equipes...Mas só que isso não tem funcionado pelo profissional e não pela organização...Hoje não, eu tenho roteiro cada dia eu sei o que vou fazer com eles...Quando eu trabalhei na coordenação do PACS e PSF...Tenho um cronograma de atividades...Ele é gerente...Sou a manda-chuva da equipe...Coordeno as atividades que as equipes devem desenvolver nos municípios...Em relação a todos os programas...A supervisão direta das equipes de saúde...a gente marca o paciente para o odontólogo...Sou responsável pela coordenação do SISVAN...Pela bolsa alimentação...Avaliação dos indicadores do SIAB...Acompanhamento das equipes...Coordenação de serviços e vigilância à saúde...Na gerência, além de fazer toda a parte burocrática, mesmo de relatório que é feita...Toda a parte burocrática...O que a gente faz: coordena, orienta, supervisiona as atividades desenvolvidas na unidade...Notifica e investiga agravos...A gente interditou a sala de vacina, e assim a pintura que estava precária...A gente lidava muito com a comunidade...De como trabalhar determinados assuntos...De como levantar os problemas...Um turno para as visitas...

Esses depoimentos expressam que dentro do modelo assistencial que vem se instalando no processo de municipalização dos serviços de saúde, fortalecendo o SUS, emergiu um espaço realmente ocupado pelos profissionais enfermeiras e que a cada dia evidencia-se o valor e a representação dos órgãos de classe nos mais variados cenários nacionais e internacionais, buscando a consolidação, a cada dia, do perfil e do papel desses profissionais na história das políticas públicas brasileiras. Hoje, é fácil encontrar no Estado da Bahia enfermeiras ocupando cargos significativos e expressivos; dentre eles, podemos citar: e de secretárias de saúde, gerentes de unidades, coordenação de programas aos níveis municipal, estadual e federal.

Dentro de todo esse contexto, emergiu na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a iniciativa, desde 1996, de elaborar o projeto intitulado Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC; vale ressaltarmos que projetos similares a esse foram desenvolvidos em outros países da América Latina. Após a conclusão dos trabalhos de elaboração, execução e análise das informações geradas, foi sugestão da própria ABEn- Nacional que se fizesse a divulgação dos dados encontrados. Para isso, foram planejados dois eventos que propiciassem discussões e avaliações em busca da elaboração das práticas propostas pelo citado projeto. Os eventos, denominados de I Simpósio Internacional de Classificação da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva e V Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, foram os fóruns nos quais se debateram os achados da pesquisa, contando com a participação de enfermeiras de todos os recantos do país (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Compreendemos que essas reflexões refletem o entendimento firmado em ocasiões anteriores, apreendemos que a construção do conhecimento em Enfermagem deve ser feita pelo abraço de mãos, pela união de idéias com a vontade e o desejo que esses atores sociais têm de defender esperanças (GARCIA; NÓBREGA, 2000). Nesse entendimento, é que as enfermeiras que desempenham nas ESF a função de coordenação buscam a participação - discussão e dentro das reuniões constroem uma nova prática por elas executada. Nesse direcionamento, (SILVA; ALMEIDA, 2000, p.175), dizem que “as dimensões onde a TIPESC se propõe atuar trazem para a prática da enfermagem uma perspectiva diferente e inovadora”.

Devemos ter aqui a compreensão de que a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) “trata da sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado, de intervir nesta realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção” (EGRY, 1996 p. 11).

Pelo viés da construção de uma prática de enfermagem de forma cooperada, participativa, discutida, refletida dentro de questões relacionadas à prática cotidiana dessa categoria em busca de reflexões politicamente elaboradas no interior de um contexto social pré-estabelecido, elegemos a subcategoria **Avaliação**, visto que ela se encontra no bojo da compreensão do papel de coordenar uma equipe, um serviço.

Pertinente, neste instante, é pensar que na atualidade da assistência à saúde todos os trabalhadores da saúde buscam ocupar um espaço nesse cenário, não apenas sendo um a ocupar o espaço, mas sendo mais um a desempenhar suas atribuições, a definir tarefas e atividades específicas para cada um dentro de sua formação acadêmica. Tudo isso leva a um indicativo de que se faz necessário que cada trabalhador da saúde receba capacitações específicas que os tornem cidadãos instrumentalizados a avaliar sempre sua atuação em busca de qualidade na assistência à saúde em seu cotidiano profissional.

É nos depoimentos que seguem que foi apreendido esse fato.

- Avaliação das necessidades de saúde da população...Através dos serviços de saúde e o nível administrativo central...Conhecimento teórico-prático do PSF...Ter conhecimento teórico...Ter conhecimento prático...Eu pude perceber, se eu começasse tudo de novo, eu

faria tudo diferente...Às vezes, tem uma vantagem de se começar do zero para poder fazer aquele mapeamento, reconhecimento da área diferente do que eu fiz...Nessa equipe, eu sei que eu tenho muito a fazer...É uma vantagem muito grande...Muito boa...A gente vê esse modelo antigo, é modelo que a gente vê que não tem bons resultados, em termos de qualidade de vida...Foi uma experiência muito boa...Como eu tive uma experiência muito boa no PACS, eu gostava e acreditava e acreditava era a linha de trabalho que eu me identifiquei com o PACS...Eu não gostava de saúde coletiva, de saúde pública...Não lhe gratifica tanto...Eu começo a avaliar o que eu fiz...Se a gente visita as pessoas, faz supervisão pra ver como é que está o trabalho dos agentes comunitários...Eu acho muito importante que é a supervisão. Acho de uma suma importância...É importante essa supervisão...A gente tem feito essas consultas, a gente faz...Não tem dado problema pra gente, o que facilita são as reuniões das sextas-feiras...Faz, mas ta muito pouco...

- Há não vou não porque nas últimas reuniões assim...Mas aí eu chamei e graças a Deus...Não é de competência dela [o] problema do leite, não é de competência dela.

Nos vários depoimentos, ficam claro ser rotina, nos serviços das UBS da família, avaliações periódicas sobre as atividades realizadas pela equipe como forma de planejamento da assistência prestada à clientela adstrita a cada UBS. Mas, quando se trata de um profissional entrar na seara do outro, fica evidenciado o constrangedor do profissional que se sente invadido em seu desempenho profissional, daí vem à polêmica de quem vai desenvolver a tarefa ou atividade dentro da equipe, vez que são normais nos depoimentos dos profissionais integrantes da equipe, atividades a que, nesse momento, atribuímos a terminologia de definição de perfil dos integrantes da equipe de saúde da família.

Entendemos que, quando traçamos o perfil profissional de determinada profissão, estamos elegendo como e qual o profissional a ser admitido para o desempenho nas equipes de saúde da família, pois, no momento, as diretrizes curriculares do ensino superior no Brasil passam por uma avaliação com o propósito de reavaliar o profissional egresso desses cursos universitários e as inserções deles no mercado de trabalho.

Daí emergiu a necessidade de que os cursos de Enfermagem nos currículos de graduação busquem atender o que o mercado de trabalho para o (a) enfermeiro (a) tem proporcionado em seu contexto. Dentro dessa busca, surge um novo paradigma educacional que reflete as competências em que devem esses profissionais ser instrumentalizados para seu exercício profissional.

Entendendo-as como sendo mais abrangentes do que o simples domínio de conteúdos disciplinares, e do estabelecimento de diretrizes como elementos norteadores do processo de construção de projetos pedagógicos nos quais a organização curricular é apenas um de seus componentes, (OHL; 2002, p.5).

Diante dessa exposição há necessidade de que o professor de enfermagem não seja apenas mero transmissor de conteúdos, mas que apreenda o significado de que ensinar

abrange mais que um currículo. Segundo Costa (2002) e Ohl (2002), torna-se fundamental a mudança do conceito de currículo; a mudança de postura do professor - enquanto educador, sendo visto como mediador ativo e agente facilitador do processo de formação do aluno-cidadão - e a mudança de postura desse cidadão-aluno, numa nova visão de agente ativo do processo de construção do sujeito social. E para isso esses alunos-cidadãos devem ser orientados no sentido de **aprender a aprender**, englobando o **aprender a ser**, **aprender a fazer**, **aprender a viver juntos** e **aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de cidadãos com autonomia e discernimento para assegurar sua atuação no dia-a-dia.

- ☉ A gente faz críticas do SIAB através de gráficos...Pra ver como está o atendimento...A gente vê como está a visita domiciliar...Aprendendo a escovar os dentes senão eles não continuam o tratamento...Mas para quem não tinha, é uma grande conquista...A gente escolheu a zona rural porque é melhor...Eu não consegui ficar só na parte só de gerenciamento não...Eu acho que pelo fato da gente ter pego uma unidade que era complicada...Ninguém acreditou que na feira de saúde do ano passado...Quem é o médico que vai sair daqui em pleno domingo...a gente parou pra avaliar o contexto em que ela vivia, que não era a medicação...Não fazia efeito...Depois do curso, a gente veio ver o quanto é importante que a comunidade nos ajude...É a união do serviço com a comunidade em função da resolução de um determinado problema...Acabou as dificuldades que eu tinha...Eu consegui vencer tanto durante o curso como depois...Hoje não tenho mais...Até pra gente ser mais sucinta...Eu acho que a gente conseguiu e muito aqui...Ele fica meio perdido...E a gente tenta achar que o problema não é nosso... Vejo acontecer aqui no PSF...Acho que no PSF vive mais isso...Eu outra unidade você já não vê isso...É mais a enfermeira que fica...A gente vem discutindo porque tem um índice muito grande de diabéticos...Não é feito uma triagem para ver a parte de clínico...A gente precisa estar sempre avaliando também divulgando o nosso trabalho...Avaliando o impacto.

Vários estudos foram realizados nos programas de mestrado e doutorado com relação ao processo de construção do SUS, que tem por carro chefe o PACS/PSF nos municípios brasileiros, dentre eles podemos citar (FERREIRA, 200; SÁ FILHA, 200; SILVA, 2001; GUIMARÃES, 2003). Grande parte desses trabalhos científicos é realizada não só por docentes como também pelos trabalhadores da saúde diretamente ligados à assistência e à administração nos vários níveis. Podemos observar a presença desses fatos nos depoimentos existentes nas dissertações e teses de doutorado apresentados em dois cursos de pós-graduação do Ceará.

Nesses trabalhos, foram expostas situações tanto de cunho de execução de atividades quanto às relacionadas às atividades administrativas sobre a implementação dos programas hoje considerados pelos cientistas políticos brasileiros carro-chefe da consolidação do SUS. Pode-se observar esse fato nos discursos dos depoentes:

- ☉ Avaliando a qualidade do serviço prestado...A questão política também...[A questão] da política de saúde desenvolvida na área...A política que vá nortear as ações de saúde pública no município...Em algumas disciplinas, poderia ter-se explorando mais...TER tido uma carga

horária maior...É uma das disciplinas que precisaria mais tempo...Pra gente poder trabalhar a questão da organização da metodologia...A gente vê superficialmente...É orientação mesmo...Eu acredito que poderia ter sido maior em termos de carga horária de outros momentos...Se foram válidas se não foram...Se teve impacto se não teve...Veja um caso de urgência e emergência mesmo trabalhando com a área delimitada...No sentido que você trabalha com essa família, cada caso é um caso, tem que ser analisado...Já que a demanda está sendo maior em determinado dia em determinada população...Você trabalha muito na questão somente a física...A física apenas é uma manifestação de todo um desajuste desequilíbrio, sócio-emocional, social, econômico...Eu acredito que a gente tenha discutido isso na maioria das disciplinas do curso...Eram seqüenciais...É aqui cada qual tem o seu papel...Seja a nível da área de saúde específica, até mesmo outras áreas sociais, educacionais e econômicas do município...O indivíduo é um todo, e a gente tem nossas limitações...Não posso pensar que eu como enfermeira posso resolver todos os problemas desses indivíduos...Ter saúde é não ter aqueles sintomas...Mas é todo um contexto...Ele amplia os horizontes...É toda uma necessidade onde esse indivíduo está inserido socio-econômico-culturalmente...A gente não pode pensar mais aquela coisa que vem de cima para baixo...Você vai estar acompanhando isso tudo...Na medida de que você também não tá somente atendendo o paciente.

Diante de tais depoimentos, entendemos que avaliar significa expor valores assumidos a partir de julgamentos realizados, tendo como base critérios previamente definidos. Entendemos ainda como estratégia que decidirá como enfrentar e resolver problemas (TANAKA; MELO, 2001). Assim, a avaliação trabalhada em programas e/ou serviços de saúde deve ser compreendida enquanto processo técnico-administrativo que se destina à tomada de decisões, onde estão envolvidos momentos de medição, comparação e emissão de juízo de valor.

No serviço de saúde que não possui poder de tomada de decisão, não existe avaliação, mas um diagnóstico de situação. A avaliação deve ser considerada, compreendida, como área de aplicação e não como ciência. Essas avaliações podem acontecer dentro do serviço diariamente, como também em momentos pré-determinados pela coordenação da UBS, conforme se observa nos depoimentos:

- ☺ A partir do momento que ele já chega pra você com uma queixa, com uma dor...Nos meus que possam levar agravar, desencadear algum processo de doença naquela comunidade...Quais os fatores de risco que existem ali...Aumento da cobertura de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre...Quais as doenças mais prevalentes e de maior incidência na área...De acordo com a nossa demanda...A gente conseguiu assim estruturar mesmo...O grupo é fixo, então você não pode passar o tempo falando da mesma coisa...Se eu tivesse entrado no PSF sem ser capacitada, minha prática hoje seria outra...Estava fazendo a UBS disfarçada de PSF...A gente trabalha, vai mediando, vai pontuando...Todas as médicas que foram da minha equipe não tinham conhecimento de PSF...Pra mim, era muito importante ter tido essa capacitação...Participa comigo numa boa...Avaliação, os indicadores ninguém nunca tinha visto...Produzia todo mês a ficha D, e ninguém nunca sabia o que era isso...Como é que está os índices da gente...A gente vai traçando o que melhorou, piorou...A gente teve cobertura vacinal baixa naquele mês...Porque as gestantes sumiram do pré-natal...Eles não tinham condições de fazer...A gente não chega lá, eu vou fazer isso...É isso como se a gente estivesse em teste...Eu fiquei ansiosa porque eu vi quanta coisa eu tinha deixado de fazer...Consciente de tudo aquilo que eu tinha feito que não era PACS, muito menos PSF... Você lida muito com a transformação na base...Se não fosse a capacitação,

com certeza eu estaria fazendo UBS, disfarçado de PSF...A gente faz o que tem a unidade, na nossa microárea...Não estava no PACS na prática...Fiquei assim muito angustiada, frustrada...Acha que eu estava fazendo PACS...Quando eu vi no aviso de capacitação...Eu não estava fazendo nada...Com o seu planejamento, você faz as avaliações no dia-a-dia.

Em alguns municípios brasileiros, o planejamento semanal de atividades faz parte das unidades de saúde, tendo como ponto de partida a avaliação realizada por cada integrante da equipe de saúde da família; enfermeira, médica, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. E todos se colocam em busca de serem encontradas soluções para os problemas surgidos, de maneira conjunta e participativa. Em trabalho de pesquisa realizado em uma UBS de saúde da família do município de Jequié/Bahia (VILELA; JORGE; SANTO, 2001), constataram o valor expresso pelos profissionais dessa unidade sobre como trabalhar de forma planejada e avaliativa; isso é gratificante e enriquecedor para o crescimento profissional de cada integrante da equipe, mas esse processo não é tão fácil de ser realizado, vez que, muitas vezes, é preciso a coordenação da unidade se posicionar de forma firme para que todos se façam presentes na reunião de planejamento e avaliação da equipe.

Moscovici (1961; 1984; 1998), apud NÓBREGA (2002), busca enfatizar a importância e a possibilidade de mudanças que o pensamento científico venha a exercer no profissional de saúde à medida que se interpretem os fatos sociais, transformando a realidade, entendida como processo, no início da indissociabilidade entre o indivíduo e a sociedade psicológica e a inserção social do sujeito, o sujeito e sua relação com os objetos sociais, o externo e o interno.

Nos depoimentos que seguem ainda se vê esse discurso avaliativo:

- ☺ Às vezes, a gente faz um monte de cartazes, enche eles de informações...Esquece que a comunidade não sabe ler...É aquele tanto de coisas, o panfletinho explica um monte [de] coisa... 80% das pessoas que fizeram a coleta não sabem ler...Falei tantas informações num papelzinho se ela não sabe ler...Agora que na televisão apareceu uma propaganda que chama a atenção do público...O curso deu um módulo de vigilância à saúde que ajudou bastante...Na discussão com os agentes, os problemas relacionados a essa parte...Que o custo da equipe é alto...A gente poderia chegar numa plena...Tudo que a gente faz é integrado...Tem muita coisa que depende da assistente social...Como a assistente social está organizada...Na minha prática, eu acho pouco...Na minha prática, as equipes que trabalham comigo eu acho pouco...O PSF pelo salário que ele paga...Está sendo condizente com o que o PSF teria que oferecer para a comunidade...Antigamente, eu ia com os agentes crua...Dá para a gente dar um atendimento integral mesmo assumindo tudo...A humanização da assistência, a gente tem buscado melhorar cada vez mais...Eu acho que foi muito pouco...Um pouco distante de Florence, não é aquela coisa muito...Não foi só com o PSF, com o PACS também...Trabalhou muito com isso...Fiz muito isso...Hoje é o ideal...Na minha cabeça, hoje é um caminho...Amanhã pode não ser...Acho que em mudança a estratégia está dentro...Um pouco distante da realidade...Será que é isso que a minha comunidade precisa hoje...Plenamente não...A gente busca, mas plenamente não...Percebo que muitos querem voltar à época em que pagava...quando eu pagava ficava internado em um

apartamento...Tem que saber diferenciar isso aí...O curso foi muito bom para mim...Eu não vou dizer que tudo ou o pouco que sei...A gente, cada dia que passa, a gente aprende mais...E foi do curso não...Quem fez o curso de especialização ganhou muito.

Nos depoimentos acima, está a representação da forma como as enfermeiras percebem o PSF, conforme avaliação realizada por seus integrantes na construção de um modelo assistencial à saúde comunitária brasileira. Na atualidade, a academia, de maneira quase generalizada, está assumindo esse modelo como ponto de partida para uma reestruturação da atenção básica brasileira. É pertinente nos reportarmos que hoje é a **coqueluche** do momento, mas que foi uma vitória daqueles que acreditam na consolidação do SUS e trabalham para ela.

Diante do exposto, inferimos que só através de avaliações e de um planejamento significativo é que teremos um programa servindo de modelo para assistência à saúde do povo brasileiro. De acordo com Escobar (2002), a avaliação que deve acontecer na assistência (qualidade) não deverá estar restrita à simples verificação do cumprimento dos objetivos propostos, uma vez que até esses são considerados enquanto matéria de avaliação. Entendemos ainda que a

... melhoria da qualidade do sistema de saúde pode-se entender o aumento de recursos financeiros, a melhoria da gerência e da qualificação de recursos humanos, o aumento do contingente de pessoal, a estruturação adequada do sistema de informação e comunicação, e o aperfeiçoamento do serviço pode ocorrer por meio da introdução de medidas sistemáticas de qualidade na prestação de serviços à saúde individual (ESCOBAR, 2002, p.94).

- ⊙ Sugestões para melhoria...Hoje é realidade com o ACS, a gente tá avaliando cada proposta daquela, isso é realidade...O que é que eu tenho que ver no pré-natal...Aí eu seguia e não tava muito assim...Estou atendendo a uma criança e de repente nessa consulta...Me reporto ao trabalho que a gente tenta desenvolver no PSF...Hoje, algumas colegas ainda não estão preparadas para isso...Várias vezes me sinto pouco reconhecida, não pela minha comunidade...Eu acho um defeito do PSF...A coordenação não está ajudando a equipe...Eu acho que foi um pouco mascarado...Você tem que moldar um pouco até a sua forma de falar, de se expressar...Acho que não foi tanto quanto deveria ser...Eu acho que não foi suficiente...Acho que o curso de um modo geral, ele trabalhou desde o primeiro módulo...Até o final muito, o seu trabalho que sua conduta...Chegou ao ponto da gente achar uma droga...Achei que apertou bem a ferida em todas as etapas...Várias colegas, vários locais estão colocando vários pontos negativos...Ainda falta muito para se chegar a essa reorganização...Da forma como o programa foi estruturado para os municípios...Isso foi há seis anos atrás...Avaliação dos programas do município...Avaliar os indicadores...Avaliar o programa mensalmente...Avaliação junto com a vigilância epidemiológica...Já existiu em alguns países em alguns estados...Se for bem estruturado, eu acho que sim...Da forma como os municípios estão estruturando as equipes de saúde da família...Eu acredito que não...Implantar uma equipe sem a mínima estruturação vai ser a porta de entrada...Você não vai conseguir resolver...Da forma que está, você não resolve os problemas do cidadão.

Observamos nos depoimentos acerca do PSF que é feita uma avaliação que mostra erros e defeitos e que o processo de construção desse programa ainda enfrenta várias barreiras

e confusões, quando o município atinge um patamar alto ao nível de complexidade e que já não encontra nos técnicos que lhe prestam assessoria o suporte para o encaminhamento das demandas. Chega aquele instante de se avaliar e planejar novos rumos a serem perseguidos pelos gestores municipais, estaduais e federais, buscando conjuntamente encontrar saídas consistentes para o atendimento daquelas demandas que se pode referir como reprimidas.

Assim sendo, no que tange à qualidade de resolução do serviço, essas saídas podem ser conseguidas através da conjugação de esforços nos níveis micro e macro da prestação de assistência que deverá ser concretizada na conjunção de elementos que devem ser vistos globalmente (ESCOBAR, 2002).

Pires (2000b, p. 87) refere que “os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa”. É assim que se entende e se apreende que é a organização do trabalho assistencial dentro de lógicas como a do trabalho profissional do tipo artesanal e daquele trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho que deve fortalecer os trabalhadores inseridos no PSF a encontrar formas de fazer assistência à saúde brasileira de qualidade, e construída em seu contexto coletivo, com a participação popular através do controle social.

Ainda com essas preocupações, nos depoimentos abaixo, foi explicitado pelos depoentes que em alguns momentos o profissional conjuntamente com a equipe não chega a resolução alguma, ficando o serviço engessado.

- ☺ No PSF, há uma maior integralidade, um maior acolhimento...Não resolve os problemas da comunidade...Mas não tem a porta de saída...É politicamente bom...Você trabalhar a prevenção e a promoção da saúde fica a desejar...O curso é como se fosse uma ampliação...Da visão da saúde pública realmente...Não tinha a visão do todo...Com o PSF não, essa visão é ampliada...Você vê as coisas de outra forma...Nada é impossível...Alguma coisa a gente consegue realmente...Talvez até de forma repetitiva...Existia todo aquele sistema de programas mesmo...Não vem com as normas prontas determinadas...Busca ver o que a gente sabe...Você sempre trabalha com o que o outro tem a lhe dizer...A gente ainda não conseguiu...Com o PSF, eu acredito que sim...Todos têm acesso à saúde...A gente não tem uma estruturação...Práticas assistenciais norteadas por normas...O PSF não seja uma reprodução do modelo antigo...Sem participação comunitária e controle social...As atividades com a comunidade não se restringe em levar conhecimentos sobre o processo saúde-doença...Análise de indicadores de saúde...Temos que levar em conta o conhecimento...Experiências que a comunidade tem...Não deixando de lado a assistência e a reabilitação do indivíduo na comunidade...Eu acho que falar em saúde da família não dá para falar em poucas palavras...Não apenas de um indivíduo...Acho que na época não era assim tão divulgado como é hoje...Faz a promoção também, mas podemos fazer melhor...Promoção, prevenção e a educação ele recua um pouco a fazer...Eu acho que isso melhorou muito...A disciplina foi ótima...Eu acho que eles poderiam serem mais trabalhados...Acho que sim pelo menos na minha equipe...O municipal atua...Eu acho que pode dar certo...O resultado destas medidas é o aumento da saúde...Do bom estar...Sejam gerais ou específicas...Eu acho que a gente trabalha sabe...O médico ainda tem muita resistência em trabalhar as questões de equipe...O médico tem aquela coisa de trabalhar...[No PSF] ele tá

mais junto da comunidade...[No PSF] o acolhimento porque ele é mais assim a enfermeira e os agentes estão mais próximos...[No PSF] você vai falar sobre acolhimento...Como [a ESF] usar as práticas que a gente vinha fazendo.

Uma terminologia que faz parte do contexto dos profissionais inseridos no SUS é a questão do acolhimento, o qual entendemos como a forma pela qual o cliente é recebido nas UBS, nos postos de saúde, aqueles que ainda estão servindo como referência para as ESFs. Vários estudos têm mostrado que, normalmente, quem faz o acolhimento nos serviços de saúde são pessoas que ainda precisam ser treinadas e capacitadas para a realização de tal tarefa, por ser a mesma de muita importância para o serviço. Existem alguns (umas) enfermeiras que demonstram preocupação de que a enfermeira que esteja realizando essa tarefa não fique dando apenas encaminhamentos administrativos.

Ficam claras nesses depoimentos as atividades que são desenvolvidas pela equipe na comunidade, nos quais é demonstrado que eles têm como propósito levar conhecimentos e apreender conhecimentos. Essa troca é salutar, pois, na realidade, uma das atribuições que fica evidenciada é a proposta da educação em saúde dentro dos domicílios nas comunidades assistidas pelas equipes de saúde da família.

Esses discursos representam que existem outros profissionais, com outras qualificações, que se integram ao grupo de profissionais da saúde, que com as suas qualificações desenvolvem atividades que não são específicas do trabalho em saúde, mas são fundamentais para que a assistência institucional possa se realizar. Assim, o trabalho profissional diz respeito ao trabalho especializado e é reconhecido socialmente como necessário para a realização de determinadas atividades (PIRES b, 2000).

Para Cohen (2002), o PSF corre riscos quando mantém sua proposta de cobertura populacional, vez que, desse modo, limita as ações dos profissionais médicas e enfermeiras das equipes de saúde da família (ESF); como também superdimensiona o papel do ACS, ao exigir como requisito principal, em sua qualificação, ser morador da comunidade. Contudo, Cohen (2002, p.197) diz que:

o mérito do PSF reside em sua capacidade de promover a Atenção Básica como prioridade de governo; reforçar a concepção do Serviço de Saúde como público e estatal e resta saber se a inversão de prioridade, com maior investimento na Atenção Básica, representa, ou não, a (re)orientação do Modelo Assistencial.

Para tanto, faz-se necessário que, no trabalho realizado pelos Pólos de Capacitação, continuem sendo desenvolvidas as propostas feitas quando de suas implantações nos vários estados brasileiros: instrumentalizar os profissionais inseridos nas equipes de saúde da família

para o desempenho nas UBS, na perspectiva da vigilância à saúde, dando incentivo para o fortalecimento do SUS⁴.

Após uma avaliação, sempre se tem como propósito melhorar ou buscar sanar as deficiências encontradas no desempenho das atividades executadas. Essa forma avaliativa é efetivada através do planejamento das atividades, conseqüentemente o atendimento será melhorado; nesse contexto, elegemos, como subcategoria, **Planejamento**.

Estudos acerca da implantação e implementação dos programas governamentais das políticas públicas de saúde brasileira, PACS e PSF, vêm a cada momento demonstrando que as propostas desses programas se encontram baseadas num planejamento da assistência, utilizando-se sempre dos dados epidemiológicos encontrados nos municípios nos quais esses geram as atividades que devem ser elaboradas para atender à população adstrita da UBS.

Toda programação sempre vem com a perspectiva a ser construída sobre os dados levantados na área pelos ACS e discutida nas reuniões de avaliação e planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família.

- © Planejamento e avaliação...Atividades de avaliação...A gente faz análise do SIAB... Turno de visita...Turno de reunião...Fazemos e planejamos a outra semana...De planejar o que a gente tem a trabalhar...O que poderia fazer pra arrecadar a gestante mais cedo pro pré-natal...É planejar ações...Trabalho com indicadores [na] busca [de] procurar pra planejar...Planejamento estratégico é ver os indicadores...Me lembra o próprio planejamento estratégico...Um planejar algum cartaz para a gente divulgar as nossas atividades...Você define seus problemas na hora que você planeja...Hoje eu planejo todas as atividades da educação continuada... A questão do planejamento mesmo...Daquelas planilhas que eu pensei que não ia ser realidade...Atividades de planejamento... A gente fez esse cronograma de forma que os médicos atendem todos os dias..Tem um turno de visitas e o de reunião...Fazemos uma reunião semanal em equipe...Uma reunião mensal com as quatro equipes de PSF...Na segunda terça-feira de cada mês...Todos os exames que são pedidos nessa consulta' é a equipe do PSF que marca...Se pedem uma ultra-sonografia e uma intravaginal é eles quem marcam...Elabora mapas semanais, mensais solicita material e medicação...As ações relacionadas pra saúde pública, onde a gente precisa planejar...A questão do planejamento...De como avaliar essas propostas...Parte da questão de levantamento dos problemas...Você tem que pensar não somente ali na sua área adstrita...O que é doença e quais os cuidados que eles vão ter...Gerenciamento de sistema, viu como programar o que você vai fazer com a comunidade...Elas não tinham trabalhado com planejamento...Me lembra planejamento...é a questão da gente planejar...Não é da gente planejar...Questões mesmo da metodologia, do planejamento.

Entendemos o PSF enquanto estratégia que direciona a reorganização do Modelo da Assistência na Atenção Básica, Souza (2000). É que neste estudo trabalhamos a visão dos profissionais de saúde sobre o planejamento da semana de trabalho da UBS e como ocorre em seu cotidiano, denominada de *Típica*.

Esse planejamento ocorre às sextas-feiras, quando entendem esses profissionais ser esse dia o momento de reflexão de suas atividades e da equipe, desenvolvidas durante a semana finda, num indicativo de que sejam avaliadas as ações discutidas, para posteriormente servirem como ponto inicial do planejamento da próxima semana. Nesse momento, a avaliação é pautada nas dificuldades e facilidades encontradas por esses profissionais no desempenho de suas atividades, onde existe a participação efetiva de todos aqueles que compõem a ESF, envolvimento que já faz parte de seu cotidiano.

Ciampone e Peduzzi (2000 p. 143) afirmam que “os acordos por meio dos quais se configura o projeto comum, requer que os profissionais possam se questionar também no plano técnico, ou seja, quanto às intervenções que executam ou julgam necessárias”.

Corroboramos com o parágrafo acima, uma vez que podemos descrever e apreender a realidade de cada membro da equipe, assim como essa mesma equipe deve estar preparada para acatar demandas de emergência que venham a acontecer na comunidade adstrita.

O planejamento é entendido como forma de avaliação de atividades em busca de um processo que proporcione preparação das atividades da semana seguinte, é resolutivo atendendo às demandas emergentes da própria comunidade e também do serviço na perspectiva da assistência prestada ser a mais confortável possível para a população.

Pires (2000b, p.255) relata que para realização do trabalho coletivo faz-se necessário que:

os diversos profissionais de saúde desenvolvam parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência à saúde. São atividades diferenciadas, que estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas.

A tese da autora vem fortalecer a representação feita pelas enfermeiras da UBS Padre Hilário nesses seus depoimentos sobre o planejamento das atividades pela ESF em estudo.

Muller (1990, p.9) reflete sobre o trabalho em grupo considerando que: “a complexidade de nossas descobertas nos forçaria, mais cedo ou mais tarde, a retornar ao universal, à globalidade. O momento chegou, como demonstra todos os dias nossa nova abordagem em relação à Terra, à natureza, à comunidade humana, à unidade das ciências, ao caráter multidisciplinar da pesquisa e dos estudos”. Pautando-se no que é dito por esse autor, cada vez mais fica evidenciada a importância de se trabalhar, estar e viver em equipe, com

diretivas que conduzem às atividades desenvolvidas no processo de assistência às famílias, por essas equipes de saúde da família. O produto final desse trabalho, com olhares e opiniões, proporciona uma construção do saber de certa forma holística da comunidade onde se está desenvolvendo e prestando assistência (VILELA, 2001). Teixeira, Mishima e Pereira (2000 p. 204), em trabalho de pesquisa realizado em um município paulista, concluem que: “os trabalhadores também têm a percepção de que no seu trabalho ‘cuidam de saúde’, para tanto necessitam de instrumentos e saberes específicos, pois atuam na prevenção, planejamento de ações, orientação e melhora das condições da família”.

Outra subcategoria que elegemos na pesquisa foi o **Treinamento**, por ter sido evidenciada de forma significativa nos discursos pronunciados das enfermeiras desde que tiveram seu início profissional enquanto instrutora supervisora do PACS. O programa exigia e tinha como meta o treinamento dos ACS nas mais diversas atividades em suas áreas de atuação, até mesmo daqueles que normalmente se encontram desenvolvendo suas atividades nas equipes de saúde da família.

O treinamento de quaisquer indivíduos nas atividades a que eles estão sendo designados é de valia, vez que tem como propósito capacitá-los a atender a comunidade com segurança e melhor desempenho profissional. E no PSF existe a preocupação por parte do Ministério da Saúde, representado pelos Pólos de Capacitação ligados às secretarias estaduais de saúde, de acompanhamento e de avaliações, de que sejam supridas as necessidades dos profissionais de saúde nos municípios. Assim, pode ser isso posto, quando, a cada programa a ser implantado e implementado, existe a preocupação de esse ser acompanhado no município sede no qual será implantado, mediante treinamento dos profissionais de saúde, nem que seja apenas por parte de seus coordenadores, e esses sirvam como multiplicadores das ações a serem prestadas no referido programa.

Também esse fato é observado quando, hoje, normalmente, as instituições de ensino superior vêm trazendo cursos de especialização financiados pelo próprio governo federal através de seus ministérios, de aprimoramento nos mais variados cargos e funções. Esse papel de promover essa qualificação profissional vem sendo desempenhado pelos Pólos de Capacitação com diversos cursos; entre eles, podem ser citados: gerente de unidade; introdutório para o PSF, e gestor municipal. Isso pode ser evidenciado nos depoimentos:

- © Treinar pessoal da equipe...Treinar o agente de saúde...Treinar a equipe mais ligada à comunidade...Cronograma de treinamento dos ACS...O agente tem que ser treinado em determinado assunto...Eu não precisei ser treinada...Eu já era treinada...Eu treino meus

agentes...Fiz o Treinamento, e o projeto do PSF tinha sido aprovado...Minha inserção ocorreu com a participação como monitor para o treinamento Introdutório das ESF...Treinamento com o ACS e o auxílio de enfermagem.

Concordando com o que aparece nos depoimentos, mas, fazendo uma breve reflexão, nem sempre os treinamentos ofertados fornecem subsídios que tornem os profissionais capacitados para o enfrentamento de situações inusitadas que surjam em suas comunidades de atuação. Para o fortalecimento desse treinamento, é necessário embasamento científico através de conteúdos e atividades técnicas das ações.

A subcategoria da **Dimensão Científica** foi nomeada por entender-se ser a que dará suporte e embasamento científico para o desempenho dos profissionais em seu dia-a-dia. Entendemos ser objetivo do Ministério da Saúde (MS), através da secretaria de políticas públicas de saúde, dar condições técnicas e científicas para cada integrante da equipe de saúde da família capacitado pelo Pólo.

- ☉ Atendimento de crescimento e desenvolvimento...Atendimento de hipertensão...Eu tenho que atender criança porque a cada dia aumenta o número de crianças...Eu tenho que atender hipertensos...Conhecer os habitantes da comunidade.....Eu ouvi falar nas reuniões que a gente participava da coordenação regional... A gente faz trabalhos com a comunidade...Atendimento de pré-natal... Orientação em diabetes...Atendimento de hipertensão e diabéticos...Atendimento à criança... Atendimento em consultório...[Atividade] de uma assistência...[Atividade] de uma atenção.....Orientação em pré-natal...Orientação em hipertensão.....Você coloca na cabeça de uma comunidade para fazer uma horta comunitária...É uma coisa que ele vai cultivar...Que comendo aquele alimento ele vai se sentir melhor...Que ele vai utilizar uma água potável tratada, é difícil...As quatro odontólogas, elas também só não fazem canal...A gente questionou tanto nas aulas de Maria Caputo...A gente tá programando uma feira de saúde...Ver a importância do controle social... Sentido pedagógico no treino também cabe ao núcleo que eu coordeno a condução pedagógica dos trabalhos do PSF; abrir o processo de capacitação...Aí passando para eles, lembrando o início, comecei a colocar para eles o mapeamento, o reconhecimento da área, lembrando desde o início...A gente descobre uma coisa nova na área...Eu estou sempre à frente, sempre perguntando...Me deu muito conhecimento...Tenho procurado colocar isso em prática.

Nesses princípios, ocorre a recriação dos espaços em que se desenvolvem formalmente os processos de avaliação e acompanhamento das ações municipais, dessa forma ocorrendo uma transformação em espaços educativos para os indivíduos que estão envolvidos no processo.

Arouca (1986) cita a necessidade de sempre se estar trabalhando com utopias, mas numa conjunção de forças políticas onde essas propostas ganham força e acabam se tornando realidade. Nesse sentido, é necessário ser trabalhado o conhecimento empírico em busca do científico para nortear as ações assistenciais e educativas.

- ☉ Informação gera ação...Docente...Fazer uma reunião com o ACS...O que gere as ações é a informação...Desenvolver ações...Utiliza o conhecimento da especialização...Utiliza os

conhecimentos da capacitação pedagógica na docência...Saber realmente o que é saúde no PSF...É trabalhar com a família, com as pessoas, com a promoção, prevenção da saúde...Que tem que ser de lá mesmo, não é, ver a pessoa como um todo...O curso me mostrou, não é...A gente faz treinamentos; capacitação, atualização... Ouvi os membros da equipe: o médico, o auxiliar ajudar na programação semanal...Ajudar a programa comunitária...Fez uma capacitação, um treinamento introdutório...Fizemos esse treinamento...Vou passar para ele o que eu fazia...Gostava de fazer as visitas dela, entendeu...Atendimento da comunidade...Atendimento de consultas de pré-natal...É uma estratégia que democratiza o conhecimento em saúde...Não só o técnico tem poder de decisão...A comunidade ensina a gente, o ACS...A gente continuaria na mesma unidade, duas equipes...Resgatar a história da comunidade...A gente discutiu tudo isso de como era o conselho...Você consegue passar, transmitir o que você quer...A gente vai estar mostrando à população...Para o pessoal da terceira idade falando sobre stress, sedentarismo...Da supervisão de educação...Ele faz para a gente ver a escovação e o uso do fio dental...É a parte da educação que é muito forte...a gente viu com mais ênfase, mais aprofundamento.

Esse processo se dá através da Educação em Saúde por ser uma atribuição dos profissionais de saúde estarem a todo momento buscando novas fontes e experiências vivenciadas e através dessas procurarem um novo caminho para a realização de suas ações assistenciais.

- ☺ É uma das partes mais práticas no sentido de que vai aplicar...É a metodologia, como vai se utilizar os instrumentos que você tem ...O que é que você precisa melhorar... Como o próprio nome já diz, assim é a questão da vigilância à saúde Ele é visto através de sua família, através dele, individualmente...Vigilância à saúde seria assim como algo maior, mais amplo.....Eu não diria nem a doença, mas a questão do agravo...A gente tem feito um trabalho junto com os profissionais do sexo...De outras doenças sexualmente transmissíveis...A gente vai entender o conceito do que é família...Peguei o manual básico do ministério...As palestras pra auto-exame de mama e pré-natal...Agora, com a campanha da gripe, a gente tá falando da importância de se vacinar contra a gripe...Nesse mesmo dia, a gente verifica a pressão de todo mundo...Desenvolvendo estudos e métodos de como trabalhar...Várias outras atividades, a gente oferece...É uma coisa que a gente está sempre conhecendo mais...Estava entregando justamente os panfletinhos que o Ministério mandou pra campanha...Ele estava fazendo a capacitação da equipe de Itagi...Estou com aquele grupo de crianças ali fazendo bochecho, trabalhando sobre higiene oral...Falar sobre os princípios do SUS...Faço oficina com a comunidade para falar sobre política de saúde...Você tem conhecimento do que está acontecendo...Foi bastante discutido o controle social durante o curso...Traz na sua história de vida...Controle social falando bem sucintamente...é uma ação antecipada com base no conhecimento da história natural das doenças.

Nestes depoimentos, está clara a necessidade que as enfermeiras que se encontram inseridas em ESF sentem de a todo o momento estarem com sua equipe, levando novas informações e buscando outras como forma de viabilizar a atenção e proporcionar novos conhecimentos que os levem a pensar a saúde de maneira mais resolutiva e participativa por todos, enquanto cidadãos. Pertinente é que eles deixam evidenciado que as discussões e participações devam ocorrer nos fóruns competentes, representados pelos conselhos locais, e municipais, de saúde.

Uma das maneiras utilizadas para levar capacitações aos municípios que se encontram no processo de municipalização acontece através dos Pólos de Capacitação cada Estado, pelas secretarias de saúde estaduais, local em que os profissionais da saúde encontram o conhecimento científico que tanto almejado. E na realidade desenvolvem dentro desse espaço a importância que possui todo cidadão em desenvolver e pôr em prática o exercício da cidadania.

A subcategoria da **Dimensão Política** é significativa, vez que procura deixar os profissionais com a visão de que é dever e direito de todo cidadão desempenhar suas funções enquanto cidadão, ocupando seus espaços no cenário dos municípios brasileiros; dentre elas, está o controle social - que só através dele haverá fiscalização dos gestores municipais, estaduais e federais; no uso legal dos orçamentos destinados para cada município, estado.

No entanto, a subcategoria **Dimensão Política** possui uma amplitude do ponto de vista do cidadão nas dimensões socioeconômica e política no desempenho de suas atividades profissionais, inserido em sua comunidade, em seu município, em seu estado e em seu país, pois o Brasil neste instante vive um momento especial aonde a democracia vem sendo exercida em todos os atos dos cidadãos.

Quando isso é pensado no âmbito da saúde, seus espaços estão localizados nos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, como também nos da educação. Haja vista que, no cenário nacional, têm sido bastante debatidos assuntos que envolvem tanto a saúde quanto a educação numa perspectiva de que, através de sua união, possamos estar trabalhando numa perspectiva da educomunicação, conforme teoria defendida pelo professor doutor Ismar da Escola de Comunicação da USP/ São Paulo.

Quando retomado esse tema para a saúde coletiva, conforme depoimentos que se seguem, podem ser apreendidas essas questões:

- © Gostava de ajudar as pessoas aqui...Quer que a gente faz eu vou lá interferir por debaixo do pano, falando do mau profissional...Aiquara tinha uma proposta de implantar o PSF, projeto feito em 1999...Supervisão da 13ª DORES, tudo OK, duas equipes de PSF...Perspectiva [de] atingir 100% do município...Reuniões comunitárias...Conquista do PAB ampliado...O residente ajudou a fazer uma reunião para formar o Conselho Local de saúde...Você trabalha com um número limitado de famílias...Você trabalha com os agentes comunitários...Haver uma integração maior...Conhecer os habitantes da comunidade...A gente sabe que a maioria dos problemas que a gente enfrenta são problemas sociais e difíceis de resolver, na medida do possível...A gente se preocupava, mas era responsabilidade que a gente atribuía ao agente comunitário...A gente tinha perna que desse para alcançar toda a comunidade do município...A população é mais definida...Uma visão pra família [de um] modo geral...Está inserido [nessa visão]: condições de moradia, condições de saneamento e uma visão geral da pessoa...Tentar mudar o perfil de saúde...Todo mundo ajudando um pouco...Você tem que

pegar todo mundo e inserir no contexto...Elo entre os líderes comunitários para trabalhar em conjunto...Não discriminar ninguém..Puxar a pessoa que causa problema como ponto chave na comunidade...Tentar mudar a questão social com a comunidade, a marginalidade tende a crescer...Eles estão mais juntos...Eles são mais unidos entre si...É uma coisa que eu consegui fazer isso aqui no CAE...Foi que todos participassem...[Acolhimento] sobre tudo isso nas unidades básicas...Eu tenho auxiliares de enfermagem, técnicos, o pessoal de higienização, vários médicos, odontólogos, são quatro enfermeiras: duas atendendo no planejamento familiar e duas com o PACS...A gente é hoje referência para o PSF...São três médicos clínicos, um pediatra e seis ginecologistas, desses seis, dois atendem no planejamento familiar, três atendem a nossa área de abrangência...Quem marca [as consultas] são as equipes do PSF...A gente tem que sempre dividir por elas...Todos os nossos pacientes têm de participar das ações educativas.

Nos depoimentos, fica clara a importância atribuída à necessidade de que dentro das equipes de saúde da família haja um bom relacionamento e a construção de uma política de trabalho, buscando que sejam atingidas metas propostas, emersas das discussões de avaliação e planejamento que acontecem, na maioria das equipes, toda sexta-feira. Essas discussões normalmente são um fórum político do PSF. Entendemos que nesses fóruns sejam construídos momentos de avaliações dos órgãos que representam o controle social, nos quais, de certa forma, são trabalhadas terminologias e questões específicas do programa de governo, com base no projeto político da saúde, elaborado por município em suas conferências municipais de saúde.

- ☺ Sou eu junto com as enfermeiras...Mostrar que o trabalho não era só por dinheiro...O trabalho não era porque eu ia ter folga...A secretaria todo [mundo busca] patrocínio tudo está sendo feito pelos funcionários que estão pedindo patrocínio...Hoje eu sou presidente do Conselho Local de Saúde daqui...A gente tentou fazer aqui em Conquista...Quem tivesse controle social que fizesse...Como [Ele] era, é soberano...Ela só pode ser aberta na presença deles...Ela só pode ser aberta no dia, como foi interessante...Graças ao conselho que colocou...Eles vêm e ajudam a gente aqui...Acho que os três que ele diz: a integralidade, equidade e a acessibilidade...No PSF, o odontólogo é o presidente do Conselho...Isso é muito forte, principalmente no PSF que você consegue chegar junto à comunidade, é, seja através do conselho, seja através de visita...A gente vai se articulando de forma a ser mesmo igualitário, universal e acessível a todos... Tenho muito a construir aqui... Integrar essas necessidades técnicas com as necessidades também do político, isso também não deve ser negligenciado... A gente vai fazer uma reunião comunitária A gente vai fazer uma reunião comunitária Participação popular...Controle Social...Democratizar a saúde...Participação em reuniões...Sobre os seus direitos...Sobre o que é cidadania...Itagi não tem mais PSF, vontade política...Tenho oportunidade de estar trabalhando na área que me especializei...Tem uma visão muito limitada do que são as ações de saúde...Melhorar a saúde da população como um todo...Itagi foi o primeiro...Na segunda gestão desse prefeito...Era a coqueluche...Aiquara foi um dos pioneiros do programa...Atender ao público...Não é ter não com elas o exercício da cidadania...Saber o que é direito delas...Surgiu a vontade do município de implantar PSF...As pessoas têm vontade de participar...Fiz o reconhecimento da área, mapeamento, não é...Foi realizado pelo ISC: auxiliar, enfermeira, médico e os agentes...Fizemos o reconhecimento da área... Fizemos o mapeamento da área...Vinhemos conhecer, paralelamente a isso, reconhecimento da área e o mapeamento, vinhemos conhecer a unidade... Eu vou fazer a minha consulta...Sou eu (que) faço a minha consulta...Ele teve aqui e (...) veio receber ele...Ela tinha saído, (...) vai pra lá dia, eu vou receber ele, veio receber ele...Gostava de ajudar as pessoas aqui...Quer que a gente faça eu vou lá interferir por debaixo do pano falando assim como mau profissional...Aiquara tinha uma proposta de implantar o PSF...Projeto feito em 1999...Supervisão da 13ª DRES, tudo ok...Duas equipes de

PSF...Perspectiva [de] atingir 100% do município...Reuniões comunitárias... Na medida em que você vê o indivíduo como um todo inserido em seu meio social...Vê-lo inserido com a sua família...Quem batiza essa população é o ACS...Tem a questão de referência e contra-referência...Tentar buscar junto com ela a solução dos problemas...É a questão de como a comunidade pode participar, de como intervir.

Ressalva o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um dos atores sociais envolvidos na dimensão política deste estudo é evidenciada nesse cenário. É pertinente realizar um breve histórico do surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esse programa teve início em 1991 com a denominação de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), na região Nordeste do Brasil. Na oportunidade, o agente comunitário de saúde, era visto como elemento que compunha a equipe do PNACS, desenvolvendo atividades de orientação preventiva na atenção básica à Saúde. Contudo, atualmente, no PACS esse elemento é visto como elo entre o sistema de saúde e a população, por se entender a capacidade que o ACS tem de resolver ou evitar parte dos problemas que proporcionam congestionamento nos sistemas de assistência à saúde. No ano de 1991, o PNACS perde a terminologia de nacional, passando a ser denominado PACS.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) iniciaram sua inserção no campo de trabalho em saúde através da implantação e implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos mais diversos municípios brasileiros. O Estado do Ceará é o pioneiro desse programa e obtém em seu quadro epidemiológico de saúde um baixo índice de mortalidade infantil, através das ações educativas desenvolvidas por esses profissionais em seus campos de trabalho. Esse quadro da saúde do estado cearense faz com que outros municípios e estados brasileiros despertem para o mesmo programa e procurem aderir a ele em um espaço de tempo significativo.

Através desse trabalho desenvolvido pelo PACS - que é representado na figura do ACS, como essencial para o desenvolvimento das atividades do programa em questão nos mais diversos municípios do país, mais de perto, dos estados nordestinos, foram os primeiros estados cujos municípios começaram a implantar e implementar o programa, obtendo resultados bastante significativos no atendimento às camadas de baixa renda da população -, causando redução dos índices de morbi - mortalidade infantil nos municípios beneficiados com o programa.

No trabalho desenvolvido pelos ACS, em suas áreas de atuação, eles enfrentam situações que fogem de seu poder de resolução, diante de fatos que emergem em seu cotidiano de trabalho. Daí é necessário que a esse programa sejam agregados outros profissionais que

lhes dêem suporte técnico, com qualidades específicas que não só aquelas desenvolvidas por eles (ACS), proporcionando nessas áreas resolutividade das ações desenvolvidas na atenção básica nos municípios. Para atender a essa demanda, o Ministério da Saúde propõe aos municípios a viabilização de implantação do Programa de Saúde da Família, que possui como proposta uma equipe mínima composta por: uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e os ACS. Nessa proposta, a figura do ACS se mantém de forma significativa e eficaz para a construção e a consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS), forte e de qualidade resolutiva.

Pertinente nesse momento relatar toda a luta dos ACS, através de seus representantes legais nos mais diversos fóruns, buscando o reconhecimento de sua profissão de maneira que pudessem vir a ter um poder de barganha legalizado, com o fortalecimento e o reconhecimento legal enquanto classe trabalhadora. Assim, a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, cria a Profissão de Agentes Comunitário de Saúde e dá outras providências com relação às suas atribuições, admissões, e profissionalismo, com relação à sua escolaridade e à sua formação profissional. Embora bastante oportuna a promulgação, a lei necessita de correções e adendos, visto que ficou a priori gessada, não possuindo mais atribuições para o ACS, por elas estarem atreladas aos princípios do SUS.

Na lei, esse profissional é caracterizado “pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local” (Lei 10.507 de 10 de julho de 2002). Ainda, em seu artigo 3º, incisos II e III, determina que o ACS para exercer suas atividades deve ter “concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de agentes comunitários de saúde e haver concluído o ensino fundamental”.

Dessa forma, o ACS pode desenvolver suas atividades com maior segurança e possuir seus direitos garantidos no que regulamenta a profissão, ainda que seu vínculo com o município passe direta ou indiretamente pelo aval do gestor local do SUS. Essas reflexões nos conduziram a observarmos que esse profissional automaticamente é incorporado nas equipes de saúde da família que são implantadas nos municípios, já levando consigo uma experiência de entrosamento e compromisso com as comunidades onde desenvolvem suas atividades. Isto posto compreendemos a importância do percurso e trilha caminhada por eles de maneira política e discursiva num processo de construção profissional.

Nesta conjuntura normalmente é a própria enfermeira que já se encontrava desenvolvendo suas atividades enquanto instrutoras supervisoras do PACS que implantam e implementam as estratégias do PSF, nesses municípios. Continuando um trabalho de equipe mais complexo vez que envolve nesse cenário a figura do médico e do auxiliar de enfermagem na equipe mínima que é preconizada pelo Ministério da Saúde, salientamos também que a partir dessa composição mais complexo devem esses profissionais que já se encontram envolvidos com a comunidade passarem a compartilhar suas experiências e discutirem propostas na busca de serem desenvolvidas atividades resolutivas nas demandas emergidas destas.

Nesse processo, a enfermeira é vista como educadora na condução de uma educação permanente dentro das equipes de saúde sob sua custódia. Para tanto, deve haver de sua parte a compreensão de que a "educação promova o respeito às diferenças, à diversidade entre os seres, às diferenças culturais e os diferentes processos de desenvolvimento humano" (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.22). Dentro desse entendimento, o processo de acolhimento, terminologia utilizada pelos profissionais inseridos no SUS, tem proporcionado algumas reflexões por parte de vários estudos, emersos dentro da academia dos serviços de saúde. Esse entendimento conduz a se ter uma reflexão sobre o acolhimento, corroborada em Silva e Dalmaso (2002), quando dizem que o acolhimento não é só a atividade, mas uma atitude que teria como objetivo propiciar a escuta da demanda e a busca de formas de respostas dentro e fora da unidade e do sistema de saúde.

Diante dessa conjuntura, buscamos o entendimento de que mais uma vez a enfermeira deva (re)elaborar suas atividades, com base nos perfis pré-estabelecidos pelos órgãos representativos da classe, já que, no processo de municipalização da saúde, ela é hoje um elemento essencial para que se atinjam articulações precisas para a efetivação do SUS, sem querer desprezar os demais integrantes das equipes de PSF, UBS, e tantos outros serviços que são necessários à efetivação do SUS com bases sustentáveis; devendo essa profissional avaliar como vem ocorrendo o acolhimento na unidade na qual desenvolve suas atividades, de maneira que esse procedimento não seja reduzido a apenas uma triagem para o pronto atendimento médico e de enfermagem.

Ainda nesses depoimentos, evidenciamos o controle social como um forte contribuinte para efetivação do SUS. Fica também clara a importância que as enfermeiras dão para que as reuniões dos conselhos locais de saúde ocorram com efetividade e constância, por entenderem

que nesses fóruns a comunidade leva os problemas, discute-os em busca de soluções, e propõe soluções para os que são encontrados nas comunidades, e nos municípios.

- © A Vigilância à Saúde é algo que teria a capacidade de resolução do programa, da estratégia saúde da família...Apenas em ação de promoção à saúde...A gente não vai esperar que apareçam prostitutas, profissionais do sexo...Do que é trabalhar diretamente com a família...O que é trabalhar o social fora da unidade... O que é trabalhar o meio ambiente, moradia, condições socioeconômicas...Se tiver alguém com a P.^a elevada, a gente faz o atendimento individual... No ambiente que eles vivem No ambiente que eles vivem ...A gente Conselho Local de Saúde...É todo mundo ter consciência dos seus deveres, dos seus direitos e a partir disso reivindicar...Fazer suas obrigações...Para saber os deveres e direitos dos usuários...Na nossa prática com relação ao problema de saúde, a gente tem um aparato melhor...A gente estava desenvolvendo um trabalho de saúde do trabalhador...Tem algumas pequenas organizações...Porém observadas em suas individualidades inseridas num contexto social...De como procurar parcerias...Estabelecer parcerias pra resolver determinados problemas...Os grupos que apresentam mais necessidades são os grupos de diabéticos e hipertensos...Em Vitória da Conquista, a questão do controle social...O controle social, você consegue junto com uma comunidade exercer os seus direitos à cidadania...Conhecer realmente os direitos que ela tem enquanto cidadã...O outro tem enquanto cidadã...Passar a exigir esses direitos de forma organizada...vai trabalhar com aquele que tem mais necessidades...Dar mais atenção àquele que realmente precisa...Acessibilidade todos têm ao serviço...Dando condições para que a própria comunidade cuide de sua saúde...Este se faz através da participação comunitária nas ações de saúde através dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde...Universalidade, integralidade e participação popular...A pessoa daquela área da comunidade participa efetivamente das resoluções do processo de saúde...O princípio da equidade, da universalidade, a gente tenta sim...Eu acho que mais que desejar pra mim é a participação social...Proteção e recuperação dos indivíduos e da família de forma integral e contínua...É um processo no qual a população participa...Através de representantes...Na definição, execução e acompanhamento de políticas públicas.

Nos depoimentos acima, está a necessidade expressada pelas depoentes, da participação popular no planejamento da promoção da saúde e viabilização de recursos que tragam soluções imediatas para sua comunidade. Está posta também a importância da implantação e funcionamento dos conselhos locais de saúde, para que, através deles, sejam levantados os problemas micro, e esses sejam levados para o conselho municipal de saúde, fórum maior de soluções, com maior representatividade dos órgãos governamentais e dos não-governamentais, na resolução dos problemas que já partirão para a esfera macro da comunidade como um todo.

Também aparecem por várias vezes pareceres sobre a vigilância da saúde ser um meio, através do qual, os serviços de saúde de certa forma busquem encontrar a resolubilidade da assistência que foi proposta à sua comunidade. Sendo a Vigilância da Saúde tomada como um eixo para reorientação do modelo assistencial do SUS, ela conduz a direções em busca de que ocorra o enfrentamento de uma possível crise no sistema de saúde onde devem ser levadas em conta as especificidades de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, como

do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

Quando do planejamento e programação das ações com a perspectiva da Vigilância da Saúde, seu desenvolvimento está pautado no conhecimento do território de atuação de forma antecipada, reconhecendo os detalhes das condições de vida e sua qualidade, atentando para o fato da existência de quais órgãos governamentais e não-governamentais estão presentes e buscam trabalhar em conjunto com o município como um todo; dessa maneira, ter-se-á uma visão estratégica do que se pretende executar ou não. Todo esse processo abrange o interesse e a disponibilidade de que os nele envolvidos possuam uma ação comunicativa através de um diálogo permanente entre os órgãos com ele comprometidos, através de seu representante com as pessoas, de modo geral. Dessa forma, acontecerá o comprometimento de todos os envolvidos num trabalho coletivo, tendo como propósito a reestruturação da ação coletiva em defesa da Saúde e melhoria das condições de vida. Corroborando Teixeira; Paim e Vilasbôas (2002, p.49), “os saberes de planificação e a tecnologia de gestão disponível representam ferramentas significativas para a construção coletiva dessa proposta”.

É nesse contexto que, diante desses depoimentos, está implícita ou explícita a necessidade de que nas ESF o trabalho aconteça de forma cooperada, participativa, discutida e culmine com o trabalho interdisciplinar. Já que no momento é discutidas a adequação urbana da estratégia de saúde da família e sua viabilidade para orientar o modelo assistencial (COHEN, 2002).

A subcategoria da **Interdisciplinaridade** é uma atividade que, no cotidiano das equipes de saúde da família, vem sendo de maneira paulatina implementada, devido ao próprio princípio do SUS, que conduz sua implementação na perspectiva da vigilância à saúde. Com o advento das propostas do SUS, verificamos, nos municípios onde o processo de municipalização se encontra em evidência, a busca para oferecer à comunidade assistência de qualidade e construção do controle social, por entendermos que é através dele que os municípios alcançarão metas significativas para o processo de municipalização da saúde, levando consigo o processo de municipalização da educação, por se entender e se compreender que a unificação da saúde com a educação tem proporcionado a edificação de uma nova proposta de construção do ensino e aprendizagem, como forma de ser obtida uma saúde participativa e construída por todos os cidadãos brasileiros.

A participação popular é bastante significativa, vez que existe o advento de que, enquanto integrantes de um grupo menor denominado família, ela está inserida num grupo mais amplo, a comunidade, que naturalmente será incorporada a um grupo social mais amplo, que é a sociedade brasileira. Isso fica bastante evidente quando é empossado um presidente eleito pela vontade popular e que vem buscando em seu início de governo atender de forma consciente e democrática a participação popular, que levará a comunidade a desenvolver o Controle Social através de seus representantes nas diversas plenárias que compõem a administração pública, de acordo com as Normas Operacionais que são editadas desde 1991- (NOB/SUS-01/91; NOB/SUS 01/93; NOB/SUS-01/96), culminando com a NOAS/SUS 01/2001.

Em todos esses documentos, é elucidada a necessidade de um trabalho em equipe e com caráter de interdisciplinaridade, assim como em trabalhos científicos desenvolvidos pela própria academia quando reconhece o valor do trabalho interdisciplinar (ALMEIDA, 1999; SÁ FILHA, 2000; SILVA, 2001) e no trabalho de (VILELA; QUEIROZ; JORGE, p.2001) sobre a interdisciplinaridade no ensino de pós-graduação, segundo a perspectiva e a visão de alguns docentes, cujas reflexões apontam para a necessidade de ser desenvolvido dentro do ensino de enfermagem um trabalho interdisciplinar, desde a graduação, fazendo alusão a que já existe um trabalho embrionário nesse sentido em algumas disciplinas da graduação do curso de em conjunção com a pós-graduação strictum senso.

Todo esse momento fica claro nos depoimentos a seguir:

- © A gente já tem uma unidade na UESB...A gente... A gente faz todas as atividades extra-muros que o MS[solicita]... Sem buscar outras pessoas dentro da equipe...A população precisa participar...A gente estava sempre buscando uma coisa de outro módulo...A gente trabalha com uma semana típica que a gente elabora junto com a comunidade...A gente fez o levantamento de quantas crianças, adultos, mulheres, tínhamos, e fizemos a estimativa...A gente foi construindo o processo em cada disciplina que ia tendo...A gente tem o conhecimento científico, mas eles é que são os usuários do serviço...A gente leva a comunidade para eles verem e dar a opinião deles...Interdisciplinaridade no PSF, a gente deve estar começando agora...Buscar parcerias com a escola...Trabalhar fora da unidade de saúde...Ela é integral, não é só a doença em si mas tudo que tem em volta...A gente tenta resolver com o meio ambiente, a educação física...A gente está abrindo um trabalho junto com a nutricionista com todo mundo...A gente busca se trabalhar em equipe...Não somente tem o papel do médico, papel do enfermeiro, mas todo mundo com todo mundo...A gente busca trabalhar em equipe...Não somente tem o papel do médico, papel do enfermeiro mas todo mundo tem os seus papéis definidos...todos se relacionam, é como se fosse uma engrenagem...Trabalhar no PSF uma equipe de um carro, se uma peça falha, ou quebra, isso vai prejudicar o trabalho de todo mundo...Tem que se ter essa integração, esse espírito de equipe...Mas que foram peças de um quebra cabeça que à medida que você vai discutindo são complementares entre si...A palavra interdisciplinaridade é você trabalhar com a questão multiprofissional.

Nos depoimentos acima, evidenciamos que existe em alguns municípios a procura de entrosamento e parceria junto às universidades quando da realização de ações direcionadas à saúde do município e da microrregião. Também evidenciamos a preocupação de alguns coordenadores de equipe sobre participação efetiva de toda a equipe em busca de que as ações propostas atinjam suas metas planejadas anteriormente, em conjunto.

Apreendemos esse fato quando é expressa pelos depoentes como necessidade a troca de conhecimentos teóricos das enfermeiras com a prática trazida pelos auxiliares de enfermagem e pelos ACS, quando, numa reunião de avaliação e planejamento, toda a equipe procura discutir e encontrar soluções para as demandas emergentes de sua comunidade adstrita à UBS local.

Vários estudiosos, como (FAZENDA, 1999; 2000; FERREIRA, 1999; FRIGOTTO, 2002; JANTSCH; BIANCHETTI, 2002), discutem ser a interdisciplinaridade um conceito difícil a ser elaborado, mas necessário para a compreensão do significado dos atos e atividades a serem desenvolvidos no trabalho de equipe, desde que cada profissional possui seu mérito e contribui para o crescimento de uma assistência com qualidade para a população e a comunidade na qual exerce sua prática profissional. Durante esse processo, devem ser lembradas as questões éticas profissionais, respeitando os valores de cada profissional inserido na equipe de trabalho.

Existe nos estudos de Costa e Creutzberg (1999, p.67) “a compreensão de que a interdisciplinaridade busca a construção de um saber e de uma prática que consideram a interação de diferentes disciplinas, sem perder suas especificidades”. Tornando-se “um ideal a ser concretizado no cuidado à saúde do ser humano”. A interdisciplinaridade acontecerá à medida que os profissionais envolvidos no processo tenham humildade, abertura e disponibilidade na formação de vínculos com outros técnicos da equipe, não se desvelando de sua competência profissional, que lhes proporciona segurança em uma prática compartilhada.

Com os avanços alcançados por alguns municípios (Vitória da Conquista, Barra do Choça e Jequié) no processo de municipalização da saúde, fica demonstrado, nas avaliações de suas ações, uma demanda bastante significativa de problemas ocorridos nas áreas de abrangência das UBSF, necessitando que seus coordenadores busquem soluções através da intersetorialidade, estando assim a subcategoria **Intersetorialidade** também evidenciada neste estudo.

É pertinente discorrer sobre o entendimento da intersectorialidade enquanto terminologia que vem sendo discutida e estudada pelos cientistas da saúde, não apenas no Brasil. Mas, esse é um tema que vem sendo amplamente trabalhado em busca de que, através dele, na saúde coletiva, encontrem-se soluções para os problemas nas comunidades. Várias organizações não-governamentais (ONGs); Universidades, através de grupos de pesquisa e extensão, vêem esse tema como necessário na construção do SUS; instituições de fomento à pesquisa, nacionais e internacionais; OPAS; OMS; e tantos outros órgãos se encontram há muito trabalhando em prol de desenvolver esse tema e buscar caminhos que conduzam à Atenção Básica da Saúde mundial.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) define intersectorialidade como “a ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante uma estreita coordenação das contribuições dos outros setores. Ainda considera como uma intervenção coordenada de instituições representativas de mais de um setor social, em ações destinadas total ou parcialmente a abordar um problema vinculado à saúde”. Os conceitos são vários, buscando trazer, para a prática, condições resolutivas diante de algumas demandas.

Na perspectiva da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, existem os órgãos colegiados, que representam bem a proposta da OMS, assim como as propostas políticas do governo federal brasileiro. Essa preocupação está expressa nos depoimentos:

- © Dia-a-dia essa prática vem...Imaginei ter uma disciplina comunicação em saúde, de capacitação pedagógica A gente trabalha aqui com vários setores...A gente tem que ter essa intersectorialidade...Quando a gente vai fazer uma feira de saúde, alguma coisa, a gente precisa dos outros setores...A gente tem essa abertura com os outros setores para pedir que nos ajudem, existe uma troca...A igreja tem dado esse suporte pra gente...Tem a igreja Católica, a Igreja Jesus está chegando e a Igreja Cohim que dá esse suporte pra gente...é a busca dos aliados das representações que existe em cada área...Buscar as parcerias...Quando você busca as parcerias das igrejas, das associações, das escolas...Das buscas das parcerias intensificação do controle social...Quando não [é] possível na unidade da gente [se] vai buscar outros parceiros...Fora da equipe, as atividades extramuros, as referências e as contra-referências, os serviços complementares que existem dentro do município...É que você vai dar conta de um problema onde é o saneamento, limpeza pública, iluminação escola, tem a questão da marginalidade...A criminalidade vai buscar outros setores, a questão da intersectorialidade...A gente precisa buscar parceiros...Como buscar parceiros...Você tem que buscar meios junto à comunidade para que ela possa mudar sua prática...Não deve ser programação operativa da unidade em si, da comunidade com a unidade... Em relação à intersectorialidade, a gente tá começando ainda...Ela [é] resolvida com intersectorialidade...A gente tem um sistema de referência e contra-referência...Na minha prática, a gente trabalha ligada ao setor de educação...A gente vai desenvolver uma atividade junto à secretaria de educação...Buscando apoio com a secretaria de agricultura...Foi. A intersectorialidade...Montar todo o sistema de referência...PSF para mim é trabalhar com a comunidade...Trabalho muito com a comunidade...Com as escolas...Trabalho com palavras nas escolas...Trabalho com as famílias...De buscar todas as áreas...Com o setor de educação...Fui falar [na escola] sobre prevenção de câncer de colo de útero...E de câncer de

um modo geral na escola...É trabalhar não só com a escola...Ora estou na escola, na tesouraria...Fui parar para conversar com o padre...Pedir espaço da igreja para trabalhar sobre educação em saúde...Fui para vários setores...É você trabalhar, buscando parcerias com outras pessoas...É a inter-relação entre os diversos setores...Devem ser ações intersetoriais...Através de uma equipe de saúde e ações intersetoriais.

A intersetorialidade, quando vista como proposta de conteúdo político de um plano, de certa forma, pode ser vista enquanto estratégia, que pode representar o direcionamento de poder que vem possibilitar às forças sociais inseridas no contexto de liberdade a oportunidade de atividades que tornem possível atingir os objetivos pretensos. Dessa forma, entre estudos recentes de dissertações de mestrado, pode ser encontrado o trabalho de Ferreira (2000), que discorre sobre a experiência de um município no Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) trabalhando a intersetorialidade. Ao final, nesse estudo, apresenta-se a intersetorialidade como uma “articulação entre os saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”. (op.cit.,09).

Nessa proposta de se trabalhar com intersetorialidade na saúde, é importante procurar aprender o que vem a ser o poder político. Este pode ser compreendido como a capacidade que tem um grupo social para realizar seus objetivos históricos. Também pode ser entendido como a capacidade de viabilização de um projeto político. A importância dessa perspectiva política está em entender que é, através desse contexto que, no processo de municipalização da saúde e viabilização, é mais do que pertinente que as enfermeiras busquem implementar as propostas contidas na intersetorialidade.

4.2 CAPACITAÇÃO: INOVAÇÃO OU CONSERVAÇÃO?

A oposição revelada pela resposta ao estímulo indutor (capacitação) é a base para análise do plano fatorial a partir dos resultados da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Esse plano da representação fatorial é determinado a partir das diversas representações relacionadas ao tempo de serviço. Para o primeiro fator de comparação (denominado F1 – eixo horizontal, vermelho), as representações que mais contribuíram para formação desse fator põem em destaque como elas são mais evidentes entre os profissionais que têm idade inferior a 30 anos e dizem respeito à qualificação profissional. Esse fator F1 tem para valor próprio 0,384867, que se relaciona a 97,0% da variância total de respostas.

Já o segundo fator (denominado F2 – eixo vertical, azul) diz respeito às representações que evidenciam o aspecto informacional, que é de qualificação profissional, e se coloca numa

faixa com profissionais que têm pelo menos 30 anos de idade e representam 3,0% da variância total das respostas, estando associados a um valor próprio 0,011710, perfazendo um total de 100% da variância total.

Variáveis de opinião e contribuições aos fatores									
ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
apre	545	36	281	312	0	0	-0	10	aprend1
apr1	-517	52	-177	198	-0	16	0	202	aprend2
atua	675	99	-43	13	0	43	0	24	atuali1
atul	-648	61	150	107	-0	15	0	38	atuali2
conh	661	73	-8	-0	0	22	-0	7	conhec1
con1	-549	65	-99	70	-0	110	0	43	conhec2
crês	650	61	19	2	0	277	0	58	crescer1
cre1	-599	78	26	5	-0	87	0	109	crescer2
info	725	101	-168	179	0	77	0	50	informa1
inf1	-618	46	76	23	-0	28	0	91	informa2
prat	669	86	-28	5	0	12	0	35	pratica1
pral	-594	93	14	2	-0	115	-0	1	pratica2
tran	612	72	113	80	0	113	0	224	transf1
tral	-599	78	26	5	-0	87	0	109	transf2

Observando a tabela acima, onde estão apresentadas as representações dos enfermeiros egressos do curso de especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde, em relação ao estímulo capacitação, podemos compreender o que mostra o gráfico abaixo, onde algumas dessas representações aparecem em oposição a outras, concentrando-se nos quadrantes igualmente opostos quando os referentes são tempo de serviço e faixa etária. Para isso, basta tomar como parâmetros os CPF's dessas evocações. Tomemos por exemplo a evocação Prática que, na tabela acima, aparece dividida em prática1 (prat) – representada na abscissa das coordenadas – com (CPF= 86) e prática2 (pral), igualmente com (CPF= 93). Essas divisões da evocação referida aparecem na faixa referente à idade mínima trinta anos, no eixo1, lado positivo e na faixa que representa os profissionais com menos de trinta anos de idade, lado negativo, respectivamente. Esse fenômeno ocorre igualmente com outras evocações, tais como: transformação2 (CPF= 78), prática2 (CPF= 93), crescimento2 (CPF= 78), (F1, lado negativo). No mesmo eixo, lado positivo: crescimento1 (CPF= 61), conhecimento1 (CPF= 73), prática1 (CPF= 86) e atualização1 (CPF= 99).

O que se pode abstrair desse fenômeno é que os profissionais cujas evocações encontram-se no eixo1, lado negativo, localizado à esquerda do gráfico, representam a capacitação como uma mediadora do processo de transformação e mudança de sua prática cotidiana, influenciando na melhoria da qualidade da assistência. Ou seja, esses profissionais estão mais disponíveis à aprendizagem de conceitos e susceptíveis às mudanças. Por outro

lado, aqueles cujas evocações se apresentam no eixo I, lado positivo, oposto às dos primeiros, vêem a capacitação muito mais como conhecimento, prática e atualização, não a destacando como elemento que tenha influenciado substancialmente na mudança de sua prática cotidiana. O que se pode inferir disso é que: esses profissionais têm suas concepções sedimentadas em aspectos pragmáticos, criando uma estrutura menos plástica, não permitindo uma troca maior com componentes externos.

PLANO FATORIAL DOS EIXOS 1 (F1) e 2 (F2)
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS FATORES 1 (F1) e 2 (F2)

	F2	APRENDIZAGEM1
<5ANOS	!	
	!	
ATUALIZAÇÃO2	!	
PRÁTICA2	!	TRANSFORMAÇÃO1 ≈30ANOS
TRANSFORMAÇÃO2	!	CRESCIMENTO1
CRESCIMENTO2	+	CONHECIMENTO1 F1
<30ANOS	!	PRÁTICA1
	!	ATUALIZAÇÃO1
	!	
CONHECIMENTO2	!	≈5ANOS
APRENDIZAGEM2	!	INFORMAÇÃO1

ESTÍMULO	FATORES
Capacitação	F1 = Horizontal, vermelho F2 = Vertical, azul

Na análise desse gráfico, são utilizadas as cores vermelha e azul: o vermelho é o Fator1 horizontal, cujas informações são mais importantes por representar um maior valor de explicação; a cor azul representa o Fator2, e suas informações servem para complementar as informações evidenciadas pelo Fator1. O gráfico coloca como oposição às representações relativas ao estímulo capacitação, no Fator2, dos profissionais com menos de cinco anos de serviços que exercem a profissão há pelo menos cinco anos. Para quem tem menos de cinco anos de serviço, representa a capacitação como: transformação, atualização e aprendizagem. Em oposição, para os que têm no mínimo cinco anos de profissão, a capacitação é: informação, conhecimento e aprendizagem. Para os dois grupos, existe uma mesma representação da capacitação: aprendizagem.

Ocorreu o processo de ancoragem, entendendo-a enquanto atribuição de significação feita ao objeto representado pelos sujeitos, isto é, o fenômeno ocorre no momento em que os dois grupos de profissionais apreendem a capacitação como aprendizagem.

Os sujeitos que têm menos tempo de serviço e são mais jovens representam a capacitação como forma de renovação e mudança através da transformação na prática. Em oposição a esse grupo, os sujeitos com no mínimo cinco anos de tempo de serviço, embora representem a capacitação como uma forma de aprendizagem, possuem uma visão

conservadora sobre ela. Visto que, para esses últimos, a capacitação consiste apenas no acréscimo de informações, o que não implica necessariamente inovação e mudança.

Os resultados evidenciam que os sujeitos mais jovens e com menos tempo de exercício profissional constroem uma representação positiva sobre a capacitação, com uma perspectiva futurista de realização, de mudanças tanto no que se refere a si mesmos como profissionais quanto sobre sua atuação na transformação da realidade. Para esse grupo, a capacitação significa a visualização de um mundo em mudança constante através da intervenção do sujeito capacitado pelo processo educacional.

Diferentemente do grupo acima, os sujeitos com tempo de serviço igual ou superior a cinco anos representam a capacitação como um estímulo, cujos efeitos são imobilizados pelo mero acréscimo de “informações”, que não implicam “transformações”, mas pura e simplesmente corroboram a manutenção de uma realidade rotineira e de sua própria prática profissional estagnada.

A REPRESENTAÇÃO DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS AO ESTÍMULO CAPACITAÇÃO

Estímulo	Maior ou igual a 5 anos	FA	N=24%	Menor que 5anos de serviço	FA	N=24%
	Atualização	9	37,5	Prática	11	45,83
C	Prática	8	33,33	Conhecimento	9	37,5
A	Informação	8	33,33	Crescimento	9	37,5
P	Transformação	8	33,33	Transformação	9	37,5
A	Conhecimento	7	29,11	Aprendizagem	8	33,33
C	Crescimento	6	25,0	Atualização	6	25,0
I	Assimilação	5	20,83	Informação	5	20,83
T	Aprendizagem	1	4,11	Melhoria	2	8,33
A	Assimilação	1	4,11	Reavaliação	2	8,33
C	Execução	1	4,11	Abandono	1	4,11
A	Responsabilidade	1	4,11	Amadurecimento	1	4,11
O	Compromisso			Humanização	1	4,11
				Responsabilidade	1	4,11

Podemos observar pela tabela que os profissionais egressos do curso de especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde – realizado sob a coordenação local do Departamento de Saúde da UESB em Jequié/ Bahia no período de 1996 a 1999 – que têm tempo de serviço inferior a cinco anos, representam a capacitação recebida como elemento de transformação que veio a contribuir para o crescimento profissional através da aprendizagem de saberes que ampliaram o conhecimento, contribuindo para sua atualização profissional conduzindo, assim, para mudança de sua prática cotidiana,

contrapondo-se aos profissionais que têm tempo igual ou acima de cinco anos, cuja representação da capacitação é apreendida enquanto atualização e formação.

O conhecimento é construído pela ação do homem em interação com o meio ambiente, não se transmite, adquire-se coletivamente no enfrentamento da vida.

É inacabado, em formação, reformulação e atualização permanente.
(Paulo Freire)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo defendemos a tese que a capacitação recebida nos cursos oferecidos pelo Pólo de Capacitação Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família da Bahia no período de 1996 a 1999, proporcionou às enfermeiras egressas desses cursos uma mudança da prática dentro das suas atividades cotidianas. Vale salientar que o desenvolvimento das atividades de preparação, planejamento e execução desses cursos se pautaram nas propostas da problematização de Paulo Freire. As oficinas pedagógicas, dos cursos, realizadas com a participação tanto do corpo docente quanto do corpo discente sempre aconteceram de forma avaliativa e na perspectiva de serem retiradas novas propostas para os próximos cursos a ser ministrados.

Na análise de conteúdo encontramos quatro categorias com suas sub-categorias que ao final nos levaram a reflexões sobre as atividades desenvolvidas; sobre os cursos ministrados; sobre disciplinas oferecidas; e sobre o perfil das enfermeiras egressas desses cursos, no período estimado de 1996 a 1999.

As atividades desenvolvidas no campo do PSF demonstram a perspectiva da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, de maneira discursiva e reflexiva, culminando num planejamento de ações na esperança de que seja trabalhada a visão do controle social pela equipe profissional, pelo cliente, pela família, pela comunidade adstrita e por toda a comunidade municipal dentro de seus fóruns representativos.

Mas, fica evidenciado que, mesmo assim, esses cursos oferecidos pelo Pólo de Capacitação necessitam de mais olhares e de propostas mais efetivas quanto às articulações que venham a emergir em cada município dentro de uma compreensão de que cada um é bastante distinto do outro. E, assim sendo, ficam lacunas em muitas propostas ao não atenderem a todos os municípios igualmente.

Evidenciamos também, a relevância de ter sido trabalhada a disciplina de Comunicação em Saúde, por entender que, através da educomunicação, que reúne a educação com a comunicação, buscamos polir as arestas muitas vezes deixadas no processo de capacitação. Comprovamos que esse entrosamento trouxe um resultado significativo até nas representações de alguns entrevistados quando citam a importância de ser ministrada essa disciplina de forma mais efetiva na educação permanente de pessoal.

O PSF na qualidade de um programa que tem como proposta fundamental prestar assistência à saúde às famílias brasileiras, principalmente as socialmente menos favorecidas, é entendido, por alguns profissionais que se encontram ligados à prática assistencial, como

estratégia na atenção à saúde básica. Mas, os resultados apontam se ele for efetivado em sua essência, tornar-se-á um modelo de atenção à saúde nos princípios do SUS.

Constatamos que, nos municípios de Jequié, Aiquara, Jaguaquara, Ibirataia, Vitória da Conquista e Barra do Choça, a implementação desse programa assistencial vem atingindo uma complexidade na assistência à população de maneira tal que perpassa a condição de estratégia, adquirindo suficiência para atingir o status de modelo assistencial; podemos citar como exemplo o município de Vitória da Conquista.

Elaboramos o perfil da enfermeira que compõe as equipes do PACS e do PSF, pautando-nos nos princípios fundamentais propostos pelo SUS, que se baseiam na universalidade, na integralidade, na resolubilidade, na transdisciplinaridade e na intersetorialidade, de maneira que haja profissionais enfermeiras capacitadas.

1. Visão ampla e global do ser humano em suas dimensões: política, social e econômica;
2. Postura articuladora, que possibilite promover articulações entre as instituições de direito, público e privado numa perspectiva de atender às demandas de saúde emergentes;
3. Consciência crítica, política e administrativa, que atenda ao processo de construção da efetivação do SUS.

Para a convalidação da análise de conteúdo realizada neste estudo utilizamos a análise fatorial de correspondências através do software Tri-deux Mot. As categorias expressas na análise da associação livre de palavras com relação ao esperado de um curso de especialização, por suas egressas, configuraram a categoria validada pelo software, sendo a mais evidente a mudança da prática das enfermeiras mediante a apreensão dos conteúdos e práticas discutidas no curso de especialização citado. Observamos que ocorreu, também, a elaboração de novos conceitos, que proporcionaram a essas enfermeiras novas maneiras de desenvolverem as ações propostas pela equipe de saúde onde realizam suas atividades.

O estudo não foi esgotado, portanto, nesta perspectiva, deixa abertura para novos questionamentos para que outros ou nós mesmas busquemos respostas para tais. Deve a enfermeira, já na graduação, ter disciplinas que o instrumentalizem para a prática de programas de saúde coletiva? O profissional com formação em políticas públicas de saúde

tem um comportamento mais comprometido com seu trabalho ou não? O Governo Federal deve manter os Pólos de Capacitação? Quem deve acompanhar os profissionais do PACS e do PSF em suas atividades cotidianas dentro dos municípios brasileiros?

... Isso porque no escrever está sempre presente o virtual leitor, numa presença não apenas suposta, mas real e ativa, tanto mais exigente quanto mais calada, à espreita.

(Mário Osório Marques)

6 REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. *Lês représentations sociales: aspects théoriques*, IN: J-C, ABRIC (ed.) – Pratiques sociales et représentation. Paris: PUF, 1994.

_____. *A abordagem estrutural das representações sociais*. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (Org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Ed. A-B. Goiânia, 1998, p.27-38.

ALMEIDA FILHO, Naomar de PAIM, Jairnilson Silva. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Casa da Qualidade Editora, Salvador/Ba, 2000.

ALMEIDA, Vera Lúcia de. *Saúde e Cidadania: a experiência de Icapu I- Ce*. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. Fortaleza-Ceará, 1999.

AMÂNCIO, J. – *Gênero e Representações Sociais em Portugal. Perspectivas Actuais e Desenvolvimentos Futuros*. IN: MOREIRA, A.S.P. (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. Editora Universitária. João Pessoa, 2001, p. 55-87

ARROYO, Mônica. Território e Cidadania. Texto apresentado no Seminário Nacional de Vigilância da Saúde. Rede IDA - Brasil, salvador, 18 a 20 de outubro de 1995 (mimeo)

ARRUDA, A. Representações Sociais e movimentos sociais: grupos ecologistas e ecofeministas do Rio de Janeiro. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Ed. A-B. Goiânia, 1998. 71-86p.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa 1977.

BARROS, A de Jesus Paes de e LEHFELD, N.A de Souza. *Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas*. 9ª ed. Editora Vozes. Petrópolis, 1999.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar. Ética do humano – composição pelo tema*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999.

BRASIL, NOAS –SUS 01/2001(Norma Operacional da Assistência à Saúde). Anexo da portaria 95/GM de 26.01.2001. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Saúde. *Dá licença, posso entrar?* Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Política de Saúde. Brasília, 2001.

BRASÍLIA, Lei nº110.507 de 10 de julho de 2002, 181º da independência e 114º da República.

BREILH, Jaime. *Perspectivas políticas, sociales y éticas de la investigación en una era de barbárie*. Univerdad de São Paulo. II Encontro Internacional de Investigación de em Enfermeiria: trajetoria temporo-espacial de la investigación. 28 a 31 de outubro de 2002. Águas de Lindóia – São Paulo – Brasil. Conferência.

BRÊTAS, J.R. da S. Reflexões sobre o corpo que cuidamos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.15, n. 4, out./dez., 2002.

CIAMPONE, M.H. T. e PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 143-147, dez.2000.

COHEN, Mirian Miranda. Programa Médico de Família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do Programa Saúde da Família. *saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.26,n.61,p.186-197,maio/ago. 2002.

COLLIÈRE, Marrie - Françoise. *Promover a vida*. Lidel - Lisboa – Porto – Coimbra. 1991.

CORDEIRO, Hésio. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 36-43, dezembro 2000.

COSTA, Anita Marques; CREUTZBERG, Marion. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.20, n.esp., p-58-69, 1999.

DEMO, Pedro. *Metodologia do conhecimento científico*. Ed. Atlas. São Paulo – São Paulo, 2000, 216p.

DOISE, W. *Attitudes et représentations sociales*. IN: JODELET, Denise. *Les Représentations Sociales*. Presses Universitaires de France, 1989.

_____. *Lés représentations sociales*. IN: BONNET, C. et al. (Orgs.) *traité de psychologie cognitive*. Paris: DUNOD, 1990.

DOISE, Willem; CLEMENCE, Alain e LORENZI-CIOLD, Fabio. *Représentations Sociales et Analices de Données*. Presses Universitaires de Grenoble, 1992.

EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde Coletiva: construindo um Novo Método em Enfermagem*. Icone editora. Sao Paulo, 1996.

- ESCOBAR, Eulália Maria Aparecida. *Aspectos conceituais da qualidade em serviços de saúde*. IN: CIANCIARULHO, Tâmara Iwanow et alli (org.). *saúde da Família e na Comunidade*. Rode Editorial. São Paulo – SP, 2002.
- FAZENDA, I. C. A. (Org.). *Práticas Interdisciplinares na escola*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- _____. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. 5ª ed. Campinas, S. P.: Papyrus, 2000.
- FERREIRA, S. I. *Introduzindo a noção de Interdisciplinaridade*. IN: FAZENDA, I. C. A.(Org.). *Práticas Interdisciplinares na escola*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- FERREIRA, Vitória Solange Coelho. *Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso*. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Salvador - Bahia, 2000.
- FEUERWERKER, L. C. M.; Sousa, M. de F.. *Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 49-53, dezembro 2000.
- FORTALEZA, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de. *Norma Operacional do Programa de Saúde da Família*. Elaborado pela Coordenação Municipal, 2000.
- FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. *O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família*. Manual de Enfermagem www.ids.saude.org.br/enfermagem. Temas de caráter introdutório. IDS;USP; Ministério da Saúde; patrocínio Telefonia. São Paulo 2001.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 18ª ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1988.
- _____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FRIGOTTO, Gaudêncio. *A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais*. IN: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- GADAMER, Hans-Georg. *El estado oculto de la salud*. Gedisa editorial. Barcelona/ Espanha, 1996.

GARCIA, Telma Ribeiro e NÓBREGA, Maria Miriam Lima de (Org.) – *Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo*. Série Didática: Enfermagem no SUS. ABEn. Idéia. João Pessoa – PB, 2000.

GUIMARÃES, Terezinha de Andrade. *Cotidiano dos cuidadores de crianças com HIV/AIDS: universo simbólico e práticas sobre o cuidado*. Fortaleza, 2003, 77p. Dissertação (Mestrado) Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4 ed. Atlas, São Paulo, 1995.

_____. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. Ed. Atlas. São Paulo, 1999.

GRIZE, Jean- Blaise. Lógica natural e representações sociais. IN: JODELET, Denise(Org.) *As Representações Sociais*. Tradutora Lílian Ulup. ED. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(3): 316-9.

ISC/UFBA. *Projeto do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: Gerência de Programas Comunitários de Saúde*. Salvador/ Bahia, 1996, p.2.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

JODELET, D. Representações do Contágio e a Aids. IN: JODELET, D. e MADEIRA, C. M.(Org.). *Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos*. EDUFRN, Editora da UFRN. Natal, 1998.17-45p.

_____. *Representações Sociais: um domínio em expansão*. IN: JODELET, Denise(Org.) *As Representações Sociais*. Tradutora Lílian Ulup. ED. UERJ. Rio de Janeiro, 2001.

KLIKSBERG, Bernardo. Gerência Social: dilemas gerenciais e experiências inovadoras. IN: KLIKSBERG, Bernardo (Org.). *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília, ENAP. 1994 p. 127 - 146.

LAVILLE, C. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Trad. Heloísa Monteiro e Francisco Settinari. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LÓPEZ, Maria Helena N.; FERNANDEZ, Nuria Tórrez y SIBAJA, Fulbia Elizondo. La devaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud. Prueba

de campo metodológica en el cantón de Pérez Zeledón, Costa Rica. Educ. Med. Salud, vol. 27. N° 4 (1993).

MACIEL, S. C., MOREIRA, A.S.P. E GONTIES, B. – Representação Social sobre Drogas e Práticas Profissionais. IN: MOREIRA, A.S.P. (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. Editora Universitária. João Pessoa, 2001, p. 295-317

MADEIRA, M. C. – *Representações Sociais e educação: importância Teórico-metodológica de uma relação.* IN: MOREIRA, A.S.P. (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. Editora Universitária. João Pessoa, 2001, p. 123-44.

MELO, C. M. e VILASBOAS, A L. Radis Comunicação em Saúde. N° 3. Out/2002. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ. 21040 – 361.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde.* Editora HUCITEC. São Paulo, 1996.

_____. *Os Grandes dilemas do SUS: Tomo I - II.* Casa da Qualidade Editora. Salvador – Ba, 2001. 144p.

MORAES, M.C.. *O paradigma educacional emergente.* Papirus Editora, 7ª ed. Campinas, São Paulo, 2001.

MOREIRA, AS.P. Aspectos Psicossociais da Epilepsia: representações intergrupais. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Ed. A-B. Goiânia, 1998. 205-214p.

MORIN, E. – *Os Sete Sabores necessários à Educação do Futuro.* 4ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2001.

MOSCOVICI, S. *La Psychanalyse, son image et son public.* Paris: PUF, 1961-1976.

_____. *A Representação Social da Psicanálise.* Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. *Representações sociais: a teoria e sua história.* IN: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. Textos em Representações Sociais. Petrópolis. Vozes, 1994.

NASCIMENTO, José Rafael e JESUÍNO, Jorge Correia. *Atitudes e Representações sociais em Saúde.* IN: : MOREIRA, A.S.P. (Org.) Representações Sociais: Teoria e Prática. Editora Universitária. João Pessoa, 2001, p. 147-172.

NESCON - *Caderno de Textos de Planejamento e Gestão em saúde; nº 02.* Belo Horizonte/ Minas Gerais. 1998 p. 33.

- NICOLAU, Maria Célia Correia. *Trabalho e Representações sociais*. IN: MADEIRA, Margot Campos (Org.). *Representações Sociais e Educação Algumas Reflexões*. Coleção PPG Ed. Série NEPERS. Volume 1. EDUFRN – Editora da UFRN. Natal- RN- Brasil, 1997. p. 91-119.
- NÓBREGA, S. M. da – *Maiorias e minorias do conformismo à inovação*. MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Ed. A-B. Goiânia, 2000.p. 131-139.
- _____. *Do amor e da dor: representações sociais de jovens e adultos sobre o amor e o sofrimento psíquico*. Pesquisa realizada com o apoio do PIBIC/CNPq/ UFPE e a participação das alunas Fabíola M. S. Macedo de Paula e Érika F.P.G. Fontes, do Curso de Serviço Social da UFPE. Recife, 2002.
- _____. *Sobre a Teoria das Representações Sociais*. IN: MOREIRA, A.S.P. (Org.) *Representações Sociais: Teoria e Prática*. Editora Universitária. João Pessoa, 2001. p. 55-87.
- NÓBREGA, S. M. dá. *O que é RS*. Tradução parcial, revisada e ampliada do trabalho intitulado “La maladie mentale au Brésil: étude sur les représentations sociales de la folie par des sujets internes à l’hôpital psychiatrique et leurs familles”, 1990, 76p. (Mimeografado).
- NOGUEIRA, Maria Jacira de C. *Assistência à família*. *Enfermagem Novas Dimensões*. (3)6: 327-346 – 1977.
- OHL, Rosali Isabel Barduchi. A formação do enfermeiro e o papel do ser - docente de enfermagem nesse processo. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.15, n.3, jul./set., 2002. P.5-6.
- OLIVEIRA, D. C. DE; SIQUEIRA, A A.F. DE E ALVARENGA, a T. DE. *Práticas Sociais em Saúde: uma releitura à luz da Teoria das Representações Sociais*. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Ed. A-B. Goiânia, 1998. 163-190p.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este. *Boletim da Oficina Panamericana de Saúde*. 51(5)\, 473-494, 1961.
- PAIM, J.S. *Perspectiva do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Salvador, 1997 (mimeo).
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Casa da Qualidade Editora. Salvador/BA, 2000.

- PAIM, Jairnilson Silva. *Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde*. In: ROUQUAYROY, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia e Saúde*. 5ed. Rio de Janeiro. MEDSI, 1999. 489 – 503 p.
- _____.(1993). *Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva*. Ver. Brás. Educ. Méd. 17(3): 7-13.
- PATTON, M.Q.. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London, SAGE,1990.
- PIANCASTELLI, Carlos Haroldo et al. *Saúde da Família e desenvolvimento de Recursos Humanos*. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.21, p. 44-48, dezembro 2000.
- PIRES, D. *Novas Formas de Organização do Trabalho em Saúde e Enfermagem*. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador: v.13,n.1/2, p.83-92, abr/out.2000.a.
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000. b.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA. *O SUS funciona na Região Sudoeste da Bahia: o governo participativo construiu um sistema municipal de Saúde Público e Gratuito*. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista – Secretaria Municipal de Saúde, 1997/2000.
- QUIVY, R. e CAMPENHOULDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Tradução de João Minhoto Marques e Maria Amália Mendes. Revisão Científica de Rui Santos – Departamento de Sociologia – Universidade Nova de Lisboa. Gradiva Lisboa – Portugal,1992.
- ROUQUETTE, Michel – Louis. *Representações e Práticas Sociais:alguns elementos teóricos*. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Ed. A-B. Goiânia, 1998. 39-46p..
- SÁ FILHA, Zenaide de Souza. *Programa de Saúde da Família: como Ele É Idealizado e Como de Fato Funciona*. Universidade Estadual do Ceará – UECE/ Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Fortaleza, 2000. (digitado)
- SÁ, C.P. de. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Ed. Vozes. Petrópolis/ Rio de Janeiro 1996. 29 – 50p.
- SÁ, C. P. de. *A construção do projeto de pesquisa em representações sociais*. Eduerj, Rio de Janeiro, 1998a. 110p.

- _____. A representação Social da economia brasileira antes e depois do “Plano Real”. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Ed. A-B. Goiânia, 1998b. 49-69p.
- SANTANA, J. P. de e CHRISTÓFARO, M. A. C. – *Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde*. (Artigo retirado do site www.opas.gov.br) 08/05/2002. Brasília.
- SCHULZE, C. M. N. (trad.) Núcleo de Psicologia Social. Departamento Social. Departamento de Psicologia. UFSC, 1985.
- SERALE, J. R. *Mente, linguagem e sociedade: filosofia no mundo real*. Tradução: F. Rangel. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 2000.
- SERAPIONI, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração; *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 187 – 192.
- _____. (2000). Anotações de sala de aula.
- SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. Editora HUCITEC. São Paulo, 1998.
- SILVA, Joana Azevedo da ; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro – RJ, 2002.
- SILVA, M^a Josefina da; ALMEIDA, M^a Irismar de, e MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira. *A Teoria Crítica e a Teoria de Enfermagem*. IN: BARRETO, José Anchieta Esmeraldo e MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira (Org.), *A Decisão de Saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado Humano*. UFC- Casa de José de Alencar – Programa Editorial – Fortaleza – Ceará, 2000.
- Resolução N^o 196/96 sobre Pesquisa envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
- SILVA, M^a. Rocineide Ferreira da. *Subjetividade e a arte de viver o programa de saúde da família: o pensar e o agir dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as) a partir de sua prática*. Universidade Estadual do Ceará – UECE/ Centro de Ciências da Saúde/ Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. Fortaleza, 2001. (digitado)
- SOARES, I. de O. e MACHADO, E. S. – *Educomunicação: ou a emergência do campo da inter-relação comunicação/educação*. (Texto extraído da internet, www.) 2002.

- SOBRINHO, M. D. "Habitus" e representações sociais: questões para o estudo de identidades coletivas. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Ed. A-B. Goiânia, 1998.117-130p.
- SOUZA, H. M. de. *Na análise da política de saúde do Brasil, o desenvolvimento do PSF ocupa um papel central e deve ser, portanto, acompanhado, monitorado e avaliado.* Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 21, p.4-4, dezembro 2000.
- SPINK, M. J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.* Editora Cortez, São Paulo, 1999.
- TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer.* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva e VILASBÔAS, Ana Luiza. *SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.* IN: TEIXEIRA, Carmen Fontes (org.) Promoção e Vigilância da Saúde. CEPS – ISC. Salvador, 2002.
- TEIXEIRA, R. A., MISHIMA, S. M. e PEREIRA, M. J. B. O Trabalho de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – A Assistência à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. 2, p. 193- 206, abr./jun. 2000.
- TOMASELLO, Michael. *The Cultural Origins of Human Cognition.* Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London, England. 2000.
- TRAD, Leny A. B. *A Construção Social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitas e contextos.* Salvador, 1998. (xerox.)
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* Ed. Atlas. São Paulo, 1987.
- TURA, L. F. R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. IN: JODELET, D. e MADEIRA, C. M.(Org.). *Aids e Representações Sociais: à busca de sentidos.* EDUFRN, Editora da UFRN. Natal, 1998. 121-154p.
- VALA, J. *A Análise de Conteúdo.* In: SILVA, A.S. e PINTO, J. M.(Org.). *metodologia das Ciências Sociais.* Porto: Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento, p. 101-127, 2000.

VILELA, A. B. A.; QUEIROZ, M.V. O e JORGE, M.S.B. *Interdisciplinaridade como processo de construção e reconstrução do conhecimento: discurso do sujeito coletivo*. (Digitado). Fortaleza/Ceará. 2001.

VILELA, A.B.A. *Assistência à saúde da mulher: concepções e práticas dos trabalhadores da saúde*. Escola de Enfermagem da UFBA. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador/Bahia. Julho/1996. Dissertação de Mestrado.

VILELA, A.B.A., JORGE, M.S.B. e SANTOS, M.J.C. dos - *O Planejamento de uma Semana Típica em uma Equipe de Saúde da Família*. Digitado. Fortaleza/ Ceará, 2001.

VILELA, Alba Benemérita Alves e JORGE, Maria Salete Bessa. *Conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde frente às capacitações recebidas: como mudança de prática*. Fortaleza – Brasil, 2001. (xerocopiado).

VILASBOAS, A L.. *Radis Comunicação em Saúde*. Nº 3. Out/2002. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ. 21040 – 361.

VILLAS BOAS, Benigna Maria de Freitas(Org.). *Avaliação: política e práticas*. Ed. Papyrus. Campinas/São Paulo, 2002.

WAGNER, Wolfgang. *Sócio-gênese e características das Representações Sócias*. IN: MOREIRA, Antônia Silva Paredes e OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.) *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Ed. A-B. Goiânia, 1998.

WEIL, Pierre. *A arte de viver em paz: por uma nova consciência e educação*. Tradutores: Helena Roriz Taveira e Hélio Macedo da Silva. Editora Gente, 7ª ed. São Paulo/São Paulo, 1993. 91p.

ANEXOS

Da: Enfermeira Alba Benemérita Alves Vilela.
Para: Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Jequié.
Dr.

Sr. Presidente,

Venho por meio deste solicitar deste egrégio colegiado a permissão para desenvolver a pesquisa intitulada: Prática dos profissionais do PSF: egressos de uma Capacitação, no município de Jequié nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Cabe informar que esta pesquisa resultará na minha tese de doutorado em enfermagem curso que ora realizo no Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Salete Bessa Jorge.

Nesta oportunidade informo caso permita a realização dessa pesquisa nesta unidade utilizarei o documento que existir na Secretaria Municipal de Saúde sobre a adesão deste município ao PSF, como também entrevistas com os profissionais de saúde do mesmo.

Esclareço que conforme metodologia que pretendo desenvolver, os profissionais serão consultados, esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e deverão assinar um termo de consentimento.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos caso seja necessário e desde já agradeço a atenção recebida.

Atenciosamente,

Alba Benemérita Alves Vilela
COREN 18383/ BA.

Obs: Segue em anexo cópia do projeto de pesquisa e cópia da ata de sua aprovação pela banca examinadora.

Consentimento livre e esclarecido

Concordo em participar do estudo sobre PSF e compreendo os objetivos desta pesquisa que me foi explicado o que esperado por mim enquanto participante. Entendo que poderei ter minha entrevista utilizada na elaboração e apresentação da pesquisa. Estou ciente que poderei retirar-me do estudo segundo minha própria vontade e/ou conveniência e que as informações por mim fornecidas e registradas são de caráter confidencial.

Concordo que os resultados do estudo poderão ser publicados. Mas que seja garantido o sigilo da minha identidade.

Todo esse procedimento obedece a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

_____ de _____ de _____

Participante

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação

Nome: Idade: Sexo:
 Formação/ano: Universidade: Pós-graduação:
 Município onde atua: Tempo de trabalho:
 Tempo de trabalho no PSF?

Perguntas norteadoras

- 1 – Diga em quatro palavras o que significa para você PSF?
- 2 - Como teve conhecimento do PSF, e quando ocorreu sua inserção?
- 3 – Para você o que significa capacitar?
- 4 – Como vem acontecendo sua prática no seu dia-a-dia?
- 5 - Quando você ouve a palavra capacitação o que lhe vem à mente?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DOS DADOS NO SEGUNDO MOMENTO

- 1 – O que é estratégia n o PSF para você?
- 2 – O que é modelo? O que é mudança desse modelo? O que é programa?
- 3 – O que é para você mudança na prática no PSF?
- 4 – Quando você fez o curso o que foi informado sobre controle social? O que é para você?
- 5 – Quais as dificuldades que você tinha antes de fazer o curso e depois da capacitação?
- 6 – Quais as possibilidades de atividades no PSF com a capacitação pedagógica?
- 7 – Quais os princípios do SUS que você apreendeu na capacitação e na prática?
- 8 – O que é resolubilidade no PSF?
- 9 – Quando falo em estratégia e ensino, grupo familiar, as condições de vida o que lembra a você da capacitação?
- 10 – Quais os sentimentos que você atribui ao seu desempenho no PSF antes do curso e depois do curso? Como você se sente?
- 11 – O que é para você interdisciplinaridade no PSF? Foi trabalhada essa temática na capacitação? Como?
- 12 – O que mudou em sua prática após a capacitação?
- 13 – Fale do modelo de vigilância à saúde no PSF? Qual o modelo que o PSF se pauta?
- 14 – Como você percebe a formação da saúde no PSF? Descreva o que você faz?
 O que entende você de prevenção no PSF?

DICIONÁRIO DE PALAVRAS EVOCADAS

Les mots sont mis en 4 caractères

Impression de la liste des mots

abando2	aban	1	amadu2	amad	1	aprend1	apre	5	aprend2	apr1	8
assimil1	assi	1	atuall1	atua	9	atuall2	atul	6	compro1	comp	1
conhec1	conh	7	conhec2	con1	9	crescer1	cres	6	crescer2	cre1	9
execul	exec	1	humani2	huma	1	informal	info	8	informa2	infl	5
melhor2	melh	2	practical	prat	8	pratica2	pra1	11	reavali2	reav	2
respon1	resp	1	respon2	res1	1	transf1	tra1	8	transf2	tra1	9

Nombre de mots entr,s 120

Nombre de mots diff,rents 24

VARIÁVEIS FIXAS E PERCENTUAIS DE CONTRIBUIÇÃO

1. IDADE (+30anos / -30anos)

Tot.	1	2
120	55	65
100	45.8	54.2

2. TEMPO TRABA. (1=> 5anos / 2=<5anos)

Tot.	1	2
120	45	75
100	37.5	62.5

3. ESCOLARIDADE.

Tot.	2
120	120
100	100.0

COORDENADAS FATORIAIS E CONTRIBUIÇÃO AOS FATORES

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de: 0.396577

Précision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.384867

Pourcentage du total = 97.0

Facteur 2

Valeur propre = 0.011710

Pourcentage du total = 3.0

Facteur 3

Valeur propre = 0.000000

Pourcentage du total = 0.0

Facteur 4

Valeur propre = 0.000000

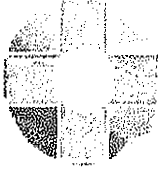
Pourcentage du total = 0.0

Coordonnées factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
apre	545	36	281	312	0	0	-0	10	aprend1
aprl	-517	52	-177	198	-0	16	0	202	aprend2
atua	675	99	-43	13	0	43	0	24	atual11
atul	-648	61	150	107	-0	15	0	38	atual22
conh	661	73	-8	0	0	22	-0	7	conhec1
conl	-549	65	-99	70	-0	110	0	43	conhec2
cres	650	61	19	2	0	277	0	58	crescer1
crel	-599	78	26	5	-0	87	0	109	crescer2
info	725	101	-168	179	0	77	0	50	informa1
infl	-618	46	76	23	-0	28	0	91	informa2
prat	669	86	-28	5	0	12	0	35	pratica1
pral	-594	93	14	2	-0	115	-0	1	pratica2
tran	612	72	113	80	0	113	0	224	transf1
tral	-599	78	26	5	-0	87	0	109	transf2

Autorização da entrada em campo



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JEQUIÉ

Praça da Bandeira, Edifício Vita, 172, 1º Andar- Tel.: 73-526-8900

Ofício Nº 030/01

Em, 23 de Agosto de 2001

ILMO. SR
SILVIO ARCANJO MACHES-FILHO
MD. DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO - FAVEN
NESTA

Sr. Diretor,

Informamos a V.S^a., que o Conselho Municipal de Saúde, em plenário do dia 22/08/01, aprovou a realização do Projeto de Pesquisa Prática da Equipe de Saúde da Família: uma modalidade de pensamento prático da Doutoranda Alba Benemerita Alves Vilela, neste município.

Atenciosamente,


(Dr. Armando da Silva Nascimento
Presidente do CMS/Jequié

EMOS A PROPOSTA DE CORSO QUE É ENCAMINHAR O DOCUMENTO
O MUN. DA SAÚDE. A PROPOSTA FOI SUBMETIDA A VOTAÇÃO, SENDO
APROVADA POR UNANIMIDADE. NÃO HAVENDO MAIS ASSUNTO A
TRATAR, O PRESIDENTE, O PRESIDENTE ENCERROU A REUNIÃO DA QUAL
EU LAUREI A PRESENTE ATA QUE APÓS LIDA E APROVADA SERÁ
ASSINADA POR MIM E PELOS DEMAIS PRESENTES.

JERQUIÉ, VINTE E SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E UM.

~~Assinatura~~
Aureliano Gomes da Silva
Aldeias do Rio Andaraé
S/A
Laudoso

Aguiar Lúcio
Lúcio

Isacena Oliveira dos Santos

Vaquinhos Nascimento Santos

Relatório das peças s/ta de frequência

Assinatura

Assinatura

Assinatura (João Magalhães da Silva)

Assinatura (Alexandre Sacramento)

Assinatura (Alexandre Sacramento)

Assinatura (Guilherme Barros Venceluz)

ATA DA 78ª REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE JERQUIÉ.

ÀS VINTE E DOIS DIAS DO MÊS DE AGOSTO, ÀS DEZ E SETE
HORAS E TRINTA MINUTOS, REUNIAM-SE ORDINARIAMENTE NA
SEDE DO CONSELHO, OS CONSELHEIROS PARA DELIBERAÇÃO DA
SEGUINTE ORDEM: 1. LEITURA DE ATAS 2. INFORMES. 3. RELA-
TÓRIO DA JUNTA INTERVENTORA DA ASSOC. DE AGENTES COMUNITÁRIOS
4. Relatório do CMS SOBRE A GESTÃO PLENA 5- APLICAÇÃO
DO PROJETO DE DOUTORADO DA PROFª ALBA BENEVENTA DA UESB
6. PLANTÃO dos CONSELHEIROS. 7. O QUE OCORRER,

O PRESIDENTE iniciou a reunião passando a palavra ao Secre-
tário para leitura das atas das reuniões de nº 76 e 77.

A Ata da 76ª reunião foi aprovada com a seguinte emenda: D.ª TÂNIA disse que comunicou em reunião que convidou o CMB para discutir a Lei de Diretrizes Orçamentárias antes do documento ser enviado para a Câmara, e aproveitou para convidar os Conselheiros para participar com a comissão da elaboração do plano municipal. A Ata da reunião 77ª foi aprovada com a emenda de REGINALDO, o qual acrescenta que o Conselho foi convidado para as reuniões da comissão de elaboração do plano municipal às sextas-feiras. Na sessão de informes, a Conselheira GRACIA diz que uma usuário foi ao Centro de Saúde Almeida Lima para fazer uma extração dentária mas como mora no Bairro São José não foi atendido por 3 vezes. D.ª TÂNIA informou que a dieta para habilitação da Plem de acordo com a NDAY foi prorrogada para 22/09, pede sugestões para o orçamento 2002 e que virá ao CMS apresentar o Pacto de Atenção Básica que já ocorreu, Gilmar propõe reuniões extra para apresentação na PP1 e SIOPS, PLENÁRIO AGENDADA PARA O DIA 29/08. Também foi informado da Conferência de Assistência Social que será realizada de 23 a 25/08. PONTO 3 - RELATÓRIO DA JUNTA INTERVENTORA DA ASSOCIAÇÃO DO ACS. A Conselheira MARIA NEIDE, membro da comissão informou que o relatório final foi aprovado na Assembleia dos ACS e em seguida apresenta o relatório. O qual constatou as seguintes irregularidades:

- 1) Débito de 26.152,92 com empresas no comércio em nome da Associação através da Diretoria.
- 2) Débito com o INSS de + R\$ 8.496,00
- 3) Desconto ilegal do imposto sindical para o Sindicato dos comerciários
- 4) Movimentação de duas contas: Bancárias Exclusiva-

MENTE PELO PRESIDENTE E TESOUREIRO.

5- CRIE CAS DA EMPRESA DE CALÇADOS DE PROPRIETÁRIOS DO Sr. MILTON PIAPUINHA EMPREGANDO EM NOME DA ASSOCIAÇÃO

6- AQUISIÇÃO DE 3 LINHAS TELEFÔNICAS INSTALADAS NAS RESIDÊNCIAS DE MILTON ANAGAS Cruz. Pres.; EDVALDO SILVA SOUZA - VICE-PRES e IDAEL OLIVEIRA SANTOS - TESOUREIRO.

Outras irregularidades constatadas foram: débitos pessoais em nome da Assoc.; uso pessoal dos cheques da Assoc.; recebimento de comissão de empresas comerciais; superfaturação de informações ao Conselho Fiscal; OMISSÃO DA PREFEITURA e do CMUS; Nêide comenta que na prática o Conselho foi omitido na fiscalização deste caso, apesar de denunciado nas reuniões. Falou que A S. Lúcia Brandão na Assessoria da SMS na época orientou o pagamento dos contratados via Associação, diz ainda que as verbas na Saúde estão sendo mal aplicadas pois o corre complementação de salário de func. efetivo via convênios que é irregular critica a falta de setor de recursos humanos na SMS e o fato da Prefeitura está pretendendo fazer concurso público sem ter o PCCO. Analiza dizendo que o relatório será enviado à Polícia Civil, Man. Público, INSS, Comissão de Licitações, CMS e SMS para providências. A Conselheira Iracema falou que foi ela a primeira pessoa a denunciar no CMUS em 1999 algumas dessas irregularidades. Na diretoria mas não foi ouvida; diz ainda que ela e UAMILDE como membros do Conselho Fiscal não foram omitidas e denunciaram a situação. O Sr. Luiz Pomponi diz que o Sr. Milton no início foi usado, depois ganhou asas e inclusive quando assumiu a contabilidade da SMS, solicitou várias vezes os comprovantes da prestação de contas, mas o Sr. Milton nunca enviou. Quanto a complementação salarial, informa que isso ocorreu por 3 meses pl 3 profissionais da Auditoria

INQUIRITO ABANDONA A APROVAÇÃO DO PROJETO DE ANTO-
TOMIA. VERA DIZ QUE O CONSELHO FISCAL NÃO É
CITADO NO RELATÓRIO APESAR DAS DENÚNCIAS FEITAS
POR IRAEMA. VERA DAS GRACAS DIZ QUE TEM OUTRAS
INREGULARIDADES NÃO APUNTADAS PELO CMS E SUBTECE A
ENIACÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CONSELHO. SILVIO
PARALIZA A COMISSÃO pelo trabalho e diz que o
CMS tentou APUNTA quando solicitou a presença do
Sr. MILTON e do Secretário de ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL
PARA PRESTAR EM ESCLARECIMENTOS EM RELAÇÃO AO CMS
DAS DENÚNCIAS, PORÉM FALTOU CONTINUAR FISCALIZANDO
JÁ QUE NÓS APROVAMOS AS CONTAS DA SMS, INCLUSIVE O
PAGAMENTO DOS CONTRATADOS VIA ASSOCIAÇÃO, GILMAR,
COMENTA QUE OUTRAS DENÚNCIAS FORAM FEITAS, O CMS
FOI CHAMADO A DEPOR MAS NÃO SABE-SE DA APUNTAÇÃO DO
FATOS. DR. ANILTON¹ PROPOE ENVIAR OFÍCIO A SMS
PEDINDO AFASTAMENTO DOS AGENTES ENVOLVIDOS NAS
INREGULARIDADES, EM SEGUNDA DISTRIBUIU O FORMULÁRIO
SIMULA DO CMS QUE TRAZ INFORMAÇÕES SOBRE ATRIBUI-
ÇÕES DO CMS PARA QUE OS CONSELHEIROS SAIBAM DO SEU
PAPEL. PONTO 4 - RELATÓRIO DO CMS SOBRE AVALIAÇÃO
DA GESTÃO PLENA MUNICIPAL; O PRESIDENTE EXPLICOU O
MOTIVO DESSE RELATÓRIO, FALOU QUE OUSC MELHORIAS
DA COMUNIDADE NO PLANTÃO DO HGRV SOBRE O MAZ ATEN-
DIMENTO pelo SUS e CRÍTICA A SMS POR NÃO TER DIS-
CUTIDO AINDA A MOAS COM O CMS. O SECRETÁRIO
EXPLICA QUE O RELATÓRIO FOI FUNDAMENTADO NAS VISI-
TAS DOS CONSELHEIROS NAS UBS - COMPO DO AMÉRICA
e C.S. ALMEIDA LOMANTO e P&P DO KM 3 e 4, ALÉM DAS
QUEIXAS DA COMUNIDADE e DISCUSSÕES TRAVADAS EM
REUNIÕES DO CMS. DIZ AINDA QUE A AVALIAÇÃO FOI FEI-
TA COM O OBJETIVO DE APONTAR FALHAS NO SISTEMA
VISANDO SUA MELHORIA PARA BOM ATENDIMENTO À POPU-
LAÇÃO; DENTRE OS PROBLEMAS DETECTADOS ESTAMOS:

- FALTA DE INIBU FICENXUP DE PEDIATRIA NA REDE BASICA, O NAU ATENDIMENTO DE ODONTOLOGIA NO CENTRO DE SAUDE DE JEQUE, FALTA DE EQUIPAMENTO DE ESTERILIZACAO NOS UNIDADES DE PSF E EXCESSO DE ATENDIMENTO MEDICO E DE ENF. LO PSF, PROVOCANDO FILAS, ENTRE OUTROS. GILMAR INFORMA QUE EM UMA UNIDADE DO PSF NAO TINHA NEBULIZADOR E EM OUTRAS APENAS 2 APARELHOS FUNCIONAVAM E O HORARIO DE ATENDIMENTO DO MEDICO ERA OFERECENTE DO GOVERNO. DIZSE TAMBEM QUE SUA ENMA PRECISOU DE ATENDIMENTO ANTIARTRICO NO CENTRO DE SAUDE DE FORMA IRREGULAR PORIS O ANIMAL MORACE E ELA SO TOMOU A VACINA E NAO TOMOU O SORO E PREGSTIONA SE AS EQUIPES DE SAUDE BUCAL ESTAO FUNCIONANDO, PORIS O MUNICIPIO RECEBE OS RECURSOS FUNDO A FUNDO. ROSLY EXPLICA QUE AS 16 CONSULTAS/TURNO NO PSF, SOE PRECONIZADAS PELA MS E CADA EQUIPE DEVE ATENDER NO MAXIMO 1000 FAMILIAS PORIM TOMAS EQUIPES ATENDENDO ATÉ 1.400 FAMILIAS PORIS O PROCESSO COMEÇOU ERNADO QUANTO AS EQUIPES FORAM IMPLANTADAS. DIZ DIZINDE QUE NUNCA RECEBERAM DENUNCIAS SE AS EQUIPES ESTAO FUNCIONANDO DE FORMA IRREGULAR E QUE OS AUTOCLAVES JA FORAM SOLICITADOS. QUANTO A SAUDE BUCAL DIZ QUE TEM 2 EQUIPES NO PSF INDCOP E 1 EQUIPE PARA PLONESTAL E ITAJUNÁ E CADA EQUIPE RECEBE RA 1.084,00 DO SUS. DENA LUCIA PREGUNTA SE OS PROBLEMAS ENCONTRODOS NAS VISITAS ANTERIORES PELA COMISSAO DO CUS, JA FORAM SANADOS, PORIS FACTE NEBULIZADOR TAMBEM NO ES. SEBASTIAO AZEVEDO. DR. ANUARDO NAO CONCORDA COM O FOTO DO MEDICO DO PSF. ATENDEN 16 PESSOAS POR TURNO QUANTO: ULE DEBEM FAZER MAIS VISITA FAMILIAR E DIZ QUE SE DADO BASTAR REFORMULACOES, SERIA CONTRA A IMPLANTACAO DE NOVAS EQUIPES. REGRANDO ARGUMENTO QUE TODOS OS MEDICOS TEM REALIZADO AS ATIVIDADES PRECISTAS NO PROGRAMA E TEM INDICADORES QUE MOSTRAM A MELHORA NA SITUACAO DE SAUDE ATRAVES DO PSF E QUE A COBERTURA

O P&P é de apenas 24%. ASMS cobra frequência dos profissionais e desconta-se os hours de atraso. Quando diz que tem criticado o P&P baseado em notas de revistas, jornais e até do Min. da Saúde. TRACEMA disse que a equipe do P&P do CENAL NÃO ORIENTOU OS ACS PARA FAZEM TURNOUT e que terá que orientação de famílias para isso e que essa orientação partiu da SMS. Além disso, não procuramos saber se o AC tem perfil ou não para continuar trabalhando. REGINALDO diz que se a ERFE tivera de essa informação, está equivocada porque não houve essa orientação pela SMS. PONTO 5 - PROJETO DE PESQUISA DO DOUTORADO DA PROF ALBA BENEMÉRITA O Secretário fez explanação do projeto, o qual será desenvolvido com os profissionais do P&P de Jécaré e União da Condição, fazendo uma avaliação desde a implantação até o momento atual. O projeto foi aprovado por unanimidade, devendo a Prof ALBA Ser autorizada a realizar a pesquisa de campo. O PONTO 6 - PLANTAS dos conselheiros ficou para a próxima reunião. NO QUE O CORNER, DANILDE solicita uma maior frequência do atendimento do GINECOLOGISTA no BARRAGEM de PEDRAS pois o Dr. Fernando só atende 1515 horas. Gilmar solicita resposta do Ofício 05/2001 onde cobra da SMS a implantação do projeto de humanização no parto e nascimento e questiona o atendimento de média complexidade nos municípios vizinhos pois esteve na SESAB e foi orientado a ler o Pacto das AIC's pois é repassado recurso para atender os municípios vizinhos na média complexidade. GENALUCI SUGERE REUNIÃO com o responsável pela CERAS para esclarecer estas questões. Gilmar diz que faltou há duas reuniões extraordinárias.

POISQUE NÃO FOI COMENTADO, NADA MAIS HAVENDO A TRATAR,
O PRESIDENTE DESPACHOU ENCERRADA A REUNIÃO, NA QUAL FOI
LAUREI A PRESENTAÇÃO QUE APÓS LIDA E APROVADA SERÁ ASSO-
MADA POR MIM E PELOS DEMAIS PRESENTES,
Jequic, vinte e dois de agosto do ano dois mil e um.

~~Amorim~~
Gustavo Barros

Jorge Lile

Barbosa

Lucas Lima

Proença Oliveira das Santos

Vanilda do Nascimento Santos

Rafael das Neves Silva

Diante Mendes

Andrade

Jair Magalhães da Silva

St. Aparecida Cabral Santos

Alcides Sampaio

Marcelo Gomes Santos

Silvio Alberto M. Silva

Ata da 80ª Reunião do Conselho Municipal de Saúde
e de Jequié

Das vinte e nove dias do mês de agosto do ano de dois
mil e um, às dezete horas e trinta minutos, reu-
niram-se extraordinariamente na sede do Conselho os
membros para deliberação da seguinte pauta: 1- In-
formes 2- Discussão sobre a Proposição da Atenção Básica
'001 3- Discussão sobre o Orçamento Municipal 2002 e o
se ocorrer. A vice presidente iniciou a reunião infor-
mando que o presidente comunicou ter ocorrido im-
previsão e no momento ele não pode comparecer, informou