

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

JASLENE CARLOS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BAIANO**

**RECIFE
2019**

JASLENE CARLOS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BAIANO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Orientador:

Prof.^a Dr.^a. Sydia Rosana de Araujo
Oliveira

Coorientadora:

Prof.^a Dr.^a. Cíntia Kallyne de Almeida
Alves

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

586a : Silva, Jaslene Carlos da.
Avaliação da implementação das ações de promoção da saúde em uma unidade de saúde de um município baiano/ Jaslene Carlos da Silva. — Recife: [s. n.], 2019.

94 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araujo Oliveira; coorientadora: Cíntia Kallyne de Almeida Alves

. 1. Estratégia Saúde da Família. 2. Promoção da Saúde. 3. Avaliação em Saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araujo. II. Alves, Cíntia Kallyne de Almeida. III. Título.

CDU 614.2

JASLENE CARLOS DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BAIANO.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 22/03/2019

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães

Dr^a. Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Machado Freire
Universidade Federal de Pernambuco

A ela, que dedicou sua vida para que eu tivesse um futuro brilhante, Djanira Carlos (*In Memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser tão bom e me proporcionar viver momentos tão marcantes ao lado de amigos e familiares.

À minha família, que tanto me ajudou a trilhar essa vida de estudos, em especial meus irmãos, cunhadas, sobrinhos, tios e primos mais próximos, amo vocês e vocês sabem disso!

À minha mãe, *In Memoriam*, que iniciou toda minha vida acadêmica, a pessoa que acreditava mais em mim do que eu mesma. Eu amo você demais e essa vitória é sua.

Ao meu amor, João Marcos, pela sua dedicação e incentivo nos momentos mais pesados, seria bem mais difícil sem você do meu lado. Desculpa pelo estresse dos últimos meses.

À minha sogra, minha segunda mãe, obrigada por me entender e me acolher sempre.

À Claudete Maia, obrigada pela força, Lula Livre!

À Thaisyara, minha irmã do coração e toda sua família, meu eterno agradecimento.

À família Aragão pela acolhida amorosa, vocês foram essenciais!

As minhas colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Rio Formoso, Joyce e Jéssica, em especial minha “chefa” e amiga Neijla Cardoso e minha prefeita Isabel Hacker, sem o apoio e compreensão de vocês não teria chegado até aqui.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Correia Picanço, vocês foram sem dúvidas um presente no final de 2018.

À minha orientadora, Sydia Rosana, por ter aceitado me proporcionar esse desafio e ser tão paciente e presente comigo.

À Cínthia, minha coorientadora, muito obrigada por me guiar e ter aceitado esse desafio de me auxiliar quando eu mais precisei.

As minhas colegas de mestrado, só eu sei o quanto me senti acolhida e apoiada por vocês nesses 02 anos de caminhada, nossa turma foi abençoada.

Ao programa de mestrado da FIOCRUZ, por criar espaços para o trabalhador poder dialogar com a vida acadêmica.

A todas as pessoas que me ajudaram a trilhar esse caminho, sintam-se eternamente agradecidas.

“A saúde depende mais de cuidados preventivos do que de
médicos.”
Johnny De Carli

SILVA, Jaslene Carlos. Avaliação da implementação das ações de promoção da saúde em uma unidade de saúde de um município baiano. 2019. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Este estudo objetivou identificar os eventos-críticos e fatores estratégicos (elementos facilitadores e dificultadores) que contribuíram para sustentabilidade das ações de promoção da saúde em uma unidade de saúde de Camaçari - Bahia. A análise da dinâmica de desenvolvimento das ações de promoção da saúde foi baseada na Teoria Ator-Rede (TAR), tendo como unidade de análise os eventos-críticos, sendo aqueles que produzem uma reconfiguração da intervenção. Realizou-se análise documental, oficina e entrevistas semiestruturadas com informantes chave para identificar os eventos-críticos e fatores estratégicos relacionados às ações de promoção da saúde. As categorias do estudo, definidas segundo a TAR e apreciadas por análise de conteúdo, foram: atores/actantes, interesses, interações, mediação, ações, inscrições, lugar, tempo e consequências. Identificaram-se três eventos-críticos: chegada do PACS, primeiro Conselho Local de Saúde e implantação da Residência Multiprofissional e Médica. Como fatores estratégicos identificou-se dificuldades com a gestão e pouco diálogo entre gestores, profissionais e usuários foram dificultadores para a sustentabilidade. E a rede de apoio (atores envolvidos) e as ferramentas do processo de trabalho (acolhimento, reuniões de equipe e grupos) como elementos facilitadores para sustentabilidade das ações. Identificar o que facilita e dificulta o desenvolvimento das ações é fundamental para replicação e sustentação de uma intervenção.

DECS: Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde. Avaliação em Saúde. Teoria do ator-rede.

SILVA, Jaslene Carlos. Evaluation of the implementation of health promotion actions in a health unit in a municipality of Bahia. 2019 Dissertation (Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

This study aimed to identify the critical events and strategic factors (facilitating and hindering elements) that contributed to the sustainability of health promotion actions in a health unit in Camaçari - Bahia. The analysis of the development dynamics of health promotion actions was based on the Actor-Network Theory (TAR), having critical events as the unit of analysis, being those that produce a reconfiguration of the intervention. Documentary analysis, workshop and semi-structured interviews with key informants were carried out to identify critical events and strategic factors related to health promotion actions. The study categories, defined according to the TAR and appreciated by content analysis, were: actors / actors, interests, interactions, mediation, actions, inscriptions, place, time and consequences. Three critical events were identified: arrival of PACS, the first Local Health Council and implementation of the Multiprofessional and Medical Residence. As strategic factors, difficulties with management were identified and little dialogue between managers, professionals and users was a hindrance to sustainability. And the support network (actors involved) and the tools of the work process (reception, team and group meetings) as facilitating elements for the sustainability of actions. Identifying what facilitates and hinders the development of actions is essential to replicate and sustain an intervention..

Keywords: Family Health Strategy. Health Promotion. Health Assessment. Actor-network theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- O Cartão de Evento Crítico (CEC)	32
Tabela 1- Caracterização da Atenção Básica em Camaçari-BA, 2018	34
Figura 1- Linha do Tempo com acontecimentos ligados a promoção da saúde em Nova Aliança, de 1992 até 2017, após oficina com ACS.	38
Figura 2- Linha do Tempo com acontecimentos ligados a promoção da saúde em Nova Aliança de 1992 até 2017, após entrevista com os informantes	38
Quadro 2- Definições das categorias analíticas e suas operacionalizações.	40
Figura 3- Linha do tempo com os Eventos críticos ligados a Promoção da Saúde de 1992 a 2017 em Nova Aliança, após oficina e entrevista.	44
Quadro 3- Ficha de Evento-crítico 1 - Processo de trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Unidade Básica de saúde.	49
Quadro 4- Ficha de Evento-crítico 2 - Implantação do 1º Conselho Local: aperfeiçoando o controle social em Nova Aliança.	51
Quadro 5- Ficha de Evento-crítico 3 - Implantação do Programa de Residência Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade em Nova Aliança	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde.

ASB- Auxiliar de saúde bucal.

CEC- Cartão de evento-crítico.

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa.

ESF- Estratégia Saúde da Família.

FESF- Fundação Estatal Saúde da Família.

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF- Programa Saúde da Família.

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica.

PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde.

SUS- Sistema Único de Saúde.

TAR- Teoria Ator-Rede.

TSB- Técnico de saúde bucal.

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido.

UBT- Unidade Básica Tradicional.

USF- Unidade Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO GERAL.....	18
2.1 Objetivos Específicos	18
3 PRESSUPOSTOS.....	19
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	20
4.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto intervenção de promoção da saúde	20
4.2 Avaliação orientada por Teoria.....	25
4.3 Teoria Ator- Rede e o Cartão de Evento Crítico: apreensões iniciais.....	28
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
5.1 Tipo do Estudo	33
5.2 Período do Estudo.....	33
5.3 Área do Estudo.....	33
5.4 População de Referência	35
5.5 Fontes e Instrumentos de coleta de dados.....	37
5.6 Plano de análise	39
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
7 RESULTADOS	44
7.1 Evento Crítico 01: Processo de trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Unidade Básica de saúde.....	44
7.2 Evento Crítico 2: Implantação do 1º Conselho Local de Saúde: aperfeiçoando o controle social em Nova Aliança	50
7.3 Evento Crítico 3: Implantação do Programa de Residência Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade em Nova Aliança ..	52
7.4 Conceitos da promoção da saúde: actante em rede.	60

8 DISCUSSÃO	62
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	80
APÊNDICE C - PROJETO DE INTERVENÇÃO	81
ANEXO A- ANEXO A- CARTÃO DE EVENTO-CRÍTICO (CEC)	91
ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA	92
ANEXO C- COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	93

1 INTRODUÇÃO

O conceito da promoção da saúde foi construído a partir da recorrente crítica a medicalização da saúde, incluindo os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença. Tal conceito também leva em consideração a participação dos diversos setores e atores na construção das ações de saúde, visando mudanças sociais e uma melhor qualidade de vida para a população (BUSS, 2003; SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Percebe-se que os conceitos da promoção da saúde estão presentes desde o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou na formulação da Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem sido ao longo dos anos aperfeiçoado e colocado de forma transversal nas várias políticas importantes, inclusive na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (SÁ *et al.*, 2016).

Em 2006, a promoção da saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde enquanto política, tendo sido revisada em 2014. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) veio fortalecer através de seus objetivos a melhoria das condições e modos de viver dos indivíduos, propondo temas prioritários para serem trabalhados nas diversas esferas de governo, entre estes estão: promoção da cultura de paz e direitos humanos; a promoção da mobilidade segura; a promoção do desenvolvimento sustentável; o enfrentamento do uso do tabaco e do consumo abusivo do álcool; a promoção da alimentação adequada e saudável; e a promoção de práticas corporais e atividades físicas (BRASIL, 2014).

Além dos temas prioritários também é preconizado pelo Ministério da saúde o desenvolvimento dos eixos da política, onde se traz as questões da territorialização, a articulação intra e intersetorial, a participação e controle social e a formação profissional visando uma melhor operacionalização pelos estados e municípios (BRASIL, 2014).

A compreensão dos temas e dos eixos prioritários da política pelos profissionais da atenção básica se faz cada dia mais necessário, pois é neste nível de atenção que mais se implementam ações de promoção da saúde no Brasil e internacionalmente (CINCURÁ, 2014).

A implementação dessas ações se dá, em sua grande maioria, pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Instituída inicialmente como

Programa Saúde da Família (PSF) e que ganhou peso de estratégia a partir da responsabilidade dada a esta intervenção de ser a reestruturadora da Atenção Básica brasileira (PERUZZO *et al.*, 2018).

A ESF nasce com diversas expectativas, inclusive de superar as restrições de acesso criadas pelas Unidades Básicas Tradicionais (UBT). Possui seu trabalho desenvolvido basicamente por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ter sua ampliação com o cirurgião-dentista e o auxiliar (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). Pode-se ainda ser vinculada ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), formado por uma equipe multiprofissional, que realiza matriciamento clínico-assistencial e pedagógico para as equipes a fim de ampliar o grau de resolutividade em diversas questões (BRASIL, 2017).

Tem-se o objetivo de resgatar os valores da justiça, a participação social, o direito a melhor saúde para todos, a equidade e a solidariedade, mostrando com isso a importância que a ESF tem enquanto intervenção formadora de mudanças nos contextos de vida das famílias atendidas (RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

Deste modo, percebe-se que analisar o contexto em que as intervenções são implantadas se torna algo imperativo, pois o objetivo da intervenção não é apenas solucionar problemas encontrados, mas sim evoluir com os mesmos, podendo ser constantemente modificada e reconfigurada. A partir do momento que se leva em consideração tal concepção, reforça-se a intervenção enquanto sistema, que vive em interação e modificação (HAWE, 2015).

Com isso, percebe-se que as intervenções não são estáticas, passando a ESF ao longo dos anos por diversas mudanças, entre estas a expansão da sua cobertura por equipes de saúde da família em todo o Brasil. De dezembro de 2007 até dezembro de 2016, passou-se de 46,2% para 63,7% da população, ou seja, um incremento de 72,5% no período, totalizando 40.098 equipes em todo território nacional. Em números seria 123,5 milhões de brasileiros passaram a contar com a ESF (BRASIL, 2017).

Alguns avanços acompanharam a consolidação desta intervenção, em estudo conduzido por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC), foi possível observar a relação inversa entre a cobertura da ESF e a taxa de mortalidade infantil pós-natal, associada a tal informação tem também a redução no número de mortes por doenças diarreicas ou infecção do

aparelho respiratório em locais com maior cobertura da ESF (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

Entretanto, mesmo com toda essa expansão e resultados positivos, muitos locais, inclusive regiões metropolitanas e grandes capitais, permanecer com o foco do cuidado nos modelos das Unidades Básicas Tradicionais (UBT): com a lógica centrada nos procedimentos e não nas necessidades dos usuários daquele serviço que vivem no território. A Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança, em Camaçari na região metropolitana de Salvador, permaneceu na condição de UBT apesar da região de Camaçari, ser pioneira na implantação da ESF no Brasil. Os profissionais da unidade de Nova Aliança desenvolveram seus trabalhos junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1992 até 2015, quando os Programas de Residência Multiprofissional e de Medicina de família e comunidade chegaram aquele território.

A ampliação desta intervenção em Nova Aliança: I) Gerou a necessidade de se compreender a implementação do processo de trabalho das equipes, mas específico as ações de promoção da saúde. Peruzzo *et al.* (2018) referem que o cenário de implantação de cada intervenção é influenciador nos resultados das ações preconizadas; II) Aponta a necessidade de se estudar a participação dos residentes na implantação da ESF, por acreditar ser algo relevante, já que estes se deparam com diversas questões que podem influenciar a implementação das ações de promoção da saúde, entre estas: a formação profissional para se trabalhar no SUS; mudança de modelo assistencial e o fortalecimento da ESF com a multiplicação desta intervenção. Cecílio e Reis (2018) destacam que um dos desafios para consolidação da ESF seria a formação de um “novo trabalhador” para o SUS. Pressupõe-se que os residentes de Nova Aliança têm uma oportunidade para efetivação de uma real mudança de modelo assistencial, já que tal formação torna-se um disparador para continuidade dos avanços da Atenção Básica. III) Também justifica este estudo, neste cenário de processo ensino-serviço, a ênfase dada na política de promoção da saúde ao eixo da “formação”, uma vez que tornam-se cada dia mais imprescindível compreender a dinâmica da formação dos profissionais, sendo relevantes os estudos que demostrem as ações desenvolvidas nas unidades que possuem esses trabalhadores, enfatizando os fatores dificultadores e facilitadores que acompanham as ações implementadas (BRASIL, 2014). Com relação à formação, Gebbie e Turnock (2006) referem que o déficit de

qualificação na força de trabalho da saúde pública são evidentes e incluem preparação insuficiente via educação.

A partir da experiência vivida enquanto preceptora da residência em Nova Aliança, mostrar como se deu a realização das ações de promoção naquela unidade, torna-se pertinente para aproximar as instituições formadoras e os serviços de saúde, incentivando cada vez mais a construção de capacidades.

Além dos desafios da formação, precisa-se cada vez mais de exemplos de ESF de sucesso, já que recentemente, em última revisão da PNAB de 2017, se tem uma nova valorização do modelo de atenção básica tradicional, podendo os municípios optarem por essa modalidade. Tal possibilidade fragiliza a ESF, comprometendo o processo e trabalho, as ações de promoção e o vínculo dos usuários com as equipes (CECILIO; REIS, 2018).

Infelizmente, ainda se tem limitações na pesquisa no campo da avaliação quando se diz respeito a métodos avaliativos inovadores para promoção da Saúde. A avaliação orientada por teoria pode ser considerada uma nova perspectiva para se olhar a intervenção por dentro, tendo por intermédio da Teoria ator-rede (TAR) a possibilidade de se ampliar os estudos no campo da avaliação, trazendo novas possibilidades da utilização das teorias sociais para avaliar as intervenções em saúde.

Portanto, pensando em fortalecer o campo da avaliação e compreender os diferentes contextos que influenciaram as ações de promoção da saúde em Nova Aliança, o presente estudo tem a seguinte pergunta condutora: Como ocorreu a implementação das ações de promoção da saúde na unidade de Nova Aliança, Camaçari-BA?

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implementação das ações de Promoção da Saúde na Unidade de Saúde de Nova Aliança - BA.

2.1 Objetivos Específicos

a) Construir a linha do tempo com as ações de promoção da saúde desenvolvidas na Unidade de Saúde de Nova Aliança;

b) Descrever os eventos-críticos ligados a Promoção da Saúde nos modelos de atenção (Unidade básica tradicional e Estratégia de Saúde da Família);

c) Identificar os fatores facilitadores e dificultadores que surgiram para a implementação das ações de Promoção da Saúde.

3 PRESSUPOSTOS

a) O desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde relaciona-se com o contexto de implantação dos modelos de atenção vivenciados por Nova Aliança;

b) Mesmo com a implantação da Estratégia Saúde da Família no município existem fragilidades no desenvolvimento das ações de promoção da saúde. A implantação da ESF fortaleceu o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

c) As equipes da Estratégia Saúde da Família de Nova Aliança precisam conhecer ainda mais os conceitos fundamentais sobre promoção da saúde;

d) A formação dos residentes pela Estratégia Saúde da Família de Nova Aliança fortalece a qualidade das ações de Promoção de Saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico abaixo abordará questões relativas a Estratégia Saúde da Família, Avaliação em Saúde, Teoria Ator-Rede e o Cartão de Evento-Crítico.

4.1 Estratégia Saúde da Família enquanto intervenção de promoção da saúde

De acordo com Pereira *et al.*, (2015) a definição de intervenção poderia ser basicamente os diversos meios utilizados para mudar uma situação problema. Realmente, a ESF surgiu como uma forma de solucionar os problemas da Atenção Básica, sendo um modelo para a reorganização da assistencial a saúde no Brasil.

Não se pode realizar uma discussão acerca da ESF sem levar em consideração a Atenção Básica em alguns países, como Canadá e Inglaterra. Algo importante para se frisar é que independente das diferenças contextuais do Brasil com os países citados acima utilizamos hoje muitas abordagens e conceitos chaves fundamentais que foram incorporados a partir da Atenção Básica internacional (CONILL, 2008).

O termo Atenção Básica e Atenção Primária são considerados sinônimos em vários estudos, sendo o termo Atenção Básica mais difundido no Brasil e o que embasará este trabalho.

A figura do médico de família e do médico generalista ganhou destaque em diversos países, juntamente com algumas especialidades básicas para compor o quadro da Atenção Básica. Portanto, a Atenção Básica pode ter duas abordagens a ser seguidas: a abordagem que foca em atendimentos ambulatoriais como uma forma de suprir as necessidades de saúde da população, e a abordagem que utiliza a Atenção Básica como reorganizadora do modelo assistencial (CONILL, 2008).

Iremos neste estudo focar em trazer a segunda abordagem, pois é a que pode levar a uma mudança real no processo saúde-doença dos indivíduos e a que foi escolhida pelo Brasil.

Pode-se dizer que a Atenção Básica surgiu em meio à crise econômica, pobreza e doença tanto nos países internacionais quanto no Brasil. Na Alemanha, França e Inglaterra, por exemplo, desde as revoluções mais importantes, como a Francesa e a Industrial já se trabalhava a noção de distritos, pensando na questão

de divisão territorial para distribuição dos serviços e cuidados em saúde, tais serviços eram distribuídos juntamente com os da assistência social (ROSEN, 1989).

Já os centros de saúde norte-americanos, do início do século XX, vieram reforçar ainda mais a questão da divisão territorial. A assistência à saúde aos mais pobres começou a ser feita mais próximo possível das famílias, dentro dos territórios. Alguns centros já tinham uma responsabilidade definida sobre alguns distritos e famílias, organizando os outros serviços de saúde a partir dos seus cuidados (ROSEN, 1989).

Iniciavam-se as primeiras discussões acerca de um dos atributos essencial mais importante da Atenção Básica brasileira, a coordenação do cuidado (COLLIN, 2008; ROSEN, 1989). Quanto mais próximo se estiver da realidade de vida das pessoas, mais fácil para as intervenções em saúde terem sucesso e refletirem a necessidade local.

Aos poucos a difusão sobre a Atenção Básica foi se dando em vários países. O Relatório Dawson de 1920 foi criado pelo ministro da saúde do Reino Unido e trouxe noções de regionalização e hierarquização do cuidado. Infelizmente só após 50 anos da sua criação foi que o Relatório ganhou força e impulsionou a Atenção Básica em diversas cidades e países (STARFIELD, 2004).

Portanto, a Atenção Básica ganha força no Brasil a partir de 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu a partir das experiências bem-sucedidas do PACS no Nordeste, com redução da mortalidade infantil e aumento nas coberturas vacinais. Com incentivo financeiro para os municípios que aderissem a tal programa, aos poucos, desde 2006, foi se tendo uma reorientação da intervenção, assumindo seu papel de estratégia para substituição as práticas convencionais (MALTA *et al.*, 2015).

A ESF tem papel fundamental na ordenação dos serviços de saúde, sendo considerada estruturadora das redes de atenção, realizando articulação com os diversos níveis de atenção, inclusive recebendo apoio diagnóstico e hospitalar. Torna-se a responsável pelo primeiro contato de usuários com o SUS, pregando os princípios da integralidade e da longitudinalidade (FAUSTO *et al.*, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) compõe a Atenção Básica e é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde. É considerada uma intervenção em saúde por priorizar os trabalhos voltados para promoção e prevenção de agravos,

incluindo a avaliação das necessidades sociais e de saúde das diversas famílias acompanhadas por esse modelo de atenção (PAIM, 2006).

Esta intervenção possui seu trabalho desenvolvido basicamente por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ter sua ampliação com o cirurgião-dentista e o auxiliar (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB).

A ESF iniciou no Brasil compondo o último ciclo na evolução da Atenção Básica (MENDES, 2010). A partir desta intervenção tem-se uma melhor forma de reorganizar e fortalecer toda uma rede de atenção à saúde da população (SHIMIZU; JUNIOR, 2011). A dinâmica do trabalho foca no contexto que os indivíduos estão inseridos, podendo este trabalho ser desenvolvido no território, dentro do domicílio destas pessoas, ou em outros setores na sociedade (POTVIN *et al.*, 2005).

Pode-se dizer que a Atenção Básica dá ênfase em suas ações nas diretrizes preconizadas pela Promoção da Saúde, reconhecendo que, quanto mais desigual for uma sociedade, maior será o seu grau de adoecimento e mortalidade (SCHWARTZ *et al.*, 2008).

Com o aumento da desigualdade social e dos problemas oriundos das comunidades, foi se avaliando a necessidade de se ter uma maior compreensão sobre o campo da Promoção da Saúde e como as intervenções nesta área apresentavam-se em diversos contextos (HAWE, 2015).

A expressão “Promoção da Saúde” passou a ser vista em estudos a partir do ano de 1945, com o médico canadense Henry Sigerist. É uma das quatro tarefas essenciais da saúde, dentre a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (LOTES *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2000).

Os debates ideológicos e políticos com relação a este campo de atuação aumentaram bastante por volta da década de 70, e ganhou força em 1986 com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A conferência foi um marco para a promoção da saúde juntamente com a Carta de Ottawa, documento este inspirado nos princípios da declaração de Alma-ata (CONFERÊNCIA DE ALMA ATA, 1978). Para a referida carta, as práticas voltadas para a promoção da saúde levam a uma melhor qualidade de vida das pessoas e a mudanças sociais, sendo imprescindível para esse resultado a parceria

entre o estado, comunidade, indivíduos, setor saúde e outros setores (CAMPOS; NETO, 2008).

Além da Conferência de Ottawa, temos a de Adelaide, em 1988; de Sundsväl, em 1991; de Bogotá, em 1992; de Jacarta, em 1997 e do México, em 2000. Ao longo dos últimos anos esses movimentos contribuíram para o maior fortalecimento dos conceitos e princípios da promoção da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Pode dizer que a Promoção da Saúde envolve duas dimensões: a conceitual que são definições que sustentam o campo da promoção. E a dimensão metodológica que são as estratégias, ações, programas e intervenções para desenvolver a promoção (CERQUEIRA, 1997).

As duas dimensões são muito importantes para o fortalecimento do campo da promoção, cada uma com seus desafios e peculiaridades. Entretanto, percebe-se uma evolução na dimensão do conceito ao longo dos anos, que se desloca desde uma visão centrada nos estilos de vida para um conceito voltado ao contexto da determinação social (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A dimensão metodológica também encontra desafios em consolidar suas ações baseadas em programas que proporcione realmente mudanças coletivas, sejam estas nas escolas, nos sistemas de saúde e até pessoal (CARVALHO *et al.*, 2014).

Muitos ainda acreditam que o conceito de promoção é sinônimo ao de prevenção, focando nas mudanças comportamentais e de estilo de vida individuais, por exemplo: hábitos de fumar e beber, atividades físicas e comportamentos sexuais. Essas ações estariam pelo menos em partes no controle dos indivíduos sendo aqueles fatores que não se pode controlar desconsiderados (BUSS, 2002; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Tais conceituações são consideradas “fatores particulares” para o adoecimento e foram discutidos no Relatório Lalonde, onde o mesmo propôs a ampliação do campo da saúde pública para se trabalhar com as medidas preventivas e programas educativos, visando melhorar as doenças crônicas-degenerativas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Mesmo com a grande repercussão do relatório vista até hoje, diversas críticas são feitas a essa concepção, sendo a prescrição comportamento individual duramente contestada inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que

afirma que seria um tipo de abordagem contrário aos princípios da promoção de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1984).

Talvez, por essa supervalorização dos fatores individuais, ainda se tenha dificuldade em se desvincular a avaliação de promoção da saúde da de prevenção de doença e da educação para saúde (CARVALHO, 2014).

Entretanto, diante do contexto de precarização do SUS e do desmonte dos modelos de atenção mais voltados para as necessidades de saúde da população, percebe-se cada vez mais a necessidade do fortalecimento de intervenções voltadas a abordagem da promoção da saúde que defenda as mudanças e se empenha contra as desigualdades sociais (CARVALHO, 2014).

Ligada intimamente as questões de vigilância à saúde, esta abordagem da promoção acredita na concepção de promoção bem mais além do que a ausência de doença, atuando realmente sobre os determinantes sociais. Que seriam as condições de moradia, educação, saneamento básico, renda, trabalho, alimentação, lazer e outros (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Esta abordagem está mais voltada para o que prega a promoção moderna, abordagem que servirá de base para este estudo e que liga o conceito de promoção a determinação voltada para o fator social. Preocupa-se com os problemas socioambientais, valorizando e incentivando políticas públicas que vise à transformação social.

Neste contexto, o controle social e a autonomia dos sujeitos são meios de fazer com que se criem estratégias de aprimorar as políticas públicas inclusivas para se obter mudanças sociais (LOPES *et al.*, 2013). Portanto, a efetivação da autonomia do sujeito é crucial para o sucesso desse processo.

Pode-se perceber a partir das relações formadas entre o setor saúde e os outros setores que as intervenções de promoção transcendem o campo da saúde, podendo estar intimamente ligadas a questões sociais. Pensar na perspectiva de uma melhor qualidade de vida requer muito mais do que uma sociedade sem doença, deve-se pensar no contexto de vulnerabilidade em que muitos estão inseridos, possuindo demandas sociais que não podem ser medicalizadas (CARVALHO *et al.*, 2014).

A partir do que já foi exposto já se consegue perceber alguns pontos chaves do debate da promoção tanto no Brasil quanto internacionalmente. Os objetivos centrais são a autonomia dos sujeitos e a intersectorialidade (TANAKA, 2014). Essa

visão se fortaleceu graças à ampliação do conceito de saúde, a partir dos ganhos com a Reforma Sanitária e a posterior criação do SUS, que pode ser considerado uma das grandes conquistas sociais da população brasileira (CARVALHO *et al.*, 2014).

4.2 Avaliação orientada por Teoria

O conceito de avaliação surgiu após a segunda guerra mundial, a partir do entendimento dos programas públicos. O estado, através dos economistas, passou a ter necessidade de se obter um maior controle dos gastos, avaliando as vantagens e desvantagens de um determinado programa (foram os pioneiros da avaliação).

A avaliação possui uma ampla variedade de conceitos; seus modelos, tipos e abordagens metodológicas vão depender da linha ideológica do autor utilizado (FONSECA *et al.*, 2016).

Para alguns autores, a avaliação seria basicamente o ato de instituir um julgamento de valor sobre determinada situação, essa situação por sua vez pode ser definida como sendo uma intervenção.

Entretanto, com o objetivo de ampliar o olhar sobre esse conceito da avaliação, Silva (2005) institui a avaliação enquanto campo, incluindo dessa forma as práticas sociais como sendo essencial a avaliação. Essa necessidade de compreensão dos comportamentos dos atores ganha destaque ao longo do tempo, pois se percebe que as interações desses atores influenciam no processo avaliativo de uma determinada instituição.

Tais atores se tornam mediadores de diversos processos avaliativos, sendo pertinente à identificação do contexto de inserção daquele problema, a fim de decifrar os conflitos presentes, analisando com delicadeza a conjuntura histórica em questão e dando um bom resultado avaliativo (DESLANDES, 1997).

Os diversos processos avaliativos sofrem influências tanto internamente (relações interpessoais) quanto externas (interesses técnicos, econômicos e éticos), sendo uma ferramenta para mudança (SILVA *et al.*, 2017). Porém, deve-se ter cuidado para a avaliação não se resumir a um mero instrumento persuasivo, que induz a essas mudanças desejadas (CHAVES, 2014).

Deve-se pensar no processo avaliativo como uma possibilidade de entender os diversos posicionamentos dos sujeitos sociais, governos e das instituições que estarão envolvidas no ato avaliativo (CHAVES, 2014).

Hoje, a avaliação no âmbito da política pública se tornou algo institucional, sendo obrigatória a compreensão de como está se dando o desempenho dos governos. Para além dessa compreensão, o processo avaliativo analisa aspectos como relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos e até a sustentabilidade de ações e programas que fazem parte do governo. Entretanto, a avaliação a cada dia que passa deve ser utilizada não apenas como acompanhamento da gestão; e sim como um forte instrumento para fortalecimento do controle social (CHAVES, 2014).

Ao longo da história é possível identificar 4^o gerações da avaliação, alguns autores já citam a existência da 5^o geração (que foca na qualidade) (GUBA; LINCOLN, 1989; MUÑOZ, 2007;). Alguns fatores que influenciam e caracterizam essas gerações é a posição do avaliador e o envolvimento ou não dos atores na construção dos processos avaliativos (DA CRUZ, 2015).

O modelo teórico deste estudo se enquadra na 4^o geração, utilizando como abordagem avaliativa a avaliação orientada por teoria. Essa geração teve início na década de 80 até os dias atuais, pode ser chamada de negociação. Surgiu com o objetivo de superar o grande peso científico das demais gerações, focando em uma abordagem construtivista, voltada para o social e a participação dos diversos atores interessados com o processo (DUBOIS *et al.*, 2011).

O uso de teorias sociais para avaliar programas tende a focar nas transformações e interações com o contexto. A complexidade destes programas não deve ser avaliada a partir de uma cadeia causal, devido a interações que os programas comunitários possuem com diversos atores, entidades e setores (BILODEAU *et al.*, 2013).

Desde a década de 1980, as avaliações orientadas por teoria vêm crescendo e se consolidando no campo da avaliação (BROUSSELE; BUREGEYA, 2018; CORYN *et.al.*, 2011). Pode-se perceber que este tipo de avaliação surgiu em resposta às formas de avaliações tradicionais, que não conseguiam explicar todas as nuances trazidas pelos programas mais complexos, como por exemplo: interações com o contexto, interações entre os atores e a compreensão do próprio programa (BROUSSELLE; BUREGEYA, 2018).

Esse tipo de avaliação faz parte da 4ª geração deste ramo, podendo ser chamada de avaliação orientada, baseada ou ancorada em teoria (BROUSSELE; BUREGEYA, 2018; CORYN *et.al.*, 2011; DONALDSON, 2007; ROGERS, 2007), todas elas visam reforçar o uso de uma teoria na explanação de uma avaliação (WEISS, 1997). Utilizaremos a expressão avaliação orientada por teoria ao longo deste estudo.

Portanto, a avaliação orientada por teoria é um conjunto de métodos avaliativos para entender como um programa funciona e em seguida avaliá-lo, a partir do uso de teorias para concepção, condução, interpretação e aplicação de uma avaliação (CORYN *et al.*, 2011; FUNNELL; ROGER, 2011). Não se enquadra nesta conceituação estudos avaliativos que explicam a teoria por trás do programa e não a usam para avaliar o mesmo (ROGER *et al.*, 2000).

A avaliação orientada por teoria pode surgir com várias abordagens: avaliação da teoria do programa, teoria de intervenção, teoria da mudança, teoria de ação, modelo lógico, estruturas lógicas, hierarquias de resultados, avaliação realista ou realística (CORYN *et al.*, 2011).

A partir da necessidade observada pelo avaliador deve-se escolher a melhor abordagem, pois cada uma traz particularidades distintas, sendo o que as torna similares é o uso das ciências sociais e conseqüentemente de uma teoria para a condução do estudo avaliativo (CORYN *et al.*, 2011; FUNNELL; ROGER, 2011). Apesar de possuírem diferenças teóricas, existe a possibilidade de utilizar mais de uma abordagem no processo avaliativo (BLAMEY; MACKENZIE, 2007; MARCHAL *et al.*, 2012;).

Na literatura, a teoria do programa, teoria de intervenção e teoria da mudança não possuem conceitos, limites e diferenças claras (FUNNELL; ROGERS, 2011; WEISS, 1997). Como Weiss (1997) sugeriu “para manter a terminologia simples”, aqui usaremos o termo teoria do programa para representar todos os caminhos causais, incluindo mecanismos e influências.

As avaliações orientadas por teoria baseiam-se amplamente na abordagem da teoria do programa, sendo esta considerada um eixo teórico deste tipo de avaliação. Portanto, trataremos nesta pesquisa apenas essa abordagem, pois suas características conceituais e metodológicas melhor se encaixam com a teoria escolhida como base para avaliação do estudo.

Para Chen (1990), teoria é um quadro de referência que ajuda os humanos a entender seu mundo e a funcionar nele. Programa seria o conjunto de atividade que possui como objetivo alcançar determinados resultados específicos (CORYN *et al.*, 2011). Já a teoria do programa seria a especificação dos passos que levam a determinados objetivos, metas ou resultados (CHEN, 1990). Seriam basicamente os mecanismos causais de um programa e não apenas se este é efetivo ou eficaz (ROGERS, 2000).

Pode-se a partir da compreensão do programa criar novas políticas, novas estratégias, aperfeiçoar e mudar os programas a fim de obter melhoras em seu desenvolvimento podendo levar a replicação do mesmo (ROGERS, 2000).

Com isso no tópico subsequente teremos mais detalhes do tipo de teoria que será usada na avaliação do programa, trazendo os principais conceitos e abordagens metodológicas utilizados.

4.3 Teoria Ator- Rede e o Cartão de Evento Crítico: apreensões iniciais

A Actor-Network Theory (ANT), traduzida aqui por Teoria Ator-Rede (TAR) ou Teoria da Tradução, desenvolvida inicialmente no campo da sociologia por Bruno Latour, Michel Callon e John Law, foi adaptada ao setor saúde para se estudar as intervenções complexas na saúde pública (POTVIN; BILODEAU, 2016; HAWE, 2015). Traremos neste capítulo de forma sintética os seus conceitos mais pertinentes, alguns dos seus princípios metodológicos e a reprodução de ferramentas a partir de seus conceitos e princípios.

Pode ser utilizada como abordagem teórica e metodológica, se encaixando a este objeto de estudo a partir do momento que possibilita a compreensão das ações de Promoção da Saúde formando uma rede, que para Teoria denomina-se de Rede Sóciotécnica (POTVIN; CLAVIER, 2012).

Alguns princípios metodológicos são a base para compreensão desta Teoria enquanto ferramenta de estudo no campo da avaliação. Um destes princípios foi o da associação livre, onde para Latour existem dois tipos de sociologia: sociologia do social e a sociologia das associações (LATOURE, 2006).

A sociologia do social não traz conceito novo sobre a composição do tecido social (grupos, campo, classes), tudo remete aos atores sociais que já se conhece. Por outro lado, a sociologia das associações reconhece que este enrijecimento com

relação ao conceito de “ator social” é uma perda de oportunidade de se compreender as conexões formadas pelos diversos elementos, que são considerados “atores não sociais”, dentro de uma intervenção (LATOURE, 2006).

Portanto, para Teoria Ator-Rede, os atores que compõem as intervenções não são apenas “atores sociais”, diferente do que prega outras teorias da sociologia. Para Latour, tudo que tem ação, que deixa rastro, que produz algum efeito no mundo e é modificado pode ser considerado como ator. Os não-humanos (coisas, objetos, máquinas, instituições) são os novos atores que esta Teoria traz para discussão no campo da saúde (FREIRE, 2006).

Outro princípio que se deve compreender é o da simetria generalizada, que vem reforçar o princípio da associação livre. A simetria generalizada foi criada por Latour e Woolgar (1997), onde se entende que sociedade e natureza possuem a mesma importância diante do universo, “não há de antemão o mundo das coisas em si de um lado e o mundo dos homens entre si de outro, pois natureza e sociedade são ambos feitos de redes heterogêneas” (FREIRE, 2006:49). Tal afirmação reforça a importância da relação dos atores/ não humanos/ atuantes/ actante (LATOURE, 2006).

Latour (2001, p.346), detalha abaixo o uso do conceito de “actante” para esses atores não-humanos:

O grande interesse dos estudos científicos consiste no fato de proporcionarem, por meio do exame da prática laboratorial, inúmeros casos de surgimento de atores. Ao invés de começar com entidades que já compõem o mundo, os estudos científicos enfatizam a natureza complexa e controversa do que seja, para um ator, chegar à existência. O segredo é definir o ator com base naquilo que ele faz – seus desempenhos – no quadro dos testes de laboratório. Mais tarde, sua competência é deduzida e integrada a uma instituição. Uma vez que, em inglês, a palavra “actor” (ator) se limita a humanos, utilizamos muitas vezes “actant” (actante), termo tomado à semiótica para incluir não-humanos na definição.

O mundo das coisas e o mundo dos humanos se conectam em rede. Os humanos criam os objetos, influenciando na sua existência, porém pode-se dizer que os objetos são completamente influenciadores do ser humano, interferindo diariamente na forma de ser e estar do homem na sociedade (LATOURE, 2006). Se formos mais a fundo poderíamos dizer que esta relação entre homem e objeto é de uma simbiose extrema, podendo dar vida a um novo elemento que chamamos de híbrido (MELO, 2010).

A partir da relação destes atores se tem a possibilidade de acompanhar o desenvolvimento das redes e sua expansão em qualquer intervenção. Estas redes são bem mais complexas do que a ideia de rede cibernética, já que nesta última as informações que são passadas não podem ser modificadas (FREIRE, 2006).

A noção de rede que a teoria prega está intimamente ligada ao de Tradução, conceito tão importante que a teoria ficou conhecida como Teoria da Tradução. Traduzir seria deslocar elementos, interesses, seres humanos, sempre reforçando a importância de cada elemento na rede e mapeando os seus rastros. Já a noção de rede para teoria seria estas conexões formadas pelos elementos a partir de alianças (FREIRE, 2006)

Essas redes criadas entre os humanos e não humanos não precisam ser formadas necessariamente pelos mesmos elementos; entretanto, se consegue descrever da mesma maneira a rede das coisas e a rede dos humanos, mostrando com isso a importância de ambos os elementos para uma intervenção (FREIRE, 2006).

O fato dos atores dentro da rede possuir em sua maioria interesses e interações diversas mostra que essas alianças podem ser contestadas a qualquer momento pelos seus participantes. As redes não são permanentes, ao longo de sua existência um ator, em detrimento de seu poder dentro da intervenção, pode formar e desfazer uma rede diversas vezes, mostrando que existem mediadores¹ e fatores estratégicos² que auxiliam na estabilidade desta (OLIVEIRA, 2014).

Realmente o que torna uma rede estável nada mais é do que os elementos que a formam. Quanto mais se identifica e fortalece as conexões entre esses membros, maior será o nível de organização desta rede e maior será a chance da formação de caixas-pretas (AUBRY; POTVIN, 2012).

As caixas-pretas surgem a partir das interações dos atores em rede, existem conexões que são tão fortes que elas desaparecem; A rede aparentemente estável não precisa ser problematizada. Definir suas entradas é o suficiente para definir as suas saídas, acha-se desnecessário “abrir a caixa-preta”. Exemplo: Quando você

¹ Um mediador é sempre capaz de mobilizar, modificar, potencializar ações dentro de um universo, de uma rede constituída de uma heterogeneidade de mediadores (MALLMANN, 2010).

² Fatores estratégicos (elementos facilitadores e dificultados) que movem a intervenção para frente ou ajudam na sua ruptura (OLIVEIRA, 2017).

liga um carro, você sabe o que vai acontecer, não é necessário saber como isto acontece. Assim mesmo são as intervenções estáveis (LATOURE, 2006).

As heterogeneidades dos atores geram as instabilidades, os conflitos e as possíveis rupturas na rede, diferente do que se viu com as caixas-pretas (AUBRY; POTVIN, 2012). Essas instabilizações na rede podem ser consideradas como controvérsias, que fazem parte das disputas de poder (CALLON, 2006). As controvérsias elas podem estar presentes em intervenções inovadoras, onde fica mais fácil identificar esses episódios de desestabilizações (OLIVEIRA, 2017).

Essas controvérsias nem sempre estão sozinhas, podendo vir acompanhada por eventos críticos. Estes últimos fazem das desestabilizações uma nova configuração da intervenção. Esses eventos podem ser mapeados ao longo do tempo, podendo ser o causador da mudança na intervenção (OLIVEIRA, 2017).

Foi visto que a rede sociotécnica é formada de mediadores e fatores estratégicos, os eventos críticos e controvérsias podem vir carregados por esses elementos, que estabilizam a intervenção quando esta se encontra diante de controvérsias (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Todos os eventos-críticos são precedidos por controvérsias, pois não existe reconfiguração de uma intervenção sem antes uma desestabilização da mesma. Entretanto, o contrário não precisa ocorrer (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Muitos estudos avaliativos de intervenções transformaram esses elementos em unidades de análises e utilizam o Cartão de Evento-Crítico (CEC) como ferramenta analítica facilitadora na captura dos Eventos críticos em uma intervenção (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Tal ferramenta já passou por prova conceitual em outros estudos, onde mostrou resultados positivos a partir do seu uso, dentre estes está uma melhor sistematização e compreensão do que viria ser os eventos críticos em uma intervenção (FIGUEIRO *et al.*, 2016).

A ferramenta é formada por onze categorias analíticas que fazem parte do CEC, onde tende a descrever detalhadamente baseado na TAR os eventos identificados (FIGUEIRO *et al.*, 2016). Abaixo se encontra o Quadro 1, onde descreve as categorias do CEC e a sua descrição respectivamente.

Quadro 1- O Cartão de Evento Crítico (CEC)

Título do Evento Crítico	Descrição do evento crítico é fornecida na primeira linha em cada um dos eventos críticos
Síntese dos eventos críticos	
Descritores	Resumo com base no cartão de eventos críticos de cada descritor.
Actantes	Pretende identificar o que está em jogo para atores específicos no evento e / ou sua perspectiva particular sobre o evento.
Interações	Indica como diferentes grupos e organizações trabalharam juntos e fizeram mudanças.
Mediações	Entendido como um processo, a transformação de uma situação, que leva à redefinição do problema e às relações entre os agentes do sistema.
Ações	Identifica práticas, atividades, processos de trabalho realizados pelos atores no surgimento, implementação e estabilização de um evento.
Inscrições	Todos os tipos de transformação que materializam uma entidade em um sinal, arquivo, documento, pedaço de papel, traço.
Consequências	Resultados dos eventos críticos, o que foi produzido após a controvérsia, o que poderia ser a reestabilização ou a ruptura da intervenção.

Fonte: Oliveira (2017)

Para compreender as intervenções em promoção da saúde está cada vez mais imprescindível teoria que traga a complexidade deste campo, trazendo a figura do pesquisador em uma posição que não expresse juízo de valor sobre as ações desenvolvidas pelos integrantes da intervenção.

A Teoria Ator-Rede possibilita ao pesquisador essa didática, partindo da observação das relações desenvolvidas dentro da intervenção, descobrindo suas fragilidades, fortalezas e os importantes eventos que causem as mudanças.

Deste modo, iremos utilizar O CEC para identificar os eventos críticos que surgiram ao longo do desenvolvimento das ações de promoção da saúde a partir da mudança do modelo de atenção básica tradicional para a ESF em uma unidade de saúde de um município baiano.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Iremos abordar neste tópico os passos utilizados para o desenvolvimento do estudo.

5.1 Tipo do Estudo

Pesquisa avaliativa, de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, baseada na Teoria do Ator-Rede (TAR). O estudo da avaliação das ações de promoção da saúde contempla aspectos de uma pesquisa qualitativa a partir do momento que se faz uma investigação do social, sendo, portanto, a subjetividade uma forma de construção do conhecimento. Em um estudo desse tipo não se pode deixar de analisar os valores dos atores envolvidos, suas histórias e experiências de vida. Sendo (MINAYO, 1993; SCHRAIBER, 1995).

A Teoria do Ator-Rede foi usada como referencial teórico e metodológico sendo realizado a partir dela a definição das categorias, descrição e análise dos eventos críticos que surgiram com a implementação das ações de Promoção da Saúde (OLIVEIRA, 2014).

5.2 Período do Estudo

O período para realização do estudo foi o ano de 1992 quando se implantou o Programa de Agentes Comunitários (PACS) na Unidade Básica de Nova Aliança até 2017, após a mudança de modelo assistencial com a chegada da residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade e consequente implantação da Estratégia Saúde da Família.

5.3 Área do Estudo

O estudo aconteceu na Unidade Saúde da Família de Nova Aliança, marcada pelos conflitos e controvérsias dentro do processo de trabalho após a transição de modelo assistencial (Unidade Básica Tradicional para Estratégia Saúde da Família).

A Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança fica situada no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador. O município localiza-se a uma distância de 45 km da capital estadual, possui área de extensão territorial de 784.658km²,

sendo a quarta cidade mais populosa da Bahia e tendo uma população estimada em 242.970 habitantes (IBGE, 2010).

A rede assistencial básica do município é formada por 41 unidades básicas, distribuídas em 08 regiões de saúde, entre as quais 05 regiões estão situadas na sede e 03 na orla marítima. Destas 41 unidades de saúde, 34 possuem estratégia saúde da família implantada, onde funcionam 57 equipes de saúde da família (BRASIL, 2018).

A unidade de saúde de Nova Aliança está localizada na região 04, única região com 100% de cobertura da ESF, 100% de cobertura de NASF e melhor cobertura de agentes comunitários de saúde (81,40%) do município. Abaixo na tabela 1, encontra-se a caracterização da Atenção Básica em Camaçari no ano de 2018 por regiões de saúde (BRASIL, 2018).

Tabela 1- Caracterização da Atenção Básica em Camaçari-BA, 2018

Região	População	US	US com ESF	Cobertura ESF (%)	ACS	Cobertura ACS (%)	NASF
1	61.180	5	4	85,53	34	36,00	1
2	43.265	4	3	34,68	42	61,70	
3	35.950	5	4	49,29	35	70,00	
4	42.094	5	5	100,00	57	81,40	2
5	34.792	5	4	78,00	56	62,00	
6	42.979	6	5	50,20	31	46,30	
7	24.225	5	4	54,50	10	27,00	
8	46.339	6	5	78,00	61	74,00	

Fonte: BRASIL (2018)

A região 04 possui uma população estimada de 42.094 habitantes e 15 equipes de saúde da família, sendo 04 equipes vinculadas a unidade de Nova Aliança e responsáveis por prestar atendimento à população que pertencem aos bairros: Gleba C, Acajutiba, PHOC I e II.

A parceria do município de Camaçari com a Fundação Estatal em Saúde (FESF) deu início em 2015, agregando os residentes de medicina de família e comunidade e multiprofissional a todas as equipes da região 04, especificidade

apenas dessa região. Todo o corpo de profissionais de nível superior passou a ser formado por residentes, juntamente com o seu corpo pedagógico, mais os funcionários de nível médio, fundamental e técnico do quadro do municipal.

As quatro equipes de Nova Aliança são formadas por: médicos, enfermeiros e dentistas que são distribuídos entre residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo ano (R2). No NASF temos: fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e apoio institucionais (API), também distribuídos entre R1 e R2. Incluindo a esse grupo temos: preceptor de enfermagem, medicina, odontologia e NASF, que trabalham 40h semanais diretamente com os residentes. OS ACS, técnicos de enfermagem, gerente da unidade, serviços gerais, administrativo compõe o quadro de funcionários do município que se dividem entre contratos, cargos comissionados e concursados.

A USF de Nova Aliança funciona com a mesma infraestrutura desde a sua inauguração como UBS Tradicional: 08 consultórios, 03 salas de procedimentos (vacina, curativo e triagem), 02 almoxarifados, 01 farmácia, 01 sala de gerência, 02 banheiros unissex (01 para funcionários e 01 para paciente), 01 copa, 01 sala em anexo à unidade (auditório), o SAME e a recepção, tendo dito apenas alguns reparos durante esses anos.

Em 1992, deu início ao Programa de Agentes comunitários (PACS) em Nova Aliança, sendo o ponto de apoio dos ACS junto com a enfermeira do PACS a Unidade Básica Tradicional. Junto ao PACS na unidade tínhamos alguns especialistas médicos (ginecologista, obstetra, pediatra, geriatra e clínico geral) e outras categorias profissionais (assistente social, dentistas, fisioterapeuta e enfermeiras da UBS). Portanto, após quase 21 anos da implantação das primeiras equipes de saúde da família no Brasil, ocorreu a troca de modelo assistencial em Nova Aliança.

5.4 População de Referência

A escolha dos informantes-chaves contou com a ajuda dos ACS que estão na unidade desde 1992. Foram escolhidos 08 informantes-chave selecionados intencionalmente, porém apenas 07 participaram da pesquisa. O objetivo da escolha foi selecionar os profissionais das mais diversas áreas, grau de instrução e vivências. A diversidade dos entrevistados facilitou na identificação das visões sobre os acontecimentos que marcaram a unidade de Nova Aliança.

Além dos profissionais que prestam serviços aos usuários, incluindo os da gestão, os usuários foram representados por um líder comunitário ativo no contexto de vida do bairro e da comunidade há mais de 30 anos.

Portanto, foram contemplados na pesquisa: 01 líder comunitário (representando os usuários), 01 profissão da gestão (coordenador da atenção básica), 01 residente (médico), 02 preceptores da residência (medicina e enfermagem), 01 servidor do município (técnico de enfermagem) e 01 profissional da época da UBS (enfermeira). Abaixo encontram-se os critérios de inclusão e exclusão dos entrevistados.

Os critérios de inclusão foram:

- a) Ser morador em um dos bairros de adscrição da unidade;
- b) Frequentar ativamente as reuniões da associação de moradores dos bairros de Nova Aliança;
- c) Frequentar a unidade de saúde de Nova Aliança;
- d) Ter compartilhado de forma direta ou indireta do processo de trabalho da equipe de Nova Aliança;
- e) Possuir ou ter possuído vínculo de trabalho com a unidade de Nova Aliança entre o período de 1992 a 2017;
- f) Ter respondido o termo de consentimento livre e esclarecido;
- g) Ter idade acima de 18 anos.

Os Critérios de exclusão foram:

- a) Ser usuário assistido por outra unidade de saúde, e/ou residir em área fora da cobertura da unidade de Nova Aliança, e/ou não frequentar a associação de moradores.
- b) Não ter respondido o termo de consentimento livre e esclarecido;
- c) Profissionais de férias.

5.5 Fontes e Instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em oficina e entrevista com informantes-chave.

No primeiro momento foi realizada oficina, no dia 22 de maio de 2018, com as três ACS mais antigas de Nova Aliança, na sala de reunião da unidade. A oficina teve duração de 2 horas. Esse encontro foi mediado durante todo momento pela pesquisadora e teve como base para discussão a questão: **“Quais acontecimentos marcaram a história desta unidade de saúde?”**.

O objetivo da oficina foi construir coletivamente, através das memórias das profissionais, uma linha do tempo (figura 1) com os acontecimentos ligados a promoção da saúde, em Nova Aliança, de 1992 até 2017, e posterior identificação de quais desses acontecimentos eram considerados eventos-críticos.

É relevante frisar que esta linha do tempo inicial serviu de base para escolha dos informantes-chave e facilitou a identificação de quais ações de promoção eram eventos-críticos. Foram considerados eventos-críticos apenas os acontecimentos que geraram mudanças e trouxeram consequências à intervenção.

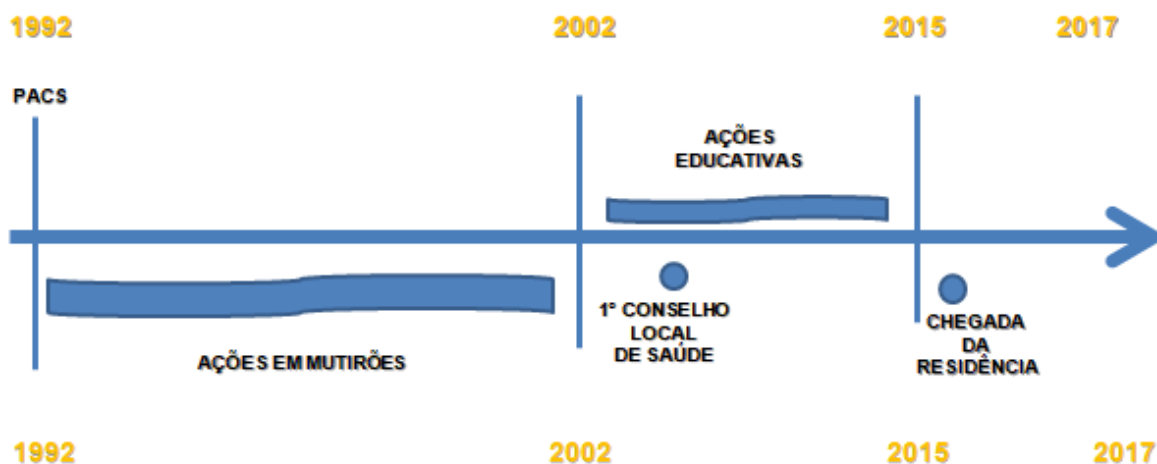
A partir das entrevistas transcritas foram capturadas as falas que mais se enquadravam nas categorias de evento-crítico. O cartão de evento-crítico (apêndice B), possui as categorias da A Teoria Ator-Rede (TAR), utilizada no referencial teórico e metodológico desta pesquisa e ofertou as bases para a captura dos dados, disponibilizando as categorias e definições operacionais a partir de seus conceitos. Após a identificação de todas as categorias, o CEC foi preenchido, permitindo assim, melhor identificar os eventos-críticos.

Após a construção da linha do tempo inicial, foram realizadas sete entrevistas com os informantes-chave, entre estes, representantes da gestão, usuários e profissionais de saúde que vivenciaram Nova Aliança no modelo tradicional e após a implantação da ESF.

As entrevistas foram guiadas a partir de um roteiro semiestruturado (apêndice A), onde os entrevistados respondiam as questões expostas no roteiro e no término da última pergunta o pesquisador apresentava a linha do tempo inicial com as ações de promoção da saúde construída em oficina pelos ACS. Os entrevistados puderam contestar ou acrescentar novas ações. Houve alguns acréscimos ao longo das

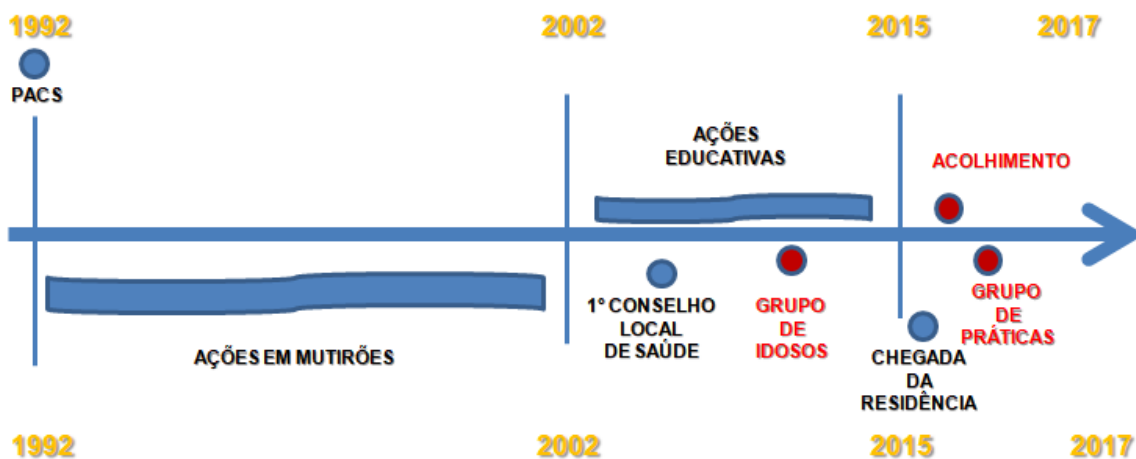
entrevistas com todos os informantes. Abaixo na figura 2 encontra-se a linha do tempo após as entrevistas com todos os informantes.

Figura 1: Linha do Tempo inicial com acontecimentos ligados a promoção da saúde em Nova Aliança de 1992 até 2017 após oficina com ACS.



Fonte: Autora (2018)

Figura 2: Linha do Tempo com acontecimentos ligados a promoção da saúde em Nova Aliança de 1992 até 2017 após entrevista com os informantes-chave.



Fonte: Autora (2018)

É relevante trazer que a relação destes acontecimentos com a promoção da saúde partiu da concepção dos entrevistados do que viria a ser esse conceito.

Todavia, o fato de tais acontecimentos estarem ligados a promoção não define os mesmos como sendo evento-crítico. Ou seja, mesmo estando alguns desses acontecimentos presentes entre as categorias que define o evento-crítico, os mesmos não se tornou um necessariamente.

No plano de análise a seguir foi feito um estudo destes acontecimentos, definindo quais eram eventos-críticos e criando uma nova linha do tempo que se apresenta nos resultados da pesquisa.

5.6 Plano de análise

Os dados obtidos durante a oficina e as entrevistas abertas semi-estruturadas foram lidos, transcritos na íntegra e analisados seguindo os preceitos da análise de conteúdo. Este tipo de análise tem sido utilizado nos últimos anos, sendo a ampliação de suas abordagens um meio para auxiliar os diversos estudos (HSIEH; SHANNON, 2005).

Entre as ampliações dessas abordagens podemos destacar a análise de conteúdo direcionada, que a partir de uma teoria prévia fornece o esquema de codificação inicial ou as relações entre os códigos, podendo validar ou ampliar o conhecimento a cerca de uma teoria (MAYRING, 2000).

Usando, conforme dito, a TAR os pesquisadores encontram as categorias iniciais de codificação, juntamente com suas definições operacionais (POTTER; LEVINE; DONNERSTEIN, 1999).

Portanto, a análise foi iniciada com a leitura por diversas vezes das entrevistas, buscando identificar os acontecimentos que se enquadravam como sendo evento-crítico. As bases para identificação desses acontecimentos foram às linhas do tempo construídas em oficina e entrevistas e validadas pelos próprios entrevistados e por meio da utilização do CEC que possuía as categorias da TAR.

Foi se extraído das falas dos entrevistados os diversos códigos pré-estabelecidos a partir da TAR: **atores/actantes, interesses, interações, mediação técnica, ações, inscrições, lugar, tempo e consequências**. Encontra-se no quadro 02 todas as categorias analíticas que foram utilizadas, juntamente com as suas operacionalizações.

Quadro 2-Definições das categorias analíticas da TAR e suas operacionalizações.

Categorias	Definição	Operacionalização da categoria
Atores/actantes	Entidades humanas e não humanas dotados de autonomia e capacidade de construir estratégias relacionadas com a situação em que se encontram e em relação aos seus interesses.	Trata-se de um ente que se constitui na ação. Não pode ser previamente definido, pois eles serão diferentes em cada intervenção. Importante identificar os “atuantes em ação”.
Interesse	Expressam os princípios subjacentes ao comportamento de atores, cujas estratégias dependem de seus próprios interesses e recursos, bem como as estratégias e táticas adotadas por outros atores no contexto.	Aquilo que está em jogo entre os atores e seus objetivos. Quando o ator procura maximizar ganhos e minimizar as perdas, ao custo de conflitos, negociação, cooptação, integração, etc.
Interações	As interações são as relações estabelecidas entre os atores que trabalham na emergência e estabilização da rede.	As associações produzidas pelos atores na rede possibilitam um emaranhado de conexões que podem ser visualizadas em alguns momentos na intervenção, quando uma entidade se aproxima de outra e forma um pequeno vínculo.
Mediação	A mediação é entendida como um processo, e não apenas a circulação de informação ou recursos.	Implica em uma transformação de uma situação, modificando o significado alterando as relações.
Ações	São as práticas, atividades e processos dos atores na emergência, implementação e estabilização de um evento crítico.	Práticas realizadas pelos atores que impactaram nas intervenções.

Quadro 2 Definições das categorias analíticas da TAR e suas operacional

(Continua)

Categorias	Definição	Operacionalização da categoria
Inscrições	Trata-se de "todos os tipos de transformação que dão uma forma material a intervenção".	Sinais, arquivos, documentos, pedaço de papel, traços. Pode-se entender como as pistas deixadas na trajetória da intervenção.
Lugar	São os locais onde os eventos são produzidos. Eles podem ser os espaços dentro de uma organização, onde as decisões são tomadas, lugares onde os profissionais trabalham ou os espaços de participação social, ocupados por organizações sociais ou comunitárias envolvidas no evento.	Localização onde se passa o evento, podendo ser espaços organizacionais ou delimitações geográficas.
Temporalidade	É o tempo transcorrido desde o aparecimento do evento, até sua estabilização. O tempo de um evento permite a constituição de um cronograma que tem o potencial para mostrar relações causais entre eventos.	Pode ser representado por um ponto em uma linha cronológica ou por um período.
Consequências	São os resultados dos eventos críticos, aquilo que se produziu após a controvérsia, podendo ser a reestabilização ou a ruptura da intervenção. As consequências expressam as mudanças na intervenção.	Identificação dos fatos ou processos que resultaram na ruptura ou consolidação da intervenção. É nas consequências que se observa o resultado dos fatores estratégicos.

Fonte: Oliveira (2014)

As falas identificadas eram ligadas aos seus códigos correspondentes e colocadas no CEC (apêndice B) Só poderia ser considerado como sendo evento-crítico se preenchesse todas as categorias do cartão, se tivesse causado alguma mudança na intervenção e viesse precedido por controvérsias (FIGUEIRÓ *et al.*,

2016). Todos esses fatores estavam relacionados aos preceitos estabelecidos pela TAR.

A partir da identificação dos eventos-críticos e da compreensão do contexto desses acontecimentos foi possível criar uma linha do tempo apenas com os eventos críticos ligados a promoção da saúde que se encontra nos resultados deste estudo.

Por fim, foi construída como projeto de intervenção (apêndice C) uma agenda com as equipes de saúde de Nova Aliança para aprimorar as ações de Promoção da saúde desenvolvidas em Nova Aliança.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado seguindo os preceitos éticos definidos na Resolução 466/2012 e 510/2016, o mesmo faz parte de um estudo maior intitulado Avaliação de Intervenções Primária em Saúde no Estado de Pernambuco, onde foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães (CEP/IAM), sendo aprovado em 26/04/2018, CAAE 73416217.3.0000.5190.

Os sujeitos do estudo foram convidados a participar da pesquisa, onde foi realizada a apresentação dos objetivos, riscos e benefícios do estudo, tendo todos assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por livre e espontânea vontade.

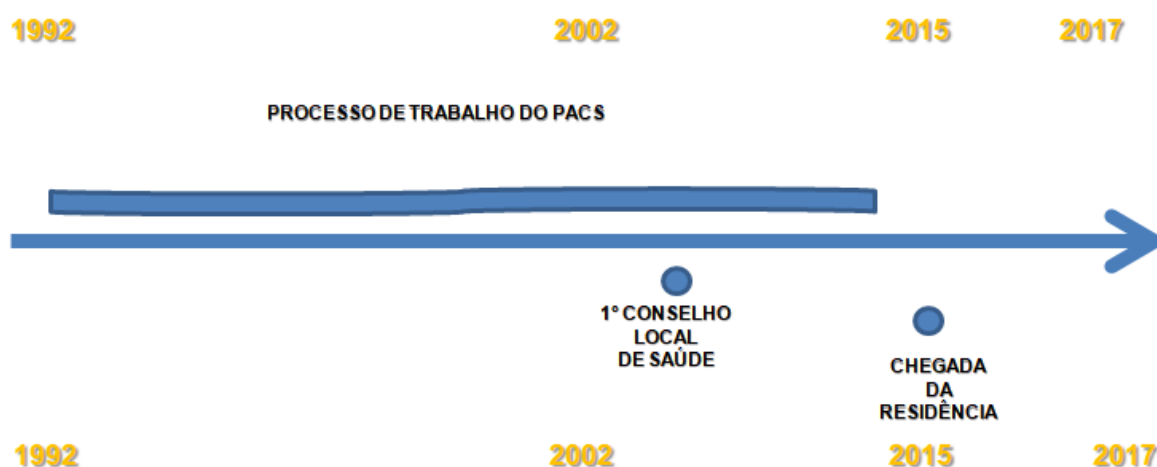
O principal risco para os participantes (profissionais e usuários) é o constrangimento em responder possíveis perguntas cujas respostas venham a público. Para isso se torna pertinente o esclarecimento sobre a livre escolha em parar a entrevista quando desejarem e sobre o anonimato de todos os participantes serão utilizados nome de flores e números, tanto na oficina quanto nas entrevistas. Entretanto, um dos benefícios da pesquisa será contribuir para a efetivação do campo da promoção da saúde, ampliando com isso a compreensão pelos profissionais do que viria a ser as ações neste campo de atuação, melhorando possivelmente a assistência prestada a população e aumentando a qualidade de vida destas pessoas.

7 RESULTADOS

Este estudo identificou 03 eventos-críticos que marcaram a evolução da ESF de Nova Aliança de 1992 até 2017. Todos os eventos estão ligados a promoção da saúde, influenciando diretamente nas ações neste campo. Na descrição dos resultados será apresentada a análise dos eventos-críticos através de tópicos, detalhando as ações de promoção da saúde realizadas em cada um deles.

Os eventos encontrados foram: 1. Processo de trabalho do PACS; 2. Implementação do 1º Conselho Local de Saúde; 3. Chegada da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade. Encontra-se na figura 3 a linha do tempo dos eventos-críticos ligados a Promoção da Saúde.

Figura 3: Linha do tempo dos Eventos críticos ligados a Promoção da Saúde de 1992 a 2017 em Nova Aliança segundo oficina com ACS e entrevista com informates-chave.



Fonte: Autora (2018)

7.1 Evento Crítico 01: Processo de trabalho do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Unidade Básica de saúde

O primeiro evento-crítico ligado a promoção da saúde surgiu a partir da parceria entre gestão municipal e Ministério da Saúde (MS), no início da década de 90. A chegada do PACS e o desenvolvimento do seu processo de trabalho pelos

profissionais foram permeados de enormes desafios advindos de um contexto de saúde extremamente precário.

E nesse surto de *cólera* foi uma coisa marcante, porque foi exatamente numa rua aqui, na Rua Santo Amaro que houve acho que uns 2 ou 3 casos, e a gente atuou profundamente nesse combate à *cólera* (**OFICINA**).

Esse contexto de desnutrição e expansão das doenças advindas da falta de saneamento básico no Brasil, fez com que o MS aumentasse os recursos federais como contrapartida para os municípios que aderissem ao programa, sendo Camaçari um dos municípios que receberam recursos.

Esse investimento inicial do MS foi algo marcante. Pode-se dizer que o MS e a gestão municipal acreditavam tanto nesse trabalho que o estruturaram, distribuíram bicicletas, guarda-chuvas, capas de chuva e balanças. A gestão municipal realizava educação permanente para os trabalhadores com o objetivo de obter resultados mais positivos, inclusive alguns relatam que os ACS das primeiras turmas sabem desenvolver mais o trabalho do que os das turmas subsequentes, tudo devido aos inúmeros treinamentos e investimentos iniciais.

A gente não pode deixar de dizer que o Ministério da Saúde, logo quando nós... nós fizemos a prova em 1991. No início, quando a gente foi logo chamada, nós tivemos muito treinamento pelo Ministério da Saúde. Nós já tivemos oficina de 20 dias ali no auditório da própria PMC pelo Ministério da Saúde, e era o dia todo (**Girassol**).

Após a sua implantação, foi visto que a organização do processo de trabalho no PACS foi basicamente voltada para o contexto de vida descrito anteriormente. O ACS em Nova Aliança surgiu a partir dessa realidade, nascendo do território, para o território, sendo uma figura potencializadora para a realização das ações de promoção da saúde, visando uma melhoria na qualidade de vida da população, e consequentemente nos seus níveis de saúde.

O trabalho desenvolvido inicialmente pelos ACS focava nas questões sanitárias do território. A ausência de saneamento básico em muitos bairros e domicílios fez com que as ações de promoção fossem voltadas para esse problema, tendo sido muitas vezes a higiene pessoal e coletiva o foco do cuidado.

Olha, uma coisa que me marcou quando eu trabalhei aqui na Primeira Travessa Luiz Gonzaga, que era uma área perigosa que era toda a céu aberto. Era uma coisa assim, a gente pisava dentro dos esgotos. E eu só

consegui, uma coisa que eu fiz foi um abaixo assinado para conseguir a pavimentação, para a qualidade de vida deles. E aí quando essa pavimentação chegou, já existia esse movimento aí, já existia esse abaixo assinado, então ela foi logo acolhida, a Luiz Gonzaga **(Rosa)**.

O planejamento e as avaliações dessas ações de promoção ficavam a cargo do enfermeiro do PACS. Estes construía previamente um roteiro para palestras educativas dentro e fora da unidade e durante as reuniões de equipe mostrava aos ACS as ações que foram planejadas para o ano. Entretanto, foi observado que o processo de execução das ações ficava por conta dos agentes de saúde, com muita pouca participação de outros atores.

Portanto, por diversas vezes foram realizadas ações intersetoriais, de forma individualizada, sem uma maior integração da equipe. Eram as feiras de saúde, os grupos de idosos, as ações no território, na unidade e nas escolas tudo isso realizado pelos ACS. Somando-se a isso temos as outras atribuições da categoria: visitas domiciliares, mapeamento do território, atualização dos hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças e os cadastros domiciliares.

A gente dava muito essas palestras à tarde, à noite e pela manhã nas escolas. Cada escola a gente fazia, eu me lembro que eu trabalhei tanto sobre o desenvolvimento da criança, e o crescimento, sobre o planejamento familiar **(Orquídia)**.

Era um desenvolvimento que haviam feito através da vila, era o serviço social, era assistente social, mais as agentes de saúde, e mais os idosos. Que faziam esse trabalho que levava os idosos para as praias, para os eventos, para as orlas, eles precisavam né, pra tido assim, uma diversão **(E6)**.

Observou-se dificuldades para desenvolver essas ações de promoção da saúde em Nova Aliança e um dos **fatores dificultadores** foi o **abandono da gestão ao PACS**, não por parte de uma gestão específica, isso foi algo que perpassou diversos governos, mesmo com o contexto de parceria do MS ao programa. O que pôde ser observado através das falas dos entrevistados foi uma grande inércia da gestão desde o princípio, dificultando a execução de um processo de trabalho de qualidade.

Por diversas vezes tiveram uma ausência de parceria para as ações, falta de insumos, dificuldade para locomoções, os baixos salários dos ACS, atrasos de pagamentos até a priorização de um nível assistencial em detrimento de outros são alguns elementos que reforçam a fragilidade das gestões com o PACS e a Atenção

Básica como um todo em Camaçari. A fala abaixo reforça o que veio a se tornar a rotina para realização das ações de promoção em Nova Aliança.

Feira de saúde, elas eram bem motivadas a fazerem as feiras de saúde, então ia e me pedia..E aí “ vou precisar disso, você consegue?” e eu disse “vou ver, você sabe, eu não vou garantir”. O que depende de mim eu garanto, mas o que depender da prefeitura eu vou solicitar, se realmente der, vocês terão, se não der vai fazer com o que tem (E5).

Outra barreira foi a **dificuldade de aceitação** da comunidade a esses profissionais. Isso foi algo marcante para alguns, inclusive isso fez muitos ACS pedirem desligamento ou trocar de áreas, principalmente os homens, estes se sentiam mais acuados para desenvolver as ações na comunidade. Alguns relatavam ser alvos de críticas por ficarem na linha de frente do cuidado, recebendo as cobranças da comunidade como consequência das dificuldades relacionadas ao processo de trabalho por uma má gestão.

Pensa-se que essa dificuldade na aceitação do programa tem como base a expansão e priorização de um nível assistencial pelas gestões de Camaçari. As expansões das Unidades de Pronto-atendimentos (UPAs) em Camaçari foi algo absurdo, tendo cada gestor necessidade de deixar sua marca. Isso reforça o modelo centrado na figura médica, superlotando os hospitais e prontoatendimentos por demandas sensíveis a atenção básica.

Por que eles não investem realmente como deveriam investir na atenção básica porque se investisse tanto na atenção básica hoje a gente não tinha tantas UPAS, não precisava de tantas UPAS (E7).

Mas ele criou várias UPAs...então aqui em Camaçari ele implantou umas três ou quatro UPAS (E4).

Portanto, para desenvolver o processo de trabalho de uma forma adequada teve-se que construir uma **rede de apoio por atores estratégicos** em suas posições de trabalho. Foram profissionais da gestão, enfermeiros do PACS, os próprios ACS deslocando suas energias a fim de gerar os resultados que o programa merecia. Por diversas vezes utilizavam recursos próprios para o andamento das ações de promoção, que sem sombra de dúvidas ou medo de errar pode-se dizer que esses profissionais foram atores-chaves para as transformações que o programa gerou àquela comunidade.

Ela fez o programa crescer e avançar, porque apesar do município não oferecer condições, mas ela criava situações onde a gente pudesse ser mais capacitadas, onde a gente pudesse... ela buscava junto ao Ministério da Saúde e trazia, e com isso a gente já aprendeu muito, com isso **(Orquídia)**.

Sabemos das mudanças ocorridas na atenção básica brasileira, inclusive na integração dos agentes comunitários a equipes de saúde da família, mudando em alguns aspectos seu processo de trabalho. Porém, devemos citar algumas consequências quase que imediatas após a implantação do PACS em Nova Aliança entre elas: a melhora nos níveis de saúde da população, a redução da mortalidade infantil e o aumento significativo da cobertura vacinal, reduzindo os quadros de doenças infectocontagiosas.

A gente não pode deixar de dizer que quando a gente começou o programa, tinha muitas crianças que não tomavam vacina gente, lembra? Ninguém tomava vacina. Aí depois, com a nossa introdução... era difícil você achar. Achava um cartão com uma vacina, o resto não, trazia a data, somente uma dose, não tinha compromisso de trazer **(Girassol)**.

Reduziu muito os casos de *sarampo*, de *paralisia infantil*, muito, muito mesmo. A gente foi muito parabenizado por isso **(Girassol)**.

Com isso, pode-se dizer que o primeiro evento-crítico chegou marcado pelo quadro de saúde da população, onde os ACS atuaram junto à comunidade com a realização de diversas ações de promoção da saúde, mesmo sem apoio e recurso da gestão. Dessa forma, mesmo com todas as dificuldades o PACS conseguiu gerar impactos positivos nas condições de saúde da população de Nova Aliança.

Quadro 3- Ficha do Evento-crítico 1

NOME DO EVENTO 1: Chegada do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS) em Nova Aliança.	
SÍNTESE DO EVENTO: O PACS chegou a Nova Aliança no ano de 1992, com a responsabilidade de mudar o cenário de saúde instalado no município.	
Categorias	Descrição/operacionalização do Evento-Crítico
ATORES/ATUANTES	Prefeitura Municipal de Camaçari, Secretaria de Saúde de Camaçari, enfermeira do PACS, agentes comunitários de Saúde do PACS, coordenação do PACS, Coordenação da Atenção Básica, especialidades médicas, população de Nova Aliança, conceito de promoção da saúde.
INTERESSES	<ol style="list-style-type: none"> 1. O Ministério da Saúde demonstrava interesse pelo PACS, disponibilizando ferramentas para melhora das ações de Promoção da Saúde; 2. O PACS chegou a Nova Aliança através do interesse da gestão municipal em aderir o programa a partir dos incentivos do governo federal aos municípios. 3. Os ACS tinham total interesse na implantação do programa, realizando muitas vezes ações de promoção sem auxílio da gestão, tornando o trabalho mais desafiador. 4. Os profissionais de saúde do município de Camaçari (gestão e assistência) foram essenciais para consolidação do PACS em Nova Aliança.
INSCRIÇÕES	Portaria de implantação do PACS em Camaçari.
MEDIAÇÃO TÉCNICA	Os atores com suas ferramentas didáticas e tecnológicas foram mediadores primordiais para a firmiação do Programa de agente comunitários em Nova Aliança, contribuindo para o avanço nas ações de Promoção da Saúde.
AÇÕES	<p>As ações realizadas eram inúmeras:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mapeamento de áreas e construção de mapa estatístico; ✓ Sala de espera com palestras; ✓ Visitas domiciliares; ✓ Cadastramento de áreas; ✓ Grupo de Idosos;
INTERAÇÕES	<p>Uma gama de atores teve interação após a chegada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Entre estes estavam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiras do PACS em articulação com os agentes comunitários; ▪ Os ACS e a comunidade ▪ Ministério da Saúde juntamente com os profissionais que faziam parte do programa.
LUGAR	Unidade de Saúde de Nova Aliança em Camaçari- Bahia.
TEMPORALIDADE	O programa se instalou em Nova Aliança em 1992.
CONSEQUENCIAS	<p>Com a chegada do PACS pode-se perceber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de cobertura vacinal em crianças, gerando conseqüentemente redução de casos de doenças infectocontagiosas como: sarampo, caxumba, rubéola e etc. ✓ Melhora nas condições de saúde da população. ✓ Maior organização do processo de trabalho do PACS;

Fonte: Autora (2018)

7.2 Evento Crítico 2: Implantação do 1º Conselho Local de Saúde: aperfeiçoando o controle social em Nova Aliança

Alguns profissionais de saúde em Nova Aliança em parceria com a comunidade criaram o 1º Conselho Local de Saúde, a partir do contexto político presente no município. Algumas associações de bairros levavam para dentro da comunidade a política partidária, esquecendo-se de realizar um trabalho voltado para o social. Por isso, o médico e três ACS se reuniram e fizeram a primeira eleição do conselho, trazendo para comunidade o papel dos usuários na construção de um sistema de saúde melhor.

É importante frisar que nesse conselho local, a gente inseriu de forma direta, a gente inseriu a comunidade, de forma direta **(Rosa)**.

Esse segundo evento-crítico é considerado ligado a Promoção da Saúde, pois a implantação do 1º conselho local de saúde em Nova Aliança no ano de 2007 contribuiu para o empoderamento da comunidade e construção coletiva de ações voltadas para mudanças sociais.

Essa parceria (profissionais X usuários) teve durante alguns anos a figura de um **ator facilitador** foi o médico da unidade. O mesmo ficava na linha de frente, conduzindo as reuniões impreterivelmente uma vez ao mês, articulava com a comunidade sugestões para o aprimoramento do trabalho, até as possíveis melhorias da unidade e da comunidade.

E tinha a comunidade depois... Ele tinha um trabalho muito importante com a comunidade, as pessoas eram muito participativas, funcionava bem **(Rosa)**

Era um homem muito participativo **(Rosa)**

Percebe-se através das falas que os profissionais não focavam apenas nas questões referentes a saúde dentro do território. Cabe citar que a promoção da saúde foi trabalhada com os mais diversos aspectos dos determinantes sociais, e isso era feito dentro da comunidade com o conselho local. Inclusive uma das consequências deixadas por esse movimento foi, através de muita articulação, uma reforma na unidade de saúde.

Ele discutia o melhor para a comunidade, e iam em busca das melhorias. Trouxe muita melhoria pra comunidade, aconteceu até reforma, não foi? Uma pequena reforma aqui dentro, o conselho estava sim na linha de frente, buscando e vendo essa necessidade (**Girassol**).

Infelizmente como já foi dito anteriormente, as questões políticas tinham um peso dentro do município, não deixando Nova Aliança de fora. **A questão política foi um fator dificultador**, fragilizando o conselho após 04 anos de existência e excluindo os profissionais de saúde dessa participação.

Tanto é que depois de 04 anos dos profissionais de saúde na frente do conselho, alguns líderes comunitários de bairros agregados a Nova Aliança se inscreveram para as novas eleições, ganharam e estabeleceram “palanques políticos” dentro do novo conselho, gerando com isso diversos conflitos, de acordo com fala dos entrevistados.

Quando nós agentes percebemos que não era propício para a comunidade nem para o nosso trabalho no social, nós resolvemos nos afastar desse conselho (**Girassol**).

Tudo caiu na política partidária. A política partidária falou forte demais na vida dessas lideranças, e aí atrapalhou todo o processo, que era o trabalho voltado para a comunidade, e para o social do posto, acabou indo para a depressão de cada um e aí recuou, e acabou (**Girassol**).

O conselho local de saúde foi um espaço para aperfeiçoamento do controle social, tendo na participação dos profissionais de saúde algo crucial para a integração com a comunidade.

Quadro 4: Ficha Evento-crítico 2

NOME DO EVENTO 2: Implantação do 1º Conselho Local de Saúde: aperfeiçoando o controle social em Nova Aliança.	
SÍNTESE DO EVENTO: Foi implantando na comunidade de Nova Aliança, no ano de 2007, o conselho local de saúde para melhoria do controle social e empoderamento dos comunitários para diversas questões.	
Categorias	Descrição/operacionalização do Evento-Crítico
ATORES/ATUANTES	Profissionais da Unidade básica, Agentes comunitários de Saúde do PACS, comunidade, líderes comunitários, conceito de promoção da saúde, controle social-participação/empoderamento
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Alguns profissionais da unidade tinham interesse de aperfeiçoar o controle social em Nova Aliança; ✚ A comunidade participava ativamente das reuniões e discussão; ✚ Alguns líderes comunitários tinham interesses políticos com o conselho; ✚ A Gestão municipal não interferiu no processo de implantação do conselho;

(Continua)

Categorias	Descrição/operacionalização do Evento-Crítico
INSCRIÇÕES	Edital de convocação para a eleição do 1º Conselho Local de saúde em Nova Aliança ;
MEDIAÇÃO TÉCNICA	O médico da unidade básica foi um ator importante para implantação e consolidação do conselho de saúde enquanto espaço de controle social e não pauto eleitoral.
AÇÕES	<p>As ações realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reuniões mensais na comunidade; ✓ Levantamento de problemas na comunidade; ✓ Propostas para melhoria em diversas áreas, inclusive na saúde.
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A parceria desenvolvida entre os profissionais da unidade básica e a comunidade foi uma das interações mais importantes para o estabelecimento do conselho local.
LUGAR	Associação de Bairros de Nova Aliança
TEMPORALIDADE	A implantação do conselho local de saúde ocorreu em 2007.
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimento do Controle Social em Nova Aliança; ✓ Melhorias (reforma) na unidade de Nova Aliança a partir das articulações do conselho; ✓ Fortalecimento da comunidade para mudanças sociais; ✓ Empoderamento Comunitário;

Fonte: Autor (2018).

7.3 Evento Crítico 3: Implantação do Programa de Residência Multiprofissional e de Medicina de Família e Comunidade em Nova Aliança

As residências se estabeleceram a partir da parceria entre a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e a gestão municipal, tendo o programa a função de prestar atendimento a 42.094 habitantes, distribuídos em 15 equipes de saúde da família que faziam parte das 05 unidades da Região IV.

Fundação Estatal junto com a Secretaria Municipal de Camaçari, traz essa proposta e traz essa implementação da residência multiprofissional e médica pra Região IV que é composta de 05 unidades de saúde, dentre elas Nova Aliança (E1).

O que eu percebi é o grupo, esse grupo aqui da família, os médicos, as enfermeiras, todo um grupo de pessoas que foi implantado aqui, que eu acho que foi uma fundação que veio pra cá (E4).

A dinâmica pensada para o processo de trabalho nessa região de saúde foi usar os residentes como sendo os profissionais de nível superior dos serviços, onde iriam prestar atendimento a uma população específica, com supervisão de seus preceptores. Os servidores municipais presentes naquelas unidades seriam apenas os de nível médio e técnico, sendo os demais profissionais alocados para outros serviços sem residência.

Observa-se que as unidades que receberam o programa sentiram um pouco de dificuldade no início do processo de trabalho, inclusive para se estabelecer as ações de promoção da saúde. Entretanto, é pertinente dar ênfase a alguns fatos que marcaram a chegada dos residentes em Nova Aliança, tornando esse processo mais desafiador do que em outros contextos.

Nova Aliança era a única unidade entre todas da região que usava o modelo tradicional e tinha o PACS agregado a esta unidade. Há anos a gestão carregava a necessidade da ruptura de um modelo e ascensão de outro, pensando no fortalecimento e ampliação das ações focadas nas famílias daquele território de uma maneira mais integral e multiprofissional.

Portanto, a chegada da residência naquela comunidade, possibilitou a implantação de um modelo assistencial que tinha no vínculo com as famílias e no cuidado holístico suas maiores ferramentas. A troca de modelo assistencial de unidade básica tradicional para estratégia saúde da família em uma unidade histórica dentro do município foi umas das grandes marcas da chegada do programa. No trecho a seguir pode-se sentir um pouco a peculiaridade do que foi esse processo.

[...] Porque não foi simplesmente uma transição de modelo pensando nos profissionais que já estavam lá, que eu acho que se fosse assim seria mais fácil. Ao mesmo tempo não foi só a chegada da residência em um modelo já existente, como aconteceram em outras unidades da região IV. As duas coisas aconteceram simultaneamente e isso causou no processo de trabalho daqueles que ficaram, os servidores que ficaram, e até para os residentes que estavam chegando, um processo de trabalho mais desafiador [...](E1)

A partir das características que Nova Aliança possuía, esperava-se antes da chegada dos residentes na unidade uma grande interação e diálogo entre a gestão, profissionais, residentes e comunidade. Infelizmente, o que aconteceu foi à chegada dos programas de residência sem aviso prévio, a retirada de todos os especialistas médicos da unidade, mudança de modelo assistencial e a geração de um processo

de trabalho completamente desgastante, coberto por conflitos que levaram a transformação da vida dos atores envolvidos.

E daí quando chegou em 2015, chegou aqui 60 profissionais, mais ou menos. E foi um choque, foi um choque porque a coisa não foi explicada para os funcionários que aqui já estavam, todos nós, técnicos, enfermeiros, e os médicos que estavam aqui eram médicos que a comunidade tinha muita afinidade com eles **(Girassol)**.

“Na verdade não foi à gente só, foi todos os profissionais da unidade. Nenhum foi colocado “vai chegar tal dia, vem pra botar tal coisa”, isso não aconteceu **(Rosa)**

Essa troca de modelo poderia até ter sido feita com esse pessoal que botou, sabe? Mas que antes tivesse conversa, orientação, que eles fossem preparados, e nós também preparado, entendeu? **(Orquídia)**.

A chegada do programa até a mudança do modelo foi marcada pela falta de entendimento dos residentes, servidores e usuários sobre o real processo de trabalho da estratégia. O desgaste nas relações interpessoais dificultava ainda mais esse entendimento, tendo os residentes muitas vezes posturas autoritárias e inexperientes na condução dos conflitos.

É, mas foi muito difícil no início, muito difícil, porque não era do entendimento dos profissionais de saúde da unidade, não era do entendimento também dos residentes porque normalmente eram pessoas recém-formadas de uma forma geral, eram pessoas recém-formadas que não tinham experiência com esse processo de trabalho e também não era do entendimento da população, a população também não estava acostumada, então até todo mundo conseguir se alinhar, entender como se dava o processo, demorou muito. A demanda era muito grande, uma demanda muito reprimida **(E1)**.

Pode-se dizer que um dos **fatores dificultadores** na chegada do programa foi realmente a **ausência de diálogo da gestão com os atores envolvidos**. Essa ausência de diálogo sobre as inúmeras mudanças que seriam impostas no processo de trabalho prejudicou a interação dos profissionais, dificultando o desenvolvimento principalmente de ações de promoção com a participação integrada de toda equipe, principalmente os ACS. Antes no PACS, os ACS tomavam a frente dessas ações, situação que se inverteu após a chegada da estratégia, pois muitos não se sentiam membros das equipes.

Não se pode deixar de citar as dificuldades enfrentadas pela comunidade com a chegada dos residentes. Se os profissionais sofreram durante essa transição,

muitos da comunidade carregam até hoje as marcas de uma ruptura abrupta dos vínculos com os antigos profissionais que trabalhavam na unidade.

Isso acabou despertando o desejo dos usuários e dos profissionais pela permanência da UBS, somando esse fato as três décadas de permanência de um modelo biomédico, centrado na figura médica e de suas especialidades, que se reforça nas falas trazidas pelos entrevistados.

As pessoas ainda tem a mentalidade né, quero marcar pediatra, quero marcar ginecologista. Não conseguem perceber ainda essa transição, essa mudança (E2).

A gente não tem hoje um pediatra, a gente não tem hoje um bom ginecologista, a gente não tem hoje um bom atendimento, diminuiu a quantidade, mas cadê a qualidade?... É o sistema, você tem boa vontade, mas não tem aonde me enviar. Então pra mim hoje, seria fundamental (E6).

Entretanto, com o passar do tempo, os servidores foram percebendo que os residentes não tinham culpa pelas dificuldades que muitos enfrentaram. Foram percebendo que os mesmos eram tão vítimas quanto eles. Porém, para ajudar na construção dessa percepção tiveram a participação de uma **rede de atores** que acreditam na saúde da família, em seu processo de trabalho e na formação diferenciada para o SUS. Uma das preceptoras da unidade e as turmas subsequentes de residentes mediaram a partir de muito diálogo as relações.

Essas mediações aconteceram durante muitas reuniões de equipe, com a participação de todos os integrantes, onde se tinha nesses momentos muitos desabafos e “lavagem de roupa suja”. Além disso, podia encontrar nesses espaços muito planejamento coletivo das ações, muita discussão de casos e de processo de trabalho o que fez aos poucos os ACS irem se sentindo essenciais e integrantes das equipes.

Outro processo importante, mas é de cunho subjetivo foi à melhora das relações interpessoais entre servidores e residentes. Isso se deu de uma forma muito progressiva, com muito investimento de energia, das relações e etc., mas foi um acontecimento importante... Graças a pequenas intervenções subjetivas que foram feitas, estreitamento de relação, uma micropolítica mesmo que permitiu uma relação melhor. Então isso foi um acontecimento muito importante também (E1).

Porque no começo eu não sei se as meninas perceberam, era como se nós fôssemos cartas fora de baralho. Depois eles perceberam que fazer programa de saúde da família sem o ACS na linha de frente não funciona, então eles começaram a interagir mais com o ACS. Então o ACS começou a se adaptar ao programa, e aí veio também veio uma pessoa que pode não

ter peso aqui, mas pra mim tem...Ela conseguiu trazer pra um contexto do todo, a importância de todos, e isso ela construiu em reuniões gerais, dentro do posto. E isso dava a gente à oportunidade de expressar o que incomodava e o que a gente não estava satisfeito (**Orquídia**).

Além de alguns atores que foram mediadores essenciais para aceitação da implantação da residência e suas mudanças, podemos também citar **ferramentas do processo de trabalho** desenvolvido pelos residentes que melhorou a integração com os servidores e com a própria comunidade. Muitas dessas ações que foram desenvolvidas tinham objetivos de promover a saúde: o acolhimento e os grupos com as comunidades, por exemplo, são ações que geraram impactos muito positivos, sendo relevante descrevê-los.

O **acolhimento** iniciado pelos residentes em Nova Aliança foi uma ferramenta de promoção da saúde mediadora para a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Foi um actante que pôde ser seguido durante a trajetória da implantação da residência, deixando diversas marcas de apaziguação do processo até sua consolidação.

Uma escuta qualificada, um direcionamento do usuário para a conduta mais adequada, a promoção do autocuidado, todas essas ações estão dentro do processo do acolhimento. Uma das características mais marcantes que diferenciam a ESF da UBS tradicional em Nova Aliança foi justamente o “escutar”, e não apenas queixa-conduta. Essa escuta facilitou bastante a aceitação dos usuários ao novo modelo.

Nova Aliança tinha uma coisa que eu não suportava que era a maneira que o povo era maltratado nas recepções de marcação. O povo era pisado demais, tinha as funcionárias aí na farmácia, que dava dó também, que maltratava o povo. Então, esse lado hoje, por exemplo esse lado dos médicos, tem que falar... mas eu acho importante que eles vão ao povo, que escute, que converse, que veja esse lado humano (Orquídia).

O acesso facilitou bastante, o acesso ao profissional de saúde. Então hoje eles tem médico todos os dias no acolhimento; então eles tem enfermeiros todos os dias no acolhimento; eles tem dentistas. Então pra eu conversar com um profissional desse de saúde basta eu ir no acolhimento, sabe? (**E1**)

Importante frisar que esse modelo de acolhimento em Nova Aliança não se encontra em todas as unidades, sendo o processo ensino-serviço da residência um fator impulsionador para construção desse modelo. Os preceptores preparam os residentes para atuarem no SUS sempre pensando em estratégias de

problematização do processo de trabalho, sendo essa formação para o SUS algo fundamental para se manter um sistema tão grandioso como o brasileiro.

Independente de toda dificuldade encontrada, os resultados positivos do trabalho desenvolvido na comunidade pelas turmas de residência, gerou impactos no processo de formação destes servidores, ampliando o olhar integral ao usuário a partir desta convivência.

A residência puxa muito mais isso, porque é um local de formação, é um local que tem gente pensando sobre isso, pesando em avançar, pensando em desenvolver um sistema de saúde melhor, então quando você fica ali naquela reflexão, isso acaba apontando para um norte, mas os servidores na caminhada acabam sendo puxados pra isso e também vão participando nisso **(E3)**

Junto com o acolhimento, ocorreram algumas ações de promoção da saúde, muito relevante para a comunidade e contando com a participação de diversos atores envolvidos na estratégia, incluindo os servidores, o núcleo de apoio a saúde da família (NASF) e a própria comunidade. Dentre os grupos formados, desde a entrada da residência na unidade, temos: gestante, nutrição, consulta coletiva e o grupo de práticas.

A Participação da comunidade no planejamento do grupo de práticas é algo importante frisar, sendo estimulada pelos profissionais em todo término de encontro, criando com isso cada vez mais autonomia aos usuários. No modelo tradicional não se costumava ver a interação da equipe para a realização das ações dos grupos e muito menos da comunidade com a equipe para a realização dessas ações. O não se sentir parte do processo dificulta a adesão as orientações para posterior mudança de vida.

Esses grupos se reúnem duas vezes na semana, na unidade de Nova Aliança, sendo formado hoje basicamente por usuárias mulheres e tendo uma lista de espera. É extremamente importante para relação usuários x estratégia essa periodicidade nos encontros, instituindo com isso de uma forma mais clara para a equipe e a comunidade a importância dada pelos profissionais as ações de promoção da saúde.

O último grupo que teve, o último encontro foi uma usuária que estava facilitando. Ela faz karatê e ela trouxe pra o grupo, ela é faixa amarela do Karatê sei lá, alguma coisa assim. Ela trouxe para o grupo essa atividade, então ela facilitou o processo. Então, é uma coisa que a gente busca, é

paulatino, mas é uma coisa que a gente busca. A ideia é exatamente essa, é que depois os usuários possam eles mesmo, elas mesmo tocarem o grupo e tendo uma independência maior das unidades de saúde (E1).

A ampliação do acesso aos serviços de saúde, a melhora das relações interpessoais, a melhor aceitação dos usuários ao modelo da residência, e uma maior aceitação dos próprios servidores ao modelo voltado para as famílias em seus territórios, foram consequências da chegada da residência em Nova Aliança.

Tem que entender uma coisa, o programa de saúde da família fez a diferença dentro do posto. A comunicação melhorou, o trabalho é mais parceiro, tem parceria, e quem está ganhando com isso? A comunidade. O PSF trouxe ganhos pra Camaçari, Nova Aliança, e nós hoje temos o dobro do nosso trabalho, mas em compensação também temos respostas melhores (Rosa).

Portanto, a implantação da residência foi um evento crítico que gerou a mudança de modelo assistencial em Nova Aliança. Essa mudança foi permeada de conflitos interpessoais e de aceitação pelos usuários e pelos profissionais do novo processo de trabalho. Com uma rede de atores essa relação foi melhorando e a ESF se estabilizando enquanto modelo gerador de mudanças na qualidade de vida das pessoas.

Quadro 5: Ficha do Evento-crítico 3

NOME DO EVENTO 3: Implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade em uma Unidade Tradicional.	
SÍNTESE DO EVENTO: A unidade de saúde de Nova Aliança, em Camaçari, passou pela implantação da residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade no ano de 2015. A chegada dos residentes foi um disparador para a realização da mudança de modelo assistencial de unidade básica tradicional para estratégia saúde da família.	
Categorias	Descrição/operacionalização do Evento-Crítico
ATORES/ATUANTES	Programa de Residência, residentes (enfermeiros, médicos, dentistas, NASF), preceptores, agentes comunitários de saúde, Estratégia saúde da família, Unidade Básica Tradicional, Fundação Estatal (FESF), técnicos de enfermagem, especialidades médicas, acolhimento e diálogo, conceito de promoção da saúde.

(Continua)

Categorias	Descrição/operacionalização do Evento-Crítico
INTERESSES	<ul style="list-style-type: none"> • A gestão municipal viu na chegada da residência uma possibilidade de mudança de modelo assistencial de uma unidade histórica dentro do município; • A Fundação Estatal (FESF) junto com a Secretaria Municipal de Camaçari se articulam para realizar a implantação da residência e com isso a mudança de modelo assistencial em Nova Aliança; • A falta de diálogo da gestão com os profissionais da unidade, antes da chegada dos residentes, foi algo que contribuiu para a diminuição de interesse dos funcionários pela estratégia saúde da família; • Os servidores não se sentiam parte do processo de trabalho e não queriam se inserir em demandas solicitadas pelos residentes; não tinham confiança nessa relação. • A falta de diálogo da gestão e da fundação estatal com os residentes fez com que estes chegassem impondo mudanças e dificultando o interesse dos servidores pela ESF e pelos programas de residência; • A Falta de diálogo da gestão com a comunidade sobre as profundas mudanças no processo de trabalho dificultou inicialmente o interesse dos usuários pela ESF, fazendo com que muitos desejassem o modelo tradicional. • A retirada dos especialistas de Nova Aliança sem a estruturação de uma rede assistencial adequada dificultou o acesso dos usuários a especialistas antes presentes na UBS, o que prejudicou no início a adaptação da população ao novo modelo. • Os residentes mesmo com todas as dificuldades chegam dispostos a escutar e melhorar o processo de trabalho no território, estreitando os laços com a comunidade, gerando rapidamente o interesse dos usuários com a ESF; • Aos poucos, após começarem a entender o processo de trabalho na estratégia, os servidores foram se interessando e apostando na ESF;
INSCRIÇÕES	Edital para o processo seletivo da Residência em saúde da família; Portaria de adesão do município ao Programa de Residência.
MEDIAÇÃO TÉCNICA	<p>Algumas ferramentas utilizadas no processo de trabalho foram essenciais para mediação dos diversos conflitos encontrados em Nova Aliança entre estas estão: acolhimento, reuniões de equipe e muito diálogo.</p> <p>As mediações realizadas por atores específicos também se tornaram primordiais para continuidade do processo, exemplo de atores temos: a médica da equipe e preceptora e as novas turmas de residência que foram se agregando ao processo.</p>
AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Organização do processo de trabalho da equipe, facilitando o acesso dos usuários à Unidade: territorialização, cadastramento, acolhimento à demanda espontânea, visita domiciliar. - Organização de grupos e ações voltadas para prevenção e promoção da saúde como: grupo de gestante, PSE, consulta coletiva e etc. - Implantação do setor de regulação na unidade para marcação de consultas e exames. - Implantação da sala de esterilização na unidade, facilitando pequenos procedimentos;
INTERAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Com a implantação da residência multiprofissional e médica observa-se uma maior interação entre gestão municipal e a fundação estatal; • Interação dos servidores com o processo ensino-serviço; • Interação residentes e os usuários em Nova Aliança. • O fortalecimento das relações dos residentes e dos servidores
LUGAR	Unidade de Saúde de Nova Aliança em Camaçari- Bahia.
TEMPORALIDADE	A mudança aconteceu no ano de 2015.
CONSEQUÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Com a implantação da residência ocorreu a ruptura do modelo assistencial vigente a mais de 30 anos na unidade de saúde de Nova Aliança. • A mudança de modelo assistência foi consequência da implantação da residência em Nova Aliança; • Houve aperfeiçoamento no processo de trabalho após a implantação da residência, melhorando o acolhimento aos usuários. • Houve-se melhora nos níveis de saúde daquela população; • Maior integração com a comunidade; • Nova Aliança tornou-se uma unidade escola após a chegada da residência, trazendo um corpo pedagógico para problematização do processo de trabalho.

Fonte: Autora (2018).

7.4 Conceitos da promoção da saúde: actante em rede.

Além dos eventos-críticos, algo relevante para se detalhar é o actante “conceitos da promoção da saúde”, que a partir das diferentes concepções desenvolvidas pelos entrevistados marcam a intervenção, podendo ser seguido em rede.

A evolução do actante dentro da intervenção se apresenta de diferentes formas a depender do contexto encontrado. Inicialmente na época do PACS, como as ações estavam voltadas para redução e prevenção das doenças, muitos profissionais acabaram associando o conceito de promoção a prevenção.

Promover a saúde é você realmente evitar doenças. Então eu não concordo com essa coisa de que promover é promoção da doença. Não, eu acho que você tem que promover a saúde com os cuidados básicos, necessários a evitar doenças e a você ter a saúde, entendeu? Então, promoção da saúde começa com os hábitos de higiene da sua casa, com você respeitar o calendário da imunização, você tem uma boa alimentação dentro daquilo que lhe é possível, porque eu não vou orientar, como eu não orientava gestante a comer faisão dourado, se ela só tem condição de comer batata doce, uma abóbora, você entende, ou um quiabo. Então eu dava essa orientação, de acordo com o que ela tem dentro de casa. Então para mim, isso é promoção da saúde (E5).

Promoção da Saúde pra mim é você fornecer estratégias a pessoa pra que ela evite adoecer né, evite o adoecimento, tenha mais, tenha uma vida mais saudável. É...consiga estabelecer sua saúde de forma de que, que não adoça principalmente por doenças emergentes ou doenças crônicas que afeta com o passar do tempo, da idade (E2).

Este conceito é passado através de uma rede para os diversos profissionais que compõem a intervenção. Quanto mais próximo este profissional esteve dos conceitos trazidos pela promoção moderna, mais facilidade ele terá de executar ações voltadas para essa abordagem.

Entretanto, após a transição de modelo assistencial, alguns profissionais que vivenciaram a época do PACS, permaneceram com os conceitos relacionados à promoção da saúde diferentes daqueles que estavam chegando a ESF. Essas diferenças tornam-se **um fator dificultador na implementação das ações**.

Uma promoção de saúde é você ter tudo com mais facilidade. Eu queria estar aqui num lugar em que eu pudesse me sentir... sentar aqui com você e dizer assim “olha, eu sou mulher, estou precisando fazer meu exame ginecológico, preciso fazer minha coleta do meu exame” e você dissesse assim “pronto, deite aí que eu estou fazendo....Você hoje precisa de um

exame rápido, de umas ultrassons, um exame de laboratório, hoje você não tem como fazer, porque o sistema nunca está disponível, não é o profissional hoje. É o sistema, você tem boa vontade, mas não tem aonde me enviar. Então pra mim hoje, seria fundamental **(E6)**.

A fluidez com que os conceitos percorrem a intervenção é algo marcante, podendo ser observado mudanças de percepção com a chegada do programa de residência, o que faz com que se aproxime do ideal da promoção moderna.

Na minha percepção, a promoção da saúde é você fazer com que a população se aproprie do seu corpo, do entendimento da sua saúde, do entendimento das suas escolhas, fazer escolhas benéficas, fornecer para ela escolhas que venham a ter uma maior capacidade de levar ela para uma saúde melhor, viver melhor **(E3)**

Portanto, com o caminhar da intervenção foi observado a evolução do conceitos da promoção da saúde, sendo um actante em rede, interagindo e atuando com o contexto presente na intervenção.

8 DISCUSSÃO

A implementação das ações de promoção da saúde em Nova Aliança se deu de diferentes formas, sendo acompanhadas por fatores estratégicos que facilitaram ou dificultaram as suas realizações. Pôde-se identificar 03 eventos-críticos que estabeleceram mudanças na intervenção, todos ligados ao campo da promoção da saúde.

O 1º evento-crítico encontrado foi o desenvolvimento do processo de trabalho no PACS, que nasce nos territórios de Nova Aliança e de todo Brasil através da figura do ACS, tendo como objetivo a melhora dos indicadores e das condições de saúde da população. Nota-se que esse também foi o objetivo da implantação do programa em outras cidades, inclusive em outros países, sendo diretamente influenciado pela Declaração do Milênio das Nações Unidas (ÁVILA, 2011; BRASIL, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

O processo de trabalho do ACS direcionado para redução das condições da pobreza também foi identificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta identificou que países que tem os ACS compondo o quadro de profissionais da Atenção Básica possuem um processo de trabalho com foco nas ações de promoção da saúde voltadas para o saneamento básico, fornecimento de água potável e redução das transmissões do HIV/AIDS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

O foco das ações de promoção da saúde em Nova Aliança inicialmente era voltado para questões sanitárias, entretanto Santos (2005) e Lunaderlo (2004) contesta a forma que essas ações são realizadas, podendo ser consideradas assistencialistas, higienistas, tentando enquadrar a comunidade dentro dos padrões higienodietéticos, sem discutir ao certo os determinantes do seu processo saúde-doença.

Talvez o contexto da origem do PACS em Nova Aliança tenha influenciado diretamente para que o foco das ações fosse às questões de doença. Se formos mais além veremos que esta intervenção foi criada em vários locais com esse objetivo, fato que é reforçado pelo governo, com criação de políticas públicas verticais que não condiz em sua maioria com a realidade de alguns territórios (PINTO; FRACOLLI, 2010).

Além das questões citadas, temos o fato da formação da maioria desses profissionais estarem voltada para o modelo flexneriano. Entretanto, Fracoli e Almeida (2011) enfatizam que deve ser valorizado e estimulado por todos os membros da equipe mais o polo do “agente comunitário”, e menos o polo do “agente de saúde” do ACS, pois se o processo de trabalho tiver como foco esta última perspectiva, os profissionais continuarão trabalhando no território as condições geradoras dos problemas de saúde, reforçando um círculo de foco nas questões de doença.

O Ministério da Saúde também reforça em documento intitulado “*Perfil de competências do agente comunitário de saúde*”, o foco do processo de trabalho do ACS, por meio das ações de promoção da saúde (atividades educativas, da participação social e do trabalho intersetorial), listando também a importância da participação do ACS junto à equipe para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2004).

Portanto, realizando uma comparação com o que era preconizado pelo Ministério da Saúde e o que realmente acontecia no PACS, foi encontrado algumas divergências. A primeira é que os ACS não planejavam e nem avaliavam as ações realizadas, o que para Santos (2005) e Lunaderlo (2004) possibilita a construção de um profissional que apenas realiza o que lhe é delegado segundo os problemas e necessidades de saúde que as equipes querem superar, e não o que eles enxergam no território.

A resistência aos ACS pela comunidade tornou-se um fator dificultador na época do PACS. Acreditava-se que, o que gerou tal consequência, tenha sido o fato das ações planejadas por outros profissionais não serem o desejo da comunidade, fator este que influenciou na não aceitação do ACS no território, fragilizando o trabalho deste profissional (FRACOLLI *et al.*, 2013).

Com o aprimoramento das ações intersetoriais pelos ACS, a comunidade foi estreitando os laços com estes profissionais, tendo o apoio de **atores estratégicos, sendo considerados facilitadores** da fixação do programa em nova aliança. Esses atores estratégicos que apoiavam o PACS viam nas **condições políticas impostas pelos gestores, outro fator dificultador** para estabelecer as ações de equidade e integralidade aos indivíduos (FRACOLLI; ALMEIDA, 2011).

Somando-se a estas dificuldades estava a **falta de investimento da gestão para garantir recursos humanos e materiais suficientes para realização das**

ações de promoção, juntamente com uma infraestrutura e equipamentos adequados. Garantir uma estrutura de trabalho é o que preconiza o Ministério aos municípios para se obter o desenvolvimento da atenção básica, sendo essa uma dificuldade encontrada nos diversos modelos que estiveram presentes em Nova Aliança (BRASIL, 2017).

A falta desses recursos torna-se justificativa de alguns profissionais para não realização das ações de promoção da saúde. De acordo com Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011), tal falta prejudica inclusive a prática dos enfermeiros, afetando determinadas ações, limitando a qualidade do serviço prestado.

O enfermeiro do PACS desempenha um papel crucial na mediação de problemas dentro da comunidade, inclusive na organização do serviço e distribuição de tarefas. É reconhecido pela equipe enquanto líder, desempenhando essa função nos diversos modelos assistenciais que perpassam a Atenção Básica, tendo sim que executar juntamente com os outros membros da equipe as ações de promoção da saúde na unidade e dentro do território (LANZONI; MEIRELLES 2013).

A não realização das ações de promoção pelos enfermeiros é justificada por alguns autores, e em Nova Aliança pelas inúmeras atribuições delegadas a estes profissionais, o que acaba engessando o seu processo de trabalho, focando apenas em metas pré-estabelecidas, prejudicando o enfrentamento dos problemas de saúde através dos determinantes sociais e tendo que atribuir apenas aos ACS essas ações no território (IGLESIAS, 2009; REIS, 2005; SALES, 2009).

Nesse contexto, independente das inúmeras atribuições realizadas pelos enfermeiros, o Ministério da Saúde reforça a competência “promoção da saúde” como sendo uma atividade elementar no processo de trabalho de todas as categorias da atenção básica, sendo tal trabalho um diferencial deste modelo assistencial (BRASIL, 2017).

Contudo, o que se percebe em alguns estudos e se refletiu em Nova Aliança no período do PACS, mesmo de uma forma fragilizada sem seguir os conceitos estabelecidos pela PNPS, eram a realização das ações de promoção encabeçadas sempre pelo ACS, tendo raríssimas participações de outros membros da equipe, inclusive dos enfermeiros (FRACOLLI *et al.*, 2015).

Aos poucos, com a criação do 1º conselho local de saúde pelos ACS, foi tendo uma mudança na perspectiva da promoção da saúde em Nova Aliança, sendo essas mudanças mais uma vez **facilitada por atores estratégicos**, que aos poucos

foram construindo o que chamamos de empowerment (aumento da capacidade dos indivíduos e comunidades em opinarem nas suas questões de saúde) (BUSS, 2003).

Não se pode falar em promover saúde sem pensar neste empoderamento da comunidade. Souza *et al.*, (2014) também traz o conceito de empoderamento como um processo que inspire mudança da realidade de indivíduos e amplie a participação destes na ação política para melhoria nas suas condições de vida.

Com isso, foi vendo-se a importância da participação da comunidade, tornando-se um dos fatores primordiais para construção da promoção da saúde, tendo os profissionais da atenção básica papéis fundamentais para o desenvolvimento da autonomia desses sujeitos, e por um período em Nova Aliança pôde-se perceber por parte dos profissionais a preocupação para essa construção (FRACOLLI; ALMEIDA, 2011).

Também sobre autonomia dos sujeitos Pereira e Oliveira (2013) reforçam em um dos seus trabalhos que a participação social na construção das ações de saúde junto aos profissionais é primordial para efetivação da promoção da saúde.

Através do controle social essa autonomia dos indivíduos começou a ser estabelecida naquele território, sendo o conselho local um dos alicerces para o fortalecimento da Atenção Básica, sendo o Brasil considerado um dos poucos países do mundo a empoderar a comunidade para a construção da sua saúde pública (QUANDT *et al.*, 2013).

Tal ideário é reforçado por Quandt *et al.*, (2013) a partir da afirmação de que os indivíduos que utilizam o serviço podem avaliá-lo, participando do processo de fiscalização e deliberações acerca de suas diretrizes. Tal afirmação é enfatizada com o resultado deste estudo, que traz que a partir da criação do conselho local de saúde, a comunidade e os profissionais puderam planejar, executar e avaliar algumas ações para sua comunidade, barganhando melhoras para a unidade de Nova Aliança.

Contrariando a realidade vivida em Nova Aliança onde os ACS e o médico da UBS instituíram o conselho local de saúde e conduziram mensalmente as reuniões, Fracolli *et al.*, (2013) em seu estudo enfatiza as baixas adesões dos ACS e outros profissionais nos conselhos locais de saúde, provavelmente, a realidade política do município de Camaçari tenha influenciado o interesse a participação desses profissionais nessa condução.

Entretanto, o conselho local de saúde em Nova Aliança durou apenas 03 anos e de acordo com Silva e Medeiros (2010) as questões políticas influenciam negativamente na permanência dos conselhos locais de saúde de vários municípios. Nova Aliança acabou entrando para a estatística dos locais que após a inserção de líderes partidários dentro do conselho, acontece fragilidade do mesmo, tornando muitos conselheiros assistentes dos políticos, seguindo assim seus encaminhamentos.

Mesmo após a extinção do conselho local de saúde em Nova Aliança, alguns profissionais continuaram participando dos movimentos de luta em espaços coletivos, como o conselho municipal de saúde, potencializando os processos participativos para uma melhor qualidade de vida na comunidade.

Como continuidade as mudanças daquele território, tem a chegada do programa de residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade que trouxe também uma nova perspectiva para a realização das ações de promoção da saúde em Nova Aliança. Considerado o 3º evento-crítico tal fato trouxe como consequência à mudança de modelo assistencial e a adesão dos ACS do PACS as novas equipes da unidade.

Para se obter uma verdadeira mudança de modelo assistencial depende de inúmeros fatores, para Gomes et al., (2010) entre estes, estão a presença de uma equipe multiprofissional e a formação de profissionais para se trabalhar com este novo modelo, o que condiz com a realidade de Nova Aliança após a chegada dos programas de residência, já que na época do PACS não se trabalhava com a lógica da multiprofissionalidade, focando em queixas-condutas.

Pinho, Garcia e Martins (2017) também enfatiza que para construção de um SUS ideal deve-se ter uma articulação entre os setores educacionais e os serviços de saúde, fortalecendo desta forma os meios para construção dos profissionais para o SUS. No município de Camaçari a parceria estabelecida com a FESF fortaleceu o processo de trabalho na Atenção Básica e a ampliação da qualificação de diversos profissionais, com a grande particularidade de que em Nova Aliança a mudança de modelo assistencial foi realizada por profissionais em formação para atuar na ESF. A formação de trabalhadores para o SUS nos dá uma possibilidade de construir instrumentos e saberes que amplie a compreensão dos profissionais sobre o território, passando a desenvolver um processo de trabalho com vistas a promoção da saúde e prevenção de agravo (SILVA; DALMASSO, 2002).

A presença de preceptores na unidade, a utilização de ferramentas pedagógicas pelos residentes de Nova Aliança se torna um ótimo espaço para estes se sentirem protagonistas do processo de trabalho, construindo uma formação problematizadora muito importante para condução de situações que eles venham a se deparar posteriormente na saúde pública (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

E é esse tipo de capacitação que a OMS quer que seja estimulada, esses espaços levam ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, comprometimento e liderança para com isso gerar a efetivação da promoção da saúde (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

Portanto, com a chegada das residências em Nova Aliança abre-se um leque de possibilidades para melhora dos mais diversos aspectos: a formação de profissionais para o SUS, um maior número de organizações para se pensar ações de promoção da saúde e a firmação das parcerias da saúde com a comunidade, são perspectivas que levam a crer que a residência em si pode ser considerada uma intervenção de capacidade (BERGERON et al., 2017; SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

Pode-se dizer que **alguns fatores estratégicos** também acompanharam o desenrolar da implantação das residências em Nova Aliança, entre estes está **a falta de diálogo da gestão com os atores envolvidos no processo**. Foram anos com um modelo de assistência e de repente chegam “novos profissionais”, “estudantes”, para assumir um local onde tantos outros tiveram que desocupar sem nem ao menos se ter diálogo.

A questão do **diálogo** já foi citada por Fernandes *et al.*, (2015) como sendo um dos fatores para qualificação da assistência a saúde. Logo, o mesmo diz que o não diálogo gera uma possibilidade de conflitos pessoais dificultando o trabalho em equipe e fragilizando as relações interpessoais, o que levou um desgaste no trabalho dentro da ESF em Nova Aliança.

O trabalho em equipe pode ser considerado como um trabalho em rede de conexões. Para que ocorra o trabalho em equipe se deve ter harmonia, interação e comunicação, todos os fatores que inicialmente não estavam presentes na unidade (DUARTE; BOECK, 2015).

A fragilidades das relações interpessoais dentro da ESF em Nova Aliança vai de encontro com o que preconiza o HumanizaSUS, sendo este fato reforçado por

Fernandes *et al.*, (2015) que diz que a existência de conflitos pessoais são os principais propulsores para não realização do trabalho em equipe.

Como se realiza as ações de promoção da saúde sem o trabalho em equipe?

A falta de cooperação dos servidores, inclusive ACS, dificultou a realização das ações por todos os membros da equipe logo após a implantação da ESF. Alguns estudos, já trazem a figura primordial do ACS frente as equipes da estratégia, sendo também os responsáveis pela implantação de políticas públicas voltadas para reorientação do modelo assistencial e orientação a população sobre as diversas mudanças (DAL POZ, 2002; SILVA; DALMASO, 2002;). Este profissional fortalece a ESF, sendo que em Nova Aliança **alguns atores serviram de base estratégica** para fazer esses profissionais se enxergarem dentro do processo de trabalho.

A melhora das relações se deu através de **mediadores** que foram essenciais no processo, tais como: **as reuniões de equipe, o acolhimento e muito diálogo**. Tais fatos foram corroborados com o trabalho de Fernandes *et al*, 2015 que diz que para um melhor desenvolvimento do processo de trabalho e das relações pessoais deve-se ter diálogo aberto e transparente, espaço para discussão por meio das reuniões de equipe e principalmente valorização do trabalho em equipe.

Com a melhora das relações interpessoais foi se percebendo um desenvolvimento das ações de promoção da saúde voltadas para as necessidades de saúde dos indivíduos, tendo algumas **ferramentas do processo de trabalho, como o acolhimento, influenciado nesta perspectiva**.

Percebe-se em Nova Aliança que com o desenrolar da intervenção, as ações passaram a ser mais voltadas para o que preconiza a promoção moderna, influenciando diretamente na satisfação dos usuários e na aceitação destes profissionais no território.

Portanto, foi visto em nova aliança uma mudança do conceito de promoção ao longo do tempo, esses “conceitos” são nitidamente observados na intervenção, podendo ser considerados actantes. O deslocar deste conceito gera consequências na intervenção, formando o actante uma rede de aliados. Este achado corrobora com o que Latour (2006) diz sobre a produção de efeitos e como esses actantes conseguem agir dentro da intervenção.

No início, na época do PACS, já foi visto nos resultados do estudo, como o conceito de promoção era tratado, voltado para questões de doença e focando na

prevenção. Para Heidemann *et al.*, (2012) o conceito de promoção da saúde que explora apenas os determinantes biológicos está em desuso desde a década de 70.

Com a chegada dos programas de residência foi se avançando nas concepções da promoção, surgindo os conceitos de determinantes sociais que trazem além das questões individuais e do próprio setor saúde, outros meios que possam levar um bem-estar global (HEIDEMANN *et al.*, 2012).

O objetivo dessas ações de promoção da saúde devem ser promover qualidade de vida, incluindo condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e educação, o que reforça que no início do PACS as ações desenvolvidas eram frágeis, focando apenas em questões de prevenção, mostrando o desconhecimento de alguns com relação a tais diferenças (BRASIL, 2015).

O fato de alguns profissionais, terem permanecido realizando as ações de promoção com foco na doença, é explicado por Law (2018) a partir da captura dessas ações em caixa-preta. Com isso, os profissionais passam a não problematizar este conceito e suas ações, sendo necessário novas interações dentro da rede para se ter a abertura da caixa-preta. Em nova aliança esta abertura aconteceu com a chegada das residências.

Permanecer utilizando os conceitos e práticas assistenciais com foco na doença reforça a dificuldade que alguns profissionais ainda possuem em lidar com os determinantes sociais. Tal afirmação é reforçada na fala de alguns ACS que retratam a dificuldade que foi em lidar com a miséria, a fome, o desemprego e a falta de saneamento básico no território de Nova Aliança. Todos estes problemas citados fazem parte do contexto de vida de muitos comunitários e que precisam ser cuidados com tão gravidade quanto algumas questões de doença (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo, foi possível concluir que a implementação das ações de promoção da saúde em Nova Aliança está completamente relacionada com o contexto em que se desenvolveram, principalmente pelas intervenções adotadas, que foram o PACS/ESF.

Foi visto que as ações de promoção da saúde foram implementadas pelos atores, entretanto, diversos fatores estratégicos influenciaram para uma maior ou menor aproximação dessas ações com o que está realmente preconizado pela promoção da saúde, com foco nas abordagens que preconize as mudanças sociais. Do mesmo modo, foram identificados que as dificuldades com a gestão, falta de insumos e a falta de diálogo são barreiras; já a rede de apoio (atores envolvidos) e as ferramentas do processo de trabalho (acolhimento, reunião de equipe) são considerados facilitadores para realização das ações de promoção.

Compreender o que facilita e dificulta a implementação das ações dentro de uma intervenção é algo fundamental para replicação e sustentação da mesma, não estando esses fatores presentes necessariamente em todas as intervenções.

O que facilitou esta compreensão foi o uso da TAR, sendo tal feito influenciado diretamente pelo uso do CEC. Este instrumento deve ser mais explorado, pois o estudo de suas categorias foi primordial para compreensão da essência de uma teoria tão complexa.

Por fim, com relação ao processo ensino-serviço tal estratégia deve ser cada vez mais estimulada, sendo responsáveis por inovações do processo de trabalho, maior educação permanente, problematizações dos contextos locais e a produção de profissionais qualificados para o SUS. Como exemplos têm os programas de residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade, que foram responsáveis por desenvolver e fortalecer as ações de promoção da saúde no território de Nova Aliança.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, A. **A community builder's approach to theory of change: a practical guide to theory development**. New York: The Aspen Institute, 2004.
- ANDREWS, G. J; EVANS, J; MCALISTER, S. Creating the right therapy vibe: Relational performances in holistic medicine. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.83, p.99–109, 2013.
- AQUINO, R; OLIVEIRA, N; BARRETO, M. Impact of the family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, Birmingham, n.1, p.87-93, 2009.
- ARMANI, D. Como **Elaborar Projetos? Guia Prático para a Elaboração e Gestão de Projetos Sociais**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- AUBRY, F; POTVIN, L. (Org.) **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2012.
- ÁVILA, M.M.M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 349-360, 2011.
- BALSANELLI, A.P. et al. (Org.). **Competências gerenciais: desafios para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008.
- BARBOSA, V.B.A; FERREIRA, M.L.S.M; BARBOSA, P.M.K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 56-63, 2012.
- BERKMAN, L. F.; BRESLOW, L. **Health and Ways of Living: The Alameda County Study**. New York:Oxford Universit Press, 1983.
- BILODEAU, A.; POTVIN, L. Unpacking complexity in public health interventions with the Actor–Network Theory. **Health Promotion International**. New York: Oxford Universit Press, v.9, n 1, 2016.
- BLAMEY, A.; MACKENZIE, M. Theories of change and realistic evaluation. **Evaluation**, v.13, n.4,p.439-45, 2007.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.
- BRASIL. **Referencial curricular para o curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da saúde: As Cartas de Promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 junho 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Consulta estabelecimento de identificação**. In: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 20 jun. 2018.

BUSS, P.M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.2, n.6, p. 50-63, 2002.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da Promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, 2009.

CARVALHO, A.I. *et al.* **Concepções e Abordagens na Avaliação em Promoção da Saúde**. In: HARTZ, Z.; POTVIN, L.; BODSTEIN, R. (org.). *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: CONASS, 2014, p. 39-51.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.34, n.8, 2018.

CERQUEIRA, M. T. **Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas**. In: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial*. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

CHALABI, Z.; LORENC, T. Reducing agent-based models to informe valuation of complex interventions. Examples from the built environment. **Preventive. Medicine**, v. 57, p. 434–35, 2013.

CHEN, H.T. **Theory- driven evaluations**. Canadá: Newbery Park Sage, 1990.

CINCURÁ, R. N. S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CORYN, C.L.S. et al. A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. **American Journal of Evaluation**, v. 32, n. 2, p.199-226, 2011.

COSTA, E.M.S. et al. Estilos de liderança dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.14, n.1, 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. E.T A.L. L' évaluation dans le domaine de la santé: concepts et methodes. **Revista Epidemiologie et de Santé**, Paris, v.48,p.517–539, 2000.

CZENERIA, D.F.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

DATTA, J.; PETTICREW, M. Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers. **BMC Public Health**, Londres, v.13, n.568, 2013

DAWBBER, T.R. **The Framingham Study**. Cambridge, MA: Harvard Universit Press, 1980.

DUARTE, C.L. M.; BOECK, N. J. Trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 3, p. 709-720, 2015.

ERICKSON, F. **Ethnographic microanalysis of interaction**. In: Le Compte MD, Millroy WL, Preissle J (eds). *The Handbook of qualitative research in education*. New York: Academic Press; 1992:201-25.

FAUSTO, M.C.R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38,n esp., p. 13-33, 2014.

FERNANDES, J.S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 46, n.2, p. 404-412, 2012.

FIGUEIREDO, N. M. **A. Método e metodologia na pesquisa científica**. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.

FIGUEIRO, A.C. et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. **Int Journal Public Health**; v.62, p.177-86, 2016.

FRACOLLI, L.A. et al. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **Revista o Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.411-8, 2013.

FULLER, S. O.; OBITUARY, T.S.K. Confessions of a recovering Kuhnian. **Social Studies of Science**, v.27 p. 492–94, 1997.

FUNNELL, S.C.; ROGERS P.J. **Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models**. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2011.

GREEN, L.W.; WILSON, A. L.; LOVATO, C. Y. What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The trade-offs between expediency and durability. **Preventive Medicine**, v.15, p. 508–21, 1986.

HARTZ, Z.; POTVIN, L.; BODSTEIN, R. (org.). **Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da universidade de Montreal de 2002 a 2012**. Brasília: CONASS, 2014.

HAWE, P. Lessons from Complex Interventions to Improve Health. **Review of Public Health**, California, v.36, p.307-323, 2015.

IGLESIAS, A. **Em nome da Promoção à Saúde: análise das ações em macrorregião do município de Vitória-ES**. Vitória. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

LALONDE, M.. **A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document**. Ottawa: Health & Welf, 1974.

LANHAM, H. J. et al. How complexity science can inform health care: understanding the role of self organisation variation across local context. **Social. Science. Medicine**, v.93, p.194–202, 2013.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.4, p.557-63, 2013.

LATOUR, B. **Reassembling the Social**. An Introduction to Actor-Network-Theory. Oxford University Press, New York, (2005).

LOPES, M.S.V. et al. Promoção da Saúde na Percepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n.1, p. 60-70, 2013.

LUNADERNLO, S.R **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-SP** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

MARCHAL, B. et al. Is realist evaluation keeping its promise? A review of published empirical studies in the field of health systems research. **Evaluation**, v.18, p.192-212, 2012;

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1993.

MOREIRA, L. C. H.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.173-91, 2007..

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRA, S. R. A. **Sustentabilidade da Estratégia de Saúde da Família: o caso de um município bahiano**. 2014. 143 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

OLIVEIRA, S. R. A et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. Revista **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Genebra: World Health Organization; 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems**. Pakistan; 2010.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Bahia: Edufba; 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n. (esp), p.73-8, 2006.

PAINA, L.; PETERS, D.H. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. **Health Policy Plan**. v.1, p.1–9, 2011.

PAWSON, R. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, v. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.

PEDROSA, I.C.F.; CORREA, A.C.P.; MANDU, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciencia cuidado e saúde**, Maringá, v.10, n.1, 2011.

PEREIRA, I. M. T. B; PENTEADO, R. Z; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA, M.A.C. O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n.3, p. 412-9, 2013.

POTVIN, L; CLAVIER, C. (2012) **La the orie de l'acteur-reseau**. In: Aubry F, Potvin L (eds) Construire l'espace socio-sanitaire. Expériences de recherche dans la production locale de la sante ´. Presse de l'Universite ´ de Montre ´al, Montre ´al, pp 77–98.

POTVIN, L; HADDAD, S; FROHLICH, K. **Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs**. In: ROOTMAN, I; GOODSTADT, M; HYNDMAN, B; MCQUEEN, D; POTVIN, L; SPRINGETT, J. (eds). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization European Branch. 2001, 45–62.

QUANDT, F.L. et al. Análise sobre a participação da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde: caso do município de Pomerode. **Saúde e Transformação social**, Universidade Federal de Santa Catarina, v.4, n.3, p.83-90, 2013.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**. v.126, p.534-40, 2010.

REIS, L.B. **Uma análise da dimensão ético política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória**. Vitória. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Federal do Espírito Santo; 2005.

RODRIGUES, R.D.; ANDERSON, M.I.P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Florianópolis, v. 6, n.18, p. 21-24, 2011.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 401p, 1980.

ROGERS, P. J. **Program theory evaluation: Not whether programs work but how they work**. In D. L. Stufflebeam, G. F. Madaus, & T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (pp. 209-232). Boston, MA: Kluwer, (2000).

ROGERS, P. J et al. **Program Theory Evaluation: Practice, promise, and problems**. In P. J. Rogers, T. A. Hacsí, A. Petrosino, & T. A. Huebner (Eds.), *Program theory in evaluation: Challenges and opportunities* (pp. 5–14). *New Directions for Evaluation*, No. 87. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

SALES, C.M. **Possibilidades e limites de execução das ações de promoção da saúde nos moldes da educação popular em saúde na estratégia saúde da família**. Brasília. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde] – Faculdade de Ciências da Saúde da UnB; 2009.

SANTOS, L.P.G.S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

SCHEIRER, M. The life cycle of an innovation: adoption versus discontinuation of the fluoride mouth rinse program in schools. *J Health Soc Behav*, v.31,p. 203–15, 1990.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev Saúde Pública**. 1995; 29(1):63-74.

SÍCOLI, J. L; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, N. C; GIOVANELLA, L; MARIE, E. A família nas práticas das equipes de Saúde da família; **Revista Brasileira de Enfermagem**, USP[Internet]. v. 67, n.2, p. 274-81, 2014.

SILVA, M.J. et al. Theory of Change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. **Trials**, v.15, p.267, 2014.

SILVA, J.A.M et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, USP [Internet]. 2015; [cited 2018 Mar 6]; 49(no.esp2):16-24. Acessado em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220Xreeusp-49-spe2-0016.pdf>

SILVA, V.R e MEDEIROS, M.R. Conselhos municipais de assistência social: história, fragilidades e possibilidades. **Argumentum**;v. 2, n.2, p.163-73, 2010.

SOUZA, J.M; THOLL, A.D; CORDOVA, F.P; HEIDEMANN, I.T.S.B; BOEHS, A.E e NITSCHKE, R.G. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n 7, p. 2265-76, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária e saúde**. In: Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO, J.; DANIEL, A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

THURSTON, W; POTVIN, L. Evaluability assessment: a toll for incorporating evaluation in social programs. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 453-470, 2003.

VOGEL, I. Review of the use of 'Theory of Change' in international development. UK: Department for International Development (DFID); 2012.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 CNS/CONEP)**

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BAHIANO** das pesquisadoras responsáveis: Jaslene Carlos da Silva, Dr^a. Sydia Rosana de Araujo Oliveira e Dr^a. Cíntia Kallyne de Almeida Alves. O presente estudo possui como objetivo avaliar o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde nos modelos de atenção de uma unidade de saúde de um município bahiano. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, baseada na Teoria Ator-Rede (ANT).

Neste estudo serão realizadas entrevistas de aproximadamente 60 minutos com informantes-chaves que vivenciaram a Unidade Básica Tradicional e a Estratégia de saúde da família em Nova Aliança e possuem um papel crucial para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde nesta intervenção. Como você preenche um dos requisitos acima identificados, convidamos-lhe, com o seu consentimento, a realizar essa entrevista que será registrada e transcrita para análise das informações coletadas.

O principal risco para o estudo é o constrangimento de profissionais e usuários em responder possíveis perguntas caso suas respostas venham a público. Para isso se torna pertinente o esclarecimento sobre a livre escolha em parar a entrevista quando desejarem e o anonimato de todos os participantes da pesquisa. Entretanto, um dos benefícios da pesquisa será contribuir para a efetivação do campo da promoção da saúde, ampliando com isso a compreensão pelos profissionais do que viria a serem ações em intervenções complexas, melhorando possivelmente a assistência prestada à população e aumentando a qualidade de vida destas pessoas.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

A sua participação nesse estudo é totalmente voluntária. Você é livre para aceitar ou recusar a participar. Você tem o direito de se recusar a responder a uma questão ou de se retirar em qualquer momento, sem nenhuma consequência pessoal ou profissional ou relativa à sua implicação com o programa ou intervenção do qual você faz parte. Caso aceite participar, assinará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o (a) Senhor (a) e a outra com a pesquisador responsável (Jaslene Carlos da Silva), a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto, pelo telefone (081) 99812-4929 e email (jaslenecarlos@hotmail.com.br).

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DO PESQUISADOR

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERGUNTAS

1. Qual a história desta Unidade de Saúde da Família?
2. Que mudanças ocorreram nesta unidade nos últimos anos (03 anos) que você destacaria?
3. Com relação à Promoção da Saúde quais mudanças ocorreram nos últimos anos? Se houve mudanças quem participou? Onde ocorreu? Quais as consequências? Existem documentos? Algum recurso ou instrumento foi utilizado?

APÊNDICE C - PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

JASLENE CARLOS DA SILVA

**AGENDA PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE EM CAMAÇARI: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO A PARTIR DA
APLICAÇÃO DO CARTÃO DE EVENTO-CRÍTICO.**

JASLENE CARLOS DA SILVA

**AGENDA PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA
SAÚDE: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO A PARTIR DA APLICAÇÃO DO
CARTÃO DE EVENTO-CRÍTICO**

Projeto de Intervenção submetido à coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à defesa da dissertação.

Orientador: Prof.^a Dr^a. Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Coorientadora: Prof.^a Dr^a. Cíntia Kallyne de Almeida Alves

RECIFE

2019

1. INTRODUÇÃO

O conceito da promoção da saúde foi construído a partir da crítica excessiva a medicalização da saúde, exaltando os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença. Tal conceito também leva em consideração a participação dos diversos setores e atores na construção das ações de saúde, visando mudanças sociais e uma melhor qualidade de vida para população (BUSS, 2003; SICOLI; NASCIMENTO, 2003;).

Em 2006, a promoção da saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde enquanto política, tendo sido revisada em 2014. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) veio fortalecer através de seus objetivos a melhoria das condições e modos de viver dos indivíduos, propondo temas prioritários para serem trabalhados nas diversas esferas de governo, entre estes estão: promoção da cultura de paz e direitos humanos; a promoção da mobilidade segura; a promoção do desenvolvimento sustentável; o enfrentamento do uso do tabaco e do consumo abusivo do álcool; a promoção da alimentação adequada e saudável; e a promoção de práticas corporais e atividades físicas (BRASIL, 2014).

Além dos temas prioritários também é preconizado pelo Ministério da saúde o desenvolvimento dos eixos da política, onde se traz as questões da territorialização, a articulação intra e intersetorial, a participação e controle social e a formação profissional visando uma melhor operacionalização pelos estados e municípios (BRASIL, 2014).

A implementação dessas ações se dá, em sua grande maioria, pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Instituída inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF) e que ganhou peso de estratégia a partir da responsabilidade dada a esta intervenção de ser a reestruturadora da Atenção Básica brasileira (PERUZZO *et al.*, 2018).

Entretanto, mesmo com toda essa expansão e resultados positivos, muitos locais, inclusive regiões metropolitanas e grandes capitais, insistem em permanecer com o foco do cuidado nos antigos modelos de Atenção Básica das Unidades Básicas Tradicionais (UBT): com a lógica centrada nos procedimentos e não nas necessidades da população e dos usuários daquele serviço que vivem no território.

Somando-se a esses casos está a Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança em Camaçari na região metropolitana de Salvador.

Mesmo Camaçari, pioneira na implantação da ESF no Brasil, a unidade de Nova Aliança permaneceu sendo uma UBT, indo de encontro aos avanços do SUS. Os profissionais da unidade de Nova Aliança desenvolveram seus trabalhos junto ao PACS de 1992 até 2015, quando o Programa de Residência Multiprofissional e de Medicina de família e comunidade chegou aquele território.

Com o estudo da implementação das ações de promoção da saúde em Nova Aliança, a partir da Teoria Ator-rede e da aplicação do Cartão de evento-crítico, pôde-se perceber que havia diferença no desenrolar das ações de promoção da saúde a depender do período estabelecido, dos actantes envolvidos e dos fatores estratégicos que estavam presentes naquela intervenção.

Nova Aliança possui as peculiares do processo ensino-serviço, sendo todos os residentes acompanhados diariamente por um corpo pedagógico. Com a identificação dos fatores dificultadores e facilitadores para a implementação das ações de promoção da saúde em Nova Aliança foi pensado em uma agenda de fortalecimento dessas ações no município, sendo o público alvo da intervenção os profissionais da unidade e a gestão.

2 OBJETIVO GERAL

Criar uma agenda junto à equipe de saúde da família para o fortalecimento das ações de promoção da saúde na Unidade de saúde da família de Nova Aliança.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Discutir os conceitos e perspectivas da Promoção da saúde;
- b) Listar as ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de saúde da família de Nova Aliança;
- c) Detalhar os fatores facilitadores e dificultadores para implementação das ações de promoção da saúde Nova Aliança.

3 MÉTODO

3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O estudo aconteceu na Unidade Saúde da Família de Nova Aliança, marcada pelos conflitos e controvérsias dentro do processo de trabalho após a transição de modelo assistencial (Unidade Básica Tradicional para Estratégia Saúde da Família).

A Unidade de Saúde da Família de Nova Aliança fica situada no município de Camaçari, região metropolitana de Salvador. O município localiza-se a uma distância de 45 km da capital estadual, possui área de extensão territorial de 784.658km², sendo a quarta cidade mais populosa da Bahia e tendo uma população estimada em 242.970 habitantes (IBGE, 2010).

A rede assistencial básica do município é formada por 41 unidades básicas, distribuídas em 08 regiões de saúde, entre as quais 05 regiões estão situadas na sede e 03 na orla. Destas 41 unidades de saúde, 34 possuem estratégia saúde da família implantada, onde funcionam 57 equipes de saúde da família (BRASIL, 2018).

A unidade de saúde de Nova Aliança está localizada na região 04, única região com 100% de cobertura da ESF, 100% de cobertura de NASF e melhor cobertura de agentes comunitários de saúde (81,40%) do município. Abaixo na tabela 1, encontra-se a caracterização da Atenção Básica em Camaçari no ano de 2018 por regiões de saúde (CNES, 2018).

A região 04 possui uma população estimada de 42.094 habitantes e 15 equipes de saúde da família, sendo 04 equipes vinculadas a unidade de Nova Aliança e responsáveis por prestar atendimento à população que pertencem aos bairros: Gleba C, Acajutiba, PHOC I e II.

A parceria do município de Camaçari com a Fundação Estatal em Saúde (FESF) deu início em 2015, agregando os residentes de medicina de família e comunidade e multiprofissional a todas as equipes da região 04, especificidade apenas dessa região. Todo o corpo de profissionais de nível superior passou a ser formado por residentes, juntamente com o seu corpo pedagógico, mais os funcionários de nível médio, fundamental e técnico do quadro do municipal.

As quatro equipes de Nova Aliança são formadas por: médicos, enfermeiros e dentistas que são distribuídos entre residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo ano (R2). No NASF temos: fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e

apoio institucionais (API), também distribuídos entre R1 e R2. Incluindo a esse grupo temos: preceptor de enfermagem, medicina, odontologia e NASF, que trabalham 40h semanais diretamente com os residentes. OS ACS, técnicos de enfermagem, gerente da unidade, serviços gerais, administrativo compõe o quadro de funcionários do município que se dividem entre contratos, cargos comissionados e concursados.

A USF de Nova Aliança funciona com a mesma infraestrutura desde a sua inauguração como UBS Tradicional: 08 consultórios, 03 salas de procedimentos (vacina, curativo e triagem), 02 almoxarifados, 01 farmácia, 01 sala de gerência, 02 banheiros unissex (01 para funcionários e 01 para paciente), 01 copa, 01 sala em anexo à unidade (auditório), o SAME e a recepção, tendo dito apenas alguns reparos durante esses anos.

Em 1992, deu início ao Programa de Agentes comunitários (PACS) em Nova Aliança, sendo o ponto de apoio dos ACS junto com a enfermeira do PACS a Unidade Básica Tradicional. Junto ao PACS na unidade tínhamos alguns especialistas médicos (ginecologista, obstetra, pediatra, geriatra e clínico geral) e outras categorias profissionais (assistente social, dentistas, fisioterapeuta e enfermeiras da UBS). Portanto, após quase 21 anos da implantação das primeiras equipes de saúde da família no Brasil, ocorreu a troca de modelo assistencial em Nova Aliança.

3.2 PROCESSOS/ MEIOS E RECURSOS

A partir da pesquisa realizada em Nova Aliança utilizando a Teoria ator-rede e a aplicação do cartão de evento-crítico foram identificados 03 eventos-críticos. Todos os eventos estão ligados a promoção da saúde, influenciando diretamente nas ações neste campo.

Os eventos encontrados foram: 1.Processo de trabalho do PACS; 2. 1º Conselho Local; 3.Chegada da Residência. Juntamente com os eventos estão os fatores estratégicos, facilitadores ou dificultadores, para implementação dessas ações. Os atores citaram as dificuldades com a gestão, falta de insumos e falta de diálogo como fatores dificultadores. A rede de apoio (atores envolvidos) e as ferramentas do processo de trabalho (acolhimento) são considerados facilitadores para realização destas ações.

Foi visto que no decorrer da história de Nova Aliança a implementação das ações de promoção da saúde sofreram modificações e geraram como consequência: autonomia dos usuários, autocuidado e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Portanto, foram diversos grupos, estratégia de trabalho e ações intersetoriais desenvolvidas em Nova Aliança, tendo a participação dos usuários na sua construção.

Portanto para construção da agenda para o fortalecimento das ações de promoção da saúde pensou em 04 oficinas com representantes da gestão e das equipes de saúde da família de Nova Aliança. As oficinas teriam duração mínima de 04 horas cada encontro. No quadro abaixo encontra-se a apresentação dos processos e meios para realização das oficinas.

QUADRO 1: Apresentação dos processos e meios para realização das oficinas em Nova Aliança - BA.

OFICINA	PROCESSOS	MEIOS/RECURSOS
1°	Introdução inicial ao tema da Promoção da saúde, trazendo os resultados da dissertação intitulada: Avaliação da implementação das ações de promoção da saúde em Nova Aliança -BA. <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da linha do tempo das ações de promoção, dos eventos-críticos, dos fatores estratégicos; 	Auditório da Unidade de saúde de Nova Aliança para realização das oficinas. Retroprojeter para explanar a dissertação. Funcionários das equipes de atenção básica, residentes, preceptores e membros da gestão.
2°	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão do actante conceito da promoção da saúde e sua evolução ao longo do período estudado; • Distribuição dos participantes das oficinas em 03 grupos; • Cada grupo ficará com um evento-crítico a fim de analisar seus fatores estratégicos, relacionando tais fatores com os temas e eixos da política nacional de promoção da saúde. 	Folha Papel Caneta 04 preceptores para apoiar os grupos

(Continua)

OFICINA	PROCESSOS	MEIOS/RECURSOS
3º	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a construção das propostas de agenda da promoção por grupo a partir dos temas: Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade; Desenvolvimento sustentável; Produção de saúde e cuidado; Ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho. • Após a construção das propostas pelas equipes, terá uma rodada de apresentação pelos membros, abrindo diálogo para acrescentar novas propostas. 	Folha Papel Caneta Computador 04 preceptores para apoiar os grupos
4º	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do documento final; • Comissão para entregar documento junto ao prefeito; 	Funcionários das equipes de atenção básica, residentes, preceptores e membros da gestão.

4 RESULTADOS ESPERADOS

A composição de uma agenda de promoção da saúde junto às equipes e a gestão fortalecerá a implementação das ações de promoção a partir da realidade do território de Nova Aliança.

A compreensão dos fatores estratégicos, dos eventos críticos e controvérsias em Nova Aliança ajudarão para sustentabilidade e replicação das agendas de promoção da saúde em todo município de Camaçari.

ANEXO A- CARTÃO DE EVENTO-CRÍTICO (CEC)

NOME DO EVENTO	
SÍNTESE DO EVENTO:	
Categorias	Descrição/operacionalização do Evento Crítico
ATORES / ATUANTES	
INTERESSES	
INTERAÇÕES	
MEDIAÇÃO TÉCNICA	
AÇÕES	
INSCRIÇÕES	
LUGAR	
TEMPO	
CONSEQUÊNCIAS	

ANEXO B- CARTA DE ANUÊNCIA**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo a pesquisadora **Jaslene Carlos da Silva**, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-Pernambuco), a desenvolver pesquisa na Unidade de Saúde de Nova Aliança da Secretaria de Saúde de Camaçari, sob o título: “**Avaliação do desenvolvimento das Ações de Promoção da Saúde em uma Unidade de Saúde de um município Bahiano**”, sendo orientada por Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa.
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde de Camaçari decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta secretaria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizados novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Camaçari, 22 de maio de 2018

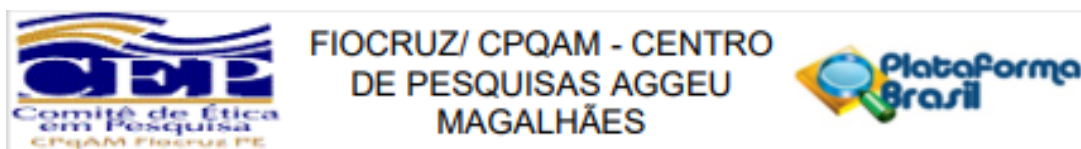
Att,

Prefeitura Municipal de Camaçari
Secretaria de Saúde
Marylândia A. da Silva
Diretora do Dept. de Atenção

Responsável/Cargo

Rua Francisco Drumond, SN, Centro administrativo. CEP: 42.800-000.
Camaçari-BA-Brasil. Tel (71) 3621-6666

ANEXO C- PARECER COMITE DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco

Pesquisador: Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73416217.3.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.622.899

Apresentação do Projeto:

Projeto com metodologia de triangulação de dados, com abordagem quanti, quali e análise documental.

Serão entrevistadas profissionais das equipes de saúde das APS e os gerentes das unidades.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar intervenções de atenção primária no estado de Pernambuco, ampliando o uso de metodologia inovadoras.

Objetivo específico

1. Avaliar a qualidade de intervenções de atenção primária à saúde

Objetivo específico

2. Descrever a trajetória e evolução de intervenção de atenção primária à saúde.

Objetivo específico

3. Analisar a influência do contexto na implantação das intervenções de atenção primária à saúde.

4. Identificar a incorporação, o uso e a disseminação do conhecimento nas intervenções de atenção primária à saúde, numa perspectiva comparada

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

versão: 2013/08/06



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES**



Continuação do Parecer: 2.622.899

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão devidamente descritos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada relevante e exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todas as declarações e demais documentos exigidos pelo sistema CEP/CONEP

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo, da mesma forma foram apresentadas todas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 964456.pdf	01/04/2018 09:54:14		Aceito
Outros	respostaCEP.docx	01/04/2018 09:53:40	Jaslene Carlos da Silva	Aceito
Outros	declaracaocompromisso.jpg	01/04/2018 09:46:16	Jaslene Carlos da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	01/04/2018 09:43:55	Jaslene Carlos da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartamorgana.jpg	01/02/2018 14:16:13	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br