

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO: um estudo com as equipes de saúde da
família da AP 3.1. no município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2013

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO: um estudo com equipes de saúde da
família da AP 3.1. no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial
para obtenção do título de mestre no curso de
Mestrado Profissional em Educação Profissional em
Saúde.

Orientador: Professor Dr. Maurício Monken

Co-orientadora: Professora Dra. Grácia M. Gondim

Rio de Janeiro
2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586q Silva, Fátima Virgínia Siqueira de Menezes
A qualificação profissional das práticas da
estratégia saúde da família para o trabalho no
território: um estudo com as equipes de saúde da
família da AP 3.1 no município do Rio de Janeiro
/ Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva. -
Rio de Janeiro, 2013.
149 f.

Orientador: Maurício Monken
Co-orientadora: Grácia M. Gondim

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2013.

1. Saúde da Família. 2. Qualificação Profissional.
I. Monken, Maurício. II. Gondim, Grácia M.
III. Título.

CDD 362.82

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes silva

A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DAS PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO: um estudo com equipes de saúde da
família da AP 3.1. no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial
para obtenção do título de mestre no curso de
Mestrado Profissional em Educação Profissional em
Saúde.

Aprovado em 23/08/2013

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Maurício Monken – EPSJV/ FIOCRUZ

Professora Dra. Grácia Maria Gondim – EPSJV/ FIOCRUZ

Professor Dr. Gustavo Corrêa Matta – EPSJV/FIOCRUZ

Professor Dr. José Wellington Gomes Araújo – ENSP/FIOCRUZ

Dedico esta Dissertação de Mestrado as minhas queridas filhas Mariana e Maíra, por tudo que representam pra mim. Este trabalho esta repleto da nossa intimidade, do carinho e o encanto da nossa convivência.

AGRADECIMENTOS

Sinto-me feliz por ter chegado a este momento de conclusão e com certeza isso só foi possível, por poder contar com o apoio e compromisso de muitos amigos durante todo o processo. Em especial quero agradecer:

À Deus, que em sua infinita bondade insiste em me dizer que é possível.

À minha mãe, por seu exemplo de vida e de força, por vibrar com esses momentos e ser incansável em me apoiar.

Ao meu saudoso pai que me ensinou as primeiras letras e de quem herdei o bom humor e a alegria pela vida.

Aos amores da minha vida e minha fonte de energia e esperança em um mundo melhor, minhas filhas Mariana e Maira que me incentivaram e apoiaram durante todo o tempo.

Ao meu amado marido Wilson, pelo apoio, carinho, amizade e o companheirismo de tantos anos.

Ao meu irmão por nossa cumplicidade de infância e a Vivian e Elenise que completaram o sentido da nossa família.

À minha grande família nas pessoas da minha sogra D. Hilda e do meu sogro Sr. Wilson, que também viveram comigo este momento, pela compreensão das minhas ausências e pelos incentivos constantes.

À minha querida prima/sobrinha Michele, colega de profissão, pela ternura de sempre e a toda minha família (Tia Conceição e primas) sempre presente na minha vida.

À querida professora Grácia Gondim, por sua inteligência, compreensão e compromisso, com quem tive o privilégio de me sentir completamente apoiada e aprendi imensamente. Obrigada pelo carinho e dedicação. Nossos encontros vão deixar saudades.

Ao professor Maurício Monken, que me acolheu, obrigada pela orientação e disponibilidade.

Ao professor Gustavo Matta, pela contribuição de suas aulas, sua importante participação na qualificação e disponibilidade para a banca de dissertação.

Ao professor José Wellington por nosso reencontro neste caminho, suas preciosas contribuições na banca de qualificação e pelo carinho com que prontamente aceitou fazer parte da banca examinadora dessa dissertação.

À amiga Analaura pelo carinho, conhecimentos compartilhados e disponibilidade para me ajudar com a formatação deste trabalho.

Aos colegas de turma, pelo apoio durante toda a caminhada e a alegria da convivência e trocas realizadas.

Aos amigos Edson Menezes e Jorge Aloice Gomes, pelas inúmeras contribuições em toda minha trajetória profissional. Por diferentes caminhos, sempre foram pra mim referências como profissionais.

À amiga Carla Abreu, Eliane e Columbano pela generosidade, compreensão e companheirismo para a construção diária como protagonista do SUS.

Aos amigos e companheiros de trabalho e de sonho do grupo de apoio técnico (GAT 3.1), Ana Mello, Juliana, Vilma, Edna, Cláudio, Roberto Raposo, Rogério, Paulo Antônio, Brasil, Nara, Nair, Thereza, Ana Aguiar e todos que passaram comigo aqueles momentos inesquecíveis e loucos de implantação da ESF neste território.

Aos amigos de trabalho da CAP 3.1, Márcia Reis, Waleska, Lícia, Sandra, Ana Paula, Carolina, Denise, Simone, Tânia, José Ricardo, Fátima, Aline, Eliane e todos os outros que com suas gentilezas compreenderam este momento.

Ao amigo Hugo Fagundes, por sua compreensão e liberação para realização do curso de mestrado.

Aos amigos Márcia Cid, Nádia Matos, Pedro de Jesus e toda a direção do COREN/RJ, pela parceria na construção de Conselho de Enfermagem ético e comprometido com o cuidado e assistência de enfermagem de qualidade.

Aos amigos do CPPII (hoje, IMNS), por onde iniciei minha caminhada profissional e aprendi muito do que sei até aqui.

À Dominique, Janaína e Márcia Matos pelo carinho e total apoio para realização da pesquisa e aos profissionais da ESF, que participaram deste estudo e que buscam no cotidiano realizar com qualidade suas ações, mesmo que o aprender se faça caminhando.

À todos os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que se reinventam na construção dessa rede em prol dos usuários.

Muito Obrigada.

Subúrbio

Chico Buarque de Holanda

Lá não tem brisa
Não tem verde-azuis
Não tem frescura nem atrevimento
Lá não figura no mapa
No avesso da montanha, é labirinto
É contra-senha, é cara a tapa
Fala, Penha
Fala, Irajá
Fala, Olaria
Fala, Acari, Vigário Geral
Fala, Piedade
Casas sem cor
Ruas de pó, cidade
Que não se pinta
Que é sem vaidade

Vai, faz ouvir os acordes do choro-canção
Traz as cabrochas e a roda de samba
Dança teu funk, o rock, forró, pagode, reggae
Teu hip-hop
Fala na língua do rap
Desbanca a outra
A tal que abusa
De ser tão maravilhosa

Lá não tem moças douradas
Expostas, andam nus
Pelas quebradas teus exus
Não tem turistas
Não sai foto nas revistas
Lá tem Jesus
E está de costas
Fala, Maré
Fala, Madureira
Fala, Pavuna
Fala, Inhaúma
Cordovil, Pilares
Espalha a tua voz

**Nos arredores
Carrega a tua cruz
E os teus tambores**

**Vai, faz ouvir os acordes do choro-canção
Traz as cabrochas e a roda de samba
Dança teu funk, o rock, forró, pagode, reggae
Teu hip-hop
Fala na língua do rap
Fala no pé
Dá uma ideia
Naquela que te sombreia**

**Lá não tem claro-escuro
A luz é dura
A chapa é quente
Que futuro tem
Aquela gente toda
Perdido em ti
Eu ando em roda
É pau, é pedra
É fim de linha
É lenha, é fogo, é foda**

**Fala, Penha
Fala, Irajá
Fala, Encantado, Bangu
Fala, Realengo...**

**Fala, Maré
Fala, Madureira
Fala, Meriti, Nova Iguaçu
Fala, Paciência...**

RESUMO

A Qualificação da Prática dos profissionais para o Trabalho no Território: Um estudo de caso com as ESF da AP 3.1/RJ

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva

Este estudo teve como foco compreender o processo de qualificação da prática dos profissionais da ESF para o trabalho no território e reconhecer nestas qualificações elementos que contribuam para mudança de modelo de atenção a saúde, na área de planejamento 3.1/RJ, no período de 2008 e 2012, por identificar na abordagem do território, os dispositivos necessários para mudanças das práticas de saúde no âmbito deste trabalho e por ser um desafio para ESF a formação de um novo profissional com perfil para o trabalho no território. Foi realizado um estudo de caso múltiplo, com três equipes de saúde da família em uma abordagem quali/ quantitativa. Para coleta de dados foram utilizados documentos oficiais, plano de curso, observação do território e entrevistas semiestruturadas com as equipes selecionadas e os gerentes das Unidades de Saúde. Para análise do material foi utilizado o método de análise do discurso do sujeito coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003), e o QualiQuantisoft para análise e sistematização dos dados. Os resultados encontrados demonstram que a política de educação permanente ainda precisa avançar na direção da qualificação do profissional para o trabalho no território. Contudo, no trabalho realizado pelos profissionais, existe um compromisso com a integralidade do cuidado em saúde, que vem apresentando resultados positivos sobre a saúde da população adscrita, verificando-se a correlação do trabalho desenvolvido com a implementação dos princípios do SUS.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família - Território - Qualificação Profissional

ABSTRACT

The Qualification of Professional Practice to Work in the Territory: A case study with the FHS AP 3.1/RJ

Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva

This study focused on understanding the process of qualification of the practice of FHS professionals to work in the territory and recognize among these qualifications elements that contribute to change the health care model in area 3.1/RJ between 2008 and 2012 by identifying in the work within the territory the necessary devices for changes in health practices in this field and to be a challenge for Family Health Strategy (FHS) is the formation of a new professional with a profile to work in the territory. We conducted a multiple case study with three family health teams in a qualitative/quantitative approach. For data collection were used official documents, course plan, observation of the territory and semi-structured interviews with selected teams and managers from family health units. The Collective Subject Discourse Analysis method proposed by Lefèvre and Lefèvre (2003) was used to analyze the material collected and Qualiquantisoft software was used for analysis and systematization of data. The results demonstrate that the policy of continuing education still needs to advance towards the professional qualification to work in the territory. However, in the work of these professionals there is a commitment to provide health care as a whole, which has shown positive results on the health of the enrolled population, showing the correlation of the work with the implementation of the principles of the NHS.

Keywords: Family Health Strategy - Territory - Professional Qualification

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária em Saúde
AVS	Agente de Vigilância em saúde
CAP	Coordenação de Área de Planejamento
CRAS	Centro de Referência de assistência social
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAT	Grupo de Apoio Técnico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMSDC/RJ	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO O TEMA: uma revisão da literatura	21
I.1 Da Reforma Sanitária a Estratégia Saúde da Família	21
I.2 Propostas de organização do trabalho em saúde - atenção primária, atenção básica e estratégia saúde da família	24
I.3 O território e a territorialização na ESF	29
I.4 Trabalho, Educação e Formação Humana	34
I.5 Trabalho e Educação dos Trabalhadores	37
I.6 A Qualificação dos Trabalhadores, a especificidades do setor saúde e suas singularidades	42
CAPÍTULO II – CAMINHOS METODOLÓGICOS	48
II.1 Primeira Fase	48
II.2 Segunda Fase	49
II.2.1 Cenário da Pesquisa	51
II.2.2 Os Sujeitos da Pesquisa	62
II.2.3 Análise e Sistematização dos Dados	64
CAPÍTULO III – RESULTADOS – a construção do Discurso do Sujeito Coletivo	66
III.1 Caracterização dos Sujeitos	66
III.2 O discurso do sujeito coletivo da ESF na AP 3.1	70
EIXO I - Quanto ao processo de educação permanente	71
EIXO II – Quanto ao processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família	75
EIXO III – Quanto ao processo de produção da informação	82
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES – articulando conceitos com o DSC	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	103
ANEXO 1 – Roteiro de entrevistas para profissionais	107
EIXOS NORTEADORES PARA ESTRUTURAÇÃO DAS ENTREVISTAS	108
ANEXO 2 – Roteiro de entrevistas para Gerente da Unidade de Saúde	109
EIXOS NORTEADORES PARA ESTRUTURAÇÃO DAS ENTREVISTAS	110
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111
ANEXO 4 – Quadro de sistematização das expressões chaves e ideias centrais	112
ANEXO 5 – Planilhas de qualificação do CMS MTC, Alemão e João Cândido	156

APRESENTAÇÃO

Meu objeto de estudo é o processo de qualificação da prática dos profissionais da estratégia saúde da família (ESF) para o trabalho no território. Essa concepção de trabalho decorre da incorporação da noção de território advinda da geografia a qual oferece um vasto conjunto de elementos para a compreensão do trabalho em sua dimensão ontológica, dado que os territórios materializam a vida em sociedade, “[...] são no fundo, antes *relações sociais projetadas no espaço, que espaços concretos*” (Souza, 1995, p.87)

[...] materializam as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão submetidos num determinado tempo histórico, tornando-se intimamente correlacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes. Esse aspecto processual de formação do território constitui a territorialização (Gil, 2004), e o territorializado.

Tomando essa acepção, o objetivo do estudo é compreender o que orienta o trabalho no território realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, por identificar na abordagem do território, os dispositivos necessários para mudanças das práticas de saúde no âmbito deste trabalho. Especificamente busco compreender a aplicabilidade desse conhecimento na Área de Planejamento 3.1,¹ do Município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2012.

A escolha do tema esta relacionada à minha trajetória profissional: enfermeira sanitária do Sistema Único de Saúde – SUS e atualmente entre outras atividades desenvolvidas, também atuo como facilitadora do curso Introdutório para as equipes de saúde da família.

Em maio de 2003, como servidora do SUS, fui cedida pelo MS ao município do Rio de Janeiro para fazer parte do Grupo de Apoio Técnico (GAT). O GAT se constituía como estrutura da SMS-RJ, que funcionou no período de 2002 a 2008. Formado por uma equipe multidisciplinar de técnicos de nível superior, servidores públicos do SUS, aprovados por um

¹ De acordo com o Relatório final do Ministério da Saúde – 2005 - 4º Seminário da Região Metropolitana I – Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I - Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro, a Resolução Nº 431, de 14 de abril de 1993 da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da cidade do Rio de Janeiro, cria nessa cidade Área de Planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros.

processo seletivo simplificado, com avaliação de currículos e entrevistas, para apoiar a implantação, aumentar a resolutividade do trabalho e supervisionar as equipes de ESF nas áreas programáticas (APs) da cidade do Rio de Janeiro. O GAT deixou de existir a partir de 2009 pela atual gestão por uma decisão do gestor Municipal. Suas ações foram substituídas por uma equipe de assessores das Organizações Sociais.

Iniciei o meu trabalho no GAT como profissional de Saúde Mental sendo responsável por articular as ações da saúde mental com o trabalho das equipes de saúde da família e junto com a equipe do GAT também atuava como facilitadora do curso introdutório, cujos objetivos são: ser um dispositivo de ambientação para o conjunto dos trabalhadores, apresentar as primeiras ferramentas para o trabalho nessa nova proposta de organização da atenção com os seus fluxogramas e integrar os profissionais.

O curso introdutório para os profissionais da ESF é uma recomendação do Ministério da Saúde aos municípios, pelo qual os mesmos recebem o repasse de incentivos para realização. Esses processos de qualificação profissional sempre me trouxeram muitas indagações, diante da importância do conteúdo e a necessidade constante de mudanças e adaptações. Entre elas a mudança na carga horária do curso, para um número de horas inferior. No ano de 2003 a carga horária era de 120 horas e atualmente o curso é de 40 horas, como formas de adaptação a novas realidades.

Em 2010, participei como tutora de uma turma do curso de qualificação profissional do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz em parceria com a SMSDC- RJ², no qual se aprofundaram alguns elementos importantes da proposta da vigilância em saúde, na qual é centrado o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Nesse momento, foi possível compreender e repensar a categoria território e suas diferentes abordagens, para além de uma área político administrativa, valorizando os processos ali estabelecidos, suas dinâmicas e conformação com o cotidiano da população e suas interações com o ambiente.

Como nos afirma Gondim, 2011, p: 110

O modelo da vigilância em saúde apoia-se no conceito positivo de saúde como qualidade de vida, trazendo em seu arcabouço teórico e operacional elementos

² PROFORMAR /RJ - foi dirigido aos agentes de endemias – trabalhadores do SUS no município do rio de Janeiro, coordenado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio em parceria com a SMSDC/RJ.

importantes para a organização dos SUS. Coloca-se para o campo da saúde coletiva com dupla dimensão: uma técnica – novo modelo de atenção, voltado para produção social da saúde, e, uma gerencial – nova organização do processo de trabalho, das práticas sanitárias do nível local.

Esta compreensão me fez refletir sobre as inúmeras possibilidades e desafios para o trabalho das ESF com a população, os equipamentos presentes nos espaços de trabalho e a forma de produzir saúde. A importância da mudança nos processos de trabalho, para a conformação de um novo paradigma no campo da saúde pública que permita oferecer cuidado e atenção de qualidade, universal e equânime.

Essa nova perspectiva, faz surgir novas inquietações que dizem respeito ao conhecimento teórico e prático da equipe para o trabalho territorializado - o que traz de conhecimento, o que recebe e como reconstrói a sua prática diante das realidades encontradas.

Na verdade, essas indagações emergem do contato com as diversas práticas formativas do trabalhador em saúde, as quais refletem os inúmeros desafios que se impõe no cotidiano ao trabalho dos profissionais da ESF: a potencialidade do pensar e agir territorializado, as ofertas de qualificação com o curso introdutório e o que na prática os trabalhadores realizam e como reconstruem os saberes apreendidos.

INTRODUÇÃO

Os avanços e retrocessos na vida social nos âmbitos político, econômico e cultural, sempre estiveram presentes na história da humanidade. Desde o final século XX e início do século XXI há um retrocesso em relação a algumas conquistas alcançadas pelo povo e principalmente a classe trabalhadora em momentos anteriores. Constatamos uma direção política neoliberal, onde a ordem passa a ser processos supra-nacionais e a globalização.

Nesse cenário, os organismos internacionais interferem de forma direta nas decisões e determinações políticas da nação brasileira e programam a efetivação de um ajuste na economia. O valor do avanço tecnológico na ordem do capital é maior do que o valor da humanidade, resultando no aumento das desigualdades sociais. O que na verdade só faz confirmar a posição do Brasil, dentre os países mis injustos e desiguais do mundo.

No bojo dessa conjuntura global, constatamos uma contradição central no processo da Reforma Sanitária Brasileira, com a predominância do projeto neoliberal na ação governamental, apesar da garantia legal do direito a saúde. (Campos, 2006, p:19).

Vale destacar que, é nesse cenário contraditório de ajustes neoliberais e de retrocessos político-econômicos, que se aprova na Constituição Brasileira de 1988 o Sistema Único de Saúde, de acordo com as diretrizes apontadas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. A Carta Magna define a saúde como direito universal e integral para todos e um dever do Estado, o que foi determinante para efetivamente iniciar no Brasil práticas de atenção primária à saúde (APS) como já havia sido apontado em Alma Ata em 1978.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde teve como objetivo alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, recomendando aos governos, a organização dos sistemas de saúde com base na Atenção Primária APS. Em seu relatório final consta que a APS “... é uma estratégia prioritária para expansão de serviços de países subdesenvolvidos por constar de práticas simples, de baixo custo e de grande eficácia”. (Mattos, 2002 p. 79)

Internacionalmente amplia-se a discussão a respeito da organização dos Sistemas de Saúde, tendo em vista uma nova concepção do processo saúde/doença. No Brasil associa-se à APS a expansão dos serviços de saúde, para aumentar o acesso da população mais

empobrecida, principalmente com as ações de acompanhamento da gestante, incentivo ao aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento das crianças e cobertura vacinal. Essa forma de compreensão da APS trouxe para o debate grupos a favor e contra. Havia questionamentos referentes a APS, no que tange a oferecer uma atenção à saúde de baixa qualidade para os pobres, mas também havia uma leitura de que a APS poderia ser uma forma de organizar as mudanças necessárias nos sistemas de saúde. (Corbo & Morosini, 2005; p.163).

Em plena conjuntura contraditória, de arrocho fiscal e poucos recursos para as políticas públicas, o Ministério da Saúde (MS) em 1991 implanta o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizando as experiências que já vinham sendo desenvolvidas com sucesso. Em 1994 é implantado o Programa Saúde da Família que mais tarde incorpora as equipes do PACS. A partir de 1996, rompendo com o conceito de Programa o MS apresenta a Estratégia Saúde da Família como o modelo de atenção a ser seguido para reorganização dos territórios em saúde, articulando-se com outros níveis do sistema, com caráter substitutivo.

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 institui a Política Nacional de Atenção Básica e a partir de 2007 transforma o PSF em Estratégia Saúde da Família e o referencia como eixo norteador da atenção básica para reorientação do modelo de assistência à saúde, no Sistema Único de Saúde:

Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde deve ser acolhidos. (PNAB, 2011, p.19)

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família é definida como dispositivo de mudança que trabalha em um território delimitado, com uma população adscrita e com uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, para equipe de saúde da família

ampliada. Cada ESF conta com 1 (um) dentista, 1 (um) técnico de saúde bucal e 1 (um) auxiliar de saúde bucal. O MS recomenda a relação de uma ESF responsável por uma área de 600 (seiscentos) a 1000 (mil) famílias, com o limite máximo de 4.000 (quatro mil) habitantes. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011), aponta como diretriz para melhoria do acesso e qualidade a incorporação de 1 (um) agente de vigilância em saúde (AVS) para cada ESF, e da implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para no mínimo 5 (cinco) e no máximo 09 (nove) ESF.

A ESF se configura para organizar uma nova proposta de modelo de atenção à saúde, onde o trabalho é compartilhado, em equipe, a prática no território é horizontal e vertical com a rede de serviços. Toma como direções a responsabilidade e a longitudinalidade do cuidado e uma visão integral do indivíduo, família e do território onde vivem as pessoas, convertendo o atendimento centrado na abordagem médica, na doença e no uso excessivo de medicamentos.

Na perspectiva deste novo modelo de atenção a saúde é preciso modificar os processos de trabalho, superar as estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, investindo na interação e criatividade como novas ferramentas possíveis de produção do cuidado para uma melhor qualidade de vida. Sendo fundamental o investimento na qualificação profissional como preconiza o próprio SUS, na lei n.8080/90 no que tange a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Contraditoriamente, a mesma política de saúde, que propõe mudanças no modelo de atenção e para tanto reforça a necessidade de qualificação profissional, se distancia da política de formação profissional em saúde. Esta não acompanhou o mesmo desenvolvimento e avanços alcançados pelo SUS. O MS, como ordenador de recursos humanos, não vem conseguindo isoladamente regulamentar e compor as necessidades de formação que se apresenta para o novo modelo e apresentar uma proposta efetiva para a formação dos profissionais que já se encontravam nos sistemas de saúde. Desse modo, a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo, continua sendo um dos principais obstáculos para consolidação da Estratégia Saúde da Família (Giovanella, 2009).

Uma dessas atribuições é a proposta da Territorialização que consiste no esquadrinhamento do território de atuação das equipes da ESF, de modo a compreender, identificar e localizar os riscos, as causas, danos, vulnerabilidades e também as

potencialidade que materializam no espaço os determinantes sociais da saúde (Teixeira, 1998).

Essa metodologia (Monken, 1999) é uma das atribuições das equipes de saúde família, sendo necessário, portanto uma compreensão desse novo fazer, dessa nova possibilidade de organização do processo de trabalho, que traz um diferencial importante para o manejo das necessidades apresentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades para que se possa coletivamente melhor pensar as intervenções.

Compreender o território como espaço geográfico, com conteúdos político, econômico, ecológico, epidemiológico, cultural e subjetivo, é entendê-lo, como construção histórico-social, que revela em cada processo ali realizado as interferências no processo saúde doença, em suas dimensões individual e coletiva, delineando um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população ali circunscrita. Nessa direção, destaca-se o que alerta Barcellos e Monken (2007, p: 177),

Tanto para análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar – o que frequentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente.

Desse modo, o processo de territorialização altera a compreensão restrita de território incorporada ao setor saúde como simples delimitação espacial e possibilita conhecer os recursos locais e a dinâmica intersetorial para solução dos problemas. Sendo fundamental incluir o reconhecimento das potencialidades, sua riqueza e energia ali presente.

Configura-se, portanto, como nova responsabilidade e grande desafio para as equipes da ESF diante da ausência desta abordagem nas grades curriculares dos processos formativos oferecidos aos profissionais que trabalham e compõem estas equipes.

Para Silva (2011, p.15), “as teorias de currículo deduzem o tipo de conhecimento considerado importante a partir de descrições sobre o tipo de pessoa que elas consideram ideal. Qual é o tipo de ser humano desejável para um determinado tipo de sociedade? A cada “modelo” de ser humano corresponderá um tipo de currículo”.

Depreende-se que o currículo não circunscreve apenas um conjunto de conhecimentos, mas aporta, sobretudo, a perspectiva de materializar um produto final, que conforme uma identidade para o indivíduo. Portanto, as teorias curriculares estão sempre em um campo de disputa. Há um tensionamento colocado, na medida em que diferentes interesses determinam a conformação curricular e aonde se pretende chegar.

Fazendo um paralelo com Garcia (2008, p.15), a respeito da não formação do professor para lidar com alunos de classes populares, com alunos de favelas e/ou com alunos que pensam segundo outra lógica associamos com o que ocorre com os profissionais da ESF, que não estão formados para o trabalho com uma abordagem de inclusão do usuário, advindo de uma população empobrecida e excluída de direitos, mas rica de cultura e valores construídos na busca pela sobrevivência que estão presentes nestes territórios. Nessa perspectiva, refletimos que o currículo que forma o profissional de saúde, deveria incluir em seus conteúdos e metodologias didáticas a abordagem do contexto do trabalho, para além da escola e também na prática social.

Entendemos por contexto as circunstâncias – históricas e culturais, em que estão imersas as ações humanas, nesse estudo principalmente, as educativas e de saúde. Os contextos trazem para esses dois campos do conhecimento textos específicos (falas e discursos) cujas intencionalidades traduzem projetos e visões de mundo. Os contextos influenciam e condicionam tanto os processos formativos quanto os processo de trabalho, daí sua importância quando nos debruçamos sobre proposta de mudanças de modelos de atenção, práticas de saúde e formação profissional, as quais necessariamente aportam concepções sobre saúde-doença, trabalho e educação de trabalhadores.

Em uma perspectiva histórica-crítica, é fundamental refletir o contexto de formação da sociedade brasileira, fortemente marcado pelo multiculturalismo. Fomos colonizados pelos portugueses e tivemos o início de nossa história a triste marca do desrespeito aos povos indígenas e aos negros africanos. O ensino brasileiro traz em sua base histórica a cultura ocidental e europeia como formação de um conceito universal. Como nos afirma Candau (2008,p.17).

A nossa formação histórica está marcada pela eliminação física do “outro” ou por sua escravização, que também é uma forma violenta de negação de sua alteridade. Os processos de negação do “outro” também se dão no plano das representações e no imaginário social. Neste sentido, o debate multicultural na América Latina nos coloca diante da nossa própria formação histórica, da pergunta sobre como nos construímos socioculturalmente, o que negamos, o que afirmamos, valorizamos e integramos na cultura hegemônica.

Do mesmo modo, por entendermos que as escolas não são neutras e que os seus currículos compõem a formação da identidade do profissional, é possível dizer, que o encontro de diferentes profissionais que compõem as equipes da ESF para o desenvolvimento do trabalho nos territórios do SUS, deve contemplar e convergir em conteúdos e metodologias didáticas um conjunto específico de abordagens, que circunscrevam o encontro destes

profissionais com a diversidade cultural da população, em articulação com a prática individual e coletiva, do conhecimento da vida, da cultura e da reconstrução dos conhecimentos científicos na tentativa de evitar contradições.

Para Campos e Matta (2007, p:136) “o programa saúde da família (PSF) pode tornar-se uma instituição de poder por meio dos aparelhos do Estado, que institui, através das relações entre saberes e práticas, normas a serem internalizadas tanto pelos profissionais quanto pelas comunidades ligadas ao PSF”.

Pretendemos com este estudo, a partir da compreensão histórica, política e econômica da ESF, contribuir para uma reflexão a respeito da concepção que orienta a prática dos profissionais da ESF para o trabalho no território, valorizar as práticas implementadas a partir de suas experiências e necessidades do cotidiano de trabalho e apontar possibilidades de aprimoramento dos processos de trabalho por meio da abordagem do território.

Levantamos como eixo condutor deste estudo, uma questão central que norteou os objetivos a serem alcançados: As propostas de qualificação profissional oferecidas no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, pelo Município do Rio de Janeiro aos profissionais das equipes de Saúde da Família da AP 3.1, apresentavam dispositivos teóricos, metodológicos e operacionais para a compreensão e apropriação do território como espaço privilegiado para a mudança das práticas de saúde?

Para responder a essa indagação buscamos como objetivo central, compreender os processos de qualificação da prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para o trabalho no território, na área de planejamento 3.1 no município do Rio de Janeiro, no período de 2008 a 2012. Em seguida: 1. Descrever a conjuntura política, econômica e a estrutura organizacional de implantação da estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro; 2. Identificar quais as qualificações realizadas na AP 3.1 com os profissionais da Estratégia Saúde da Família para o trabalho no território e 3. Conhecer como os profissionais da estratégia saúde da família vêm aplicando os conhecimentos adquiridos no cotidiano de suas práticas nos territórios.

A pesquisa foi realizada na Área de Planejamento 3.1, no município do Rio de Janeiro, com a pesquisa de campo desenvolvida com três Equipes de Saúde da Família, das Unidades de Saúde: CMS Alemão, CMS João Candido e CMS Madre Teresa de Calcutá e os respectivos gerentes. Esses serviços foram selecionados de acordo com critérios preestabelecidos, como descrito no capítulo referente a metodologia da pesquisa. Realizamos

um estudo de caso múltiplo, com a coleta de dados por entrevista semiestruturada. Para análise do material utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo com auxílio da ferramenta de informática Qualiquantisoft, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005a)

A dissertação esta organizada em quatro capítulos:

O capítulo I remete a uma revisão da literatura, contextualizando o tema e articulando os referenciais teóricos.

O capítulo II discorre sobre o caminho metodológico e as três fases distintas da pesquisa.

O capítulo III apresenta os resultados - Construção do Discurso do Sujeito Coletivo.

O capítulo IV finaliza com discussão e conclusões – interpretando o DSC.

Pretendeu-se com essa pesquisa, contribuir, para uma reflexão crítica sobre as qualificações oferecidas na AP 3.1/ RJ, aos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Constatamos que na prática dos profissionais, ocorre um trabalho desenvolvido com compromisso em busca de um cuidado integral e com os princípios do Sistema Único de Saúde, mas para o avanço do SUS em resposta ao direito a Saúde para todos com qualidade, é preciso que a gestão tenha o compromisso com a ordenação de recursos humanos e possa consolidar a agenda de qualificação dos profissionais.

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO O TEMA: uma revisão da literatura

I.1 Da Reforma Sanitária a Estratégia Saúde da Família

O movimento de Reforma Sanitária iniciado nos anos 70 trouxe junto com a discussão do Sistema Nacional de saúde vigente a possibilidade de se criar um Sistema Único de Saúde e a centralidade da qualificação de recursos humanos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro aprovado na Constituição Federal – artigo 200, Inciso III, por meio de sua lei orgânica nº 8080/90 ordena a formação de recursos humanos na área da saúde.

Mesmo com os avanços jurídicos legais da constituição de 88 e as diretrizes operacionais das leis orgânicas da saúde (Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990), constatamos uma contradição no processo de institucionalização do SUS quando o governo federal firma compromisso com orientações neoliberais e opta por uma política de ajuste fiscal e de desestatização, ofuscando conquistas, com cortes no financiamento da saúde, o que vem impedindo e dificultando as mudanças necessárias em direção ao direito universal com qualidade, a equidade e ao efetivo controle e participação social. Como nos afirma Campos, (2006, p19)

(...) é importante reconhecer que o discurso e a atuação dos últimos governos da República têm se vinculado às três primeiras alternativas: a da privatização, da contenção de gastos através de medidas que promovam “austeridade” e “seleção de demandas”. De resto, este tem sido o padrão de políticas governamentais em quase toda América Latina, nos últimos 20 anos. Orientação econômica que impõem um processo recessivo e políticas sociais cada vez que mais restritas, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais e dos próprios países desenvolvidos dos quais temos grande dependência..

A partir da diretriz da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi realizada I conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, que aponta a necessidade e formulações de uma integração entre setores da saúde, educação e representantes da população. No entanto as formulações construídas no coletivo com a Conferência não representaram força suficiente para a implementação de efetivas mudanças nas Políticas Públicas de Saúde.

De acordo com Paim, (1994, p:15)

Tal iniciativa representaria um passo importante de um Estado que se pretendesse democrático, pois, serviria para ampliar a discussão e aprofundar a consciência dos agentes sobre as contradições dessa temática. Poderia

facilitar até mesmo a mobilização institucional e social para avançar as políticas públicas. Todavia, representou um movimento muito preliminar, episódico e insuficiente para formulação e implementação dessa política.

Na atualidade, marcada por um cenário de institucionalização de políticas democráticas e inclusivas, a temática da qualificação do profissional da estratégia saúde da família para o trabalho no território é um estudo extremamente relevante diante do contexto em que se encontra o trabalhador do Setor Saúde, ao menos por duas situações apresentadas:

1. A proposta de reformulação do modelo de assistência e o pouco investimento no setor público passando para o terceiro setor a gestão da saúde e,
2. A compreensão da territorialização na prática da ESF, diante dos frequentes questionamentos aos profissionais a respeito do pouco conhecimento do território onde atuam e a falta de planejamento das ações com base no diagnóstico de condição de vida e situação de saúde da população sob sua responsabilidade.

Com relação à primeira, Franco e Merhy (2000) apontam as contradições e os novos desafios com implantação do modelo de atenção saúde da família e afirmam a necessidade que para um novo modelo de assistência à saúde será preciso modificar os processos de trabalho. Será preciso a incorporação de “tecnologias leves³” para superar as estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, permitindo a possibilidade do cuidado com maior interação e criatividade. O que torna indispensável o uso de dispositivos integradores para mudança no processo de trabalho de modo a preparar as equipes com uma nova visão do trabalho, da saúde e da população de sua área de atuação – o território, para a conformação de um perfil adequado ao modelo proposto.

Complementando a primeira situação, a segunda, traz para o centro do debate o desconhecimento dos profissionais da ESF sobre a materialização do trabalho no território e o pouco investimento neste novo recurso, fato constatado em vários trabalhos acadêmicos e artigos científicos.

Um dos indicadores mais questionados no momento de avaliação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)⁴ é o número de visitas domiciliares realizadas

³Emerson Merhy, classifica as tecnologias em saúde como, leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. dependentes As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais

⁴ O SIAB foi implantado e desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datusus) e pela Secretaria de assistência à saúde (SAS) na década de 1990, com o objetivo de: 1) monitorar as atividades realizadas pelas ESF, 2) agilizar o processo de produção dos dados e das informações, 3) instrumentalizar os gestores do SUS no planejamento das ações e dos serviços de saúde locais, a partir do

mensalmente pela equipe – insuficiente e pouco qualificada. Mesmo admitindo ser o SIAB um instrumento contraditório e que pouco ajuda na avaliação do trabalho realizado no território, dado não possibilitar o registro de outras atividades desenvolvidas (saúde mental e promoção da saúde), a reflexão sobre a baixa efetividade da equipe no terreno, traduz o grau de desconhecimento e dificuldade que essa prática imprime ao conjunto dos trabalhadores implicados.

Na direção de consolidar a proposta de qualificação dos profissionais de saúde, em setembro de 2003 o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para Educação Permanente em Saúde, apresentada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde⁵. A proposta dessa política é de superação das tradicionais capacitações pontuais por um processo formativo que contemple a educação permanente em saúde, com uma reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão, ensino e participação popular.

Na esteira da qualificação permanente dos trabalhadores da saúde para atender a proposta de cobertura da Atenção Básica é que a Estratégia Saúde da Família se coloca como um novo modelo de atenção a saúde, com trabalho em equipe dentro de um território delimitado, onde é possível a construção de uma visão integral do indivíduo, família e lugar onde vivem as pessoas, com sua cultura, potencialidades e vulnerabilidades, com prática horizontal e vertical com a rede de serviços, responsabilidade e longitudinalidade do cuidado, combatendo o atendimento ao modelo centrado na abordagem médica, na doença e uso excessivo de medicamentos.

Para tanto, é preciso fazer valer o compromisso com a qualificação do profissional de saúde já inserido na rede. A Lei orgânica da saúde (Lei 8080/90) garante a ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos e o MS incentiva financeiramente os municípios pela cobertura de equipes da ESF implantadas, priorizando este modelo de atenção para reorganização dos territórios em saúde.

Outro desafio posto é integrar no território o trabalho da vigilância em saúde com o da atenção básica, visto que, há uma fragmentação histórica entre as estruturas operacionais do SUS – epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador. Essa problemática no âmbito do

conhecimento e análise da situação de saúde e condições de vida, registrados na informação. (Gomes, Moreno e Soares, 2007, p:199)

⁵A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), foi criada em 2003, sendo responsável por formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. (Brasil, 2003d, p1)

perfil do profissional de saúde voltado para o trabalho proposto na Estratégia Saúde da Família foi constatado desde o início de sua implantação, e necessita ser contextualizada e introduzida nos processos formativos, para assegurar a integralidade do cuidado e a efetividade das ações no território.

Como afirma Neves (2005), é preciso garantir que o ritmo e a natureza dos processos formativos voltados para um novo perfil do profissional da saúde, seja do ponto de vista do trabalho, a possibilidade técnica e política de transformar as relações de produção vigentes. Ensjando que o domínio do conhecimento das leis da natureza e da dinâmica da sociedade, ao mesmo tempo resgate para o trabalhador, a condição de sujeito do processo social, e proporcione os instrumentos necessários para o desenvolvimento coletivo de suas lutas contra apropriação privada da riqueza e do saber.

Todo esse panorama traz à reflexão para a necessidade de desenvolvimento de estratégias que permitam de fato alcançar um estado de organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, articulado com a vigilância em saúde, como processo norteador das práticas de atenção e cuidado, capaz de efetivar os princípios da integralidade, da intersetorialidade, da equidade, da acessibilidade, da co-responsabilidade e da participação social, exercitados por profissionais conscientes, formadores de opinião e com práticas voltadas para o território .

Um trabalho implementado para responder aos problemas de saúde e atender as necessidades de uma população adscrita, por meio da análise sistemática da situação de saúde. Desse modo, as equipes com o seu potencial cognitivo, técnico e subjetivo articulado a sua capacidade de formulação, podem conduzir cotidianamente o seu trabalho com a reconstrução dos conhecimentos científicos e de práticas que fortalecem os territórios e ampliam a sua rede de atuação.

I.2 Propostas de organização do trabalho em saúde - atenção primária, atenção básica e estratégia saúde da família

A Atenção Primária à Saúde influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo e se constituiu com duas características básicas: a regionalização com base populacional e identificação das necessidades de saúde e a integralidade, fortalecendo a integração entre ações curativas e preventivas.

Nos anos 60 nos EUA em busca de uma resposta para a população que não tinha acesso aos serviços de saúde, surgiu a medicina comunitária, a partir da medicina preventiva que pensava a prática médica de forma mais integral e mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias.

Nos anos 70 a APS foi desenvolvida em vários países e tendo a Organização Mundial de Saúde, como sua principal agência difusora, esta organiza a I conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, onde propõe a APS como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde para Todos no Ano 2000. (Fausto e Matta, 2007)

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Alma Ata, 1978, coloca pela primeira vez para o campo da saúde algumas recomendações que vão aportar questões hoje centrais:

- Saúde como direito humano fundamental e resultado de um conjunto de interdependência e reciprocidades (paz, desenvolvimento sócio-econômico e qualidade de vida), bem como o envolvimento e a participação da comunidade;
- Define Cuidados de Saúde Primários (CSP) como essências a saúde, pautados na acessibilidade universal, equidade e justiça social e devem ser integrados aos sistemas nacionais de saúde para responder aos principais problemas e necessidades da população.
- Suas áreas de intervenção devem ser: a educação para a saúde; a nutrição apropriada; a qualidade da água e saneamento básico; os cuidados de saúde materno-infantil (o que inclui o planejamento familiar); a imunização (dirigida às principais doenças endêmicas); a prevenção e controlo de doenças endêmicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais (Alma Ata, 1978)

A incorporação desses pressupostos nas formulações da saúde coletiva e na saúde pública brasileira foi clivada por diferentes interpretações teóricas que resultaram em práticas diversas – desde as que entendiam cuidados primários como medicina pobre para pobre, até as que viam na proposta perspectiva de reordenação de ações e serviços de saúde.

Alguns fatores colaboraram para o crescimento das ações focalizadas e seletivas de atenção primária em saúde, entre eles: o apoio dos Organismos Internacionais a essa expansão

de “cestas básicas” de serviços de saúde entre os países mais pobres e a crise econômica dos anos 80 que favorecia o apoio dos países desenvolvidos aos países em desenvolvimento. (Fausto e Matta, 2007, p: 51)

É fato que a APS esteve sempre associada à expansão dos serviços de saúde, para aumentar o acesso para a população mais empobrecida, principalmente a ações voltadas para o componente materno-infantil e cobertura vacinal. Contribuindo para este debate e afirmando a possibilidade de organização dos sistemas e serviços de saúde a partir da APS, Mattos nos diz:

Nessa acepção transformada de atenção primária, como estratégia de mudança do sistema de saúde, se aceita a tese de que a expansão da cobertura aos grupos excluídos possa se fazer, primeiramente, através de cuidados mais simples e de custos mais baixo, mas apenas como etapa provisória de expansão que permite maximizar impactos epidemiológicos na acentuada escassez de recursos. Por sua vez a segunda perspectiva preserva a ênfase na expansão de cobertura do sistema de saúde como um todo, ou seja a perspectiva da inclusão gradual dos grupos socialmente mais frágeis (Mattos, 2002, p.81).

A conquista do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988 que declara, “*Saúde como direito de todos e dever do Estado*”, além de ser uma importante conquista democrática, desafia a gestão, os trabalhadores e os cidadãos a uma nova forma de pensar e agir em saúde, onde o conceito de saúde é ampliado. Este novo conceito, convoca a sociedade a superar o modelo biomédico, centrado no indivíduo e na doença e convida a todos a pensar saúde de uma forma mais ampla, onde entre outros direitos temos o acesso a alimentação, educação, trabalho, lazer, dentre outros..

A despeito dos avanços alcançados a partir de 1988, no cotidiano do serviço ainda constatamos um distanciamento da implementação de políticas que garantam estes direitos e de pouca mudança na reorientação das práticas para a ampliação do conceito de saúde. De acordo com LIMA, (2007, p. 02).

A construção coletiva do novo conceito de saúde é possível assim compreender: como o resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e destes com a natureza, no processo de produção de sua existência. E, particularmente, como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material, que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso à alimentação saudável, à moradia, à educação, ao trabalho, ao lazer, a serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se considerar também o corpo socialmente investido, isto é,

verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade (2007, p.02).

Partindo deste novo conceito de saúde, somos convocados a refletir a respeito da qualificação do profissional para o SUS e o que na verdade vem sendo efetivamente aplicado nas redes de serviço. Para Donnangelo e Pereira (1976), o trabalho em saúde é uma prática técnica, respondendo às exigências econômicas, políticas e ideológicas, mas é também uma prática social.

O trabalho voltado para compreensão das condições de vida, da forma de organização da sociedade e do processo de reprodução social que ocorre nos territórios além de prática social comprometida com as mudanças estruturais, revelam os determinantes de uma situação de saúde, que inclui condições socioeconômicas, culturais e ambientais e as relacionam com as condições de existência e trabalho da população. Como nos afirma BATISTELA (2007,p.78)

(...) em uma outra perspectiva de modelo atenção, o objeto das práticas de saúde se expande para além da doença, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, passando a englobar as necessidades e os determinantes (condições de vida e trabalho); os sujeitos da atenção não podem ser considerados apenas os médicos, os sanitaristas e seus auxiliares, mas as equipes de saúde (de todos os níveis), trabalhadores de outros setores e a própria população.

A partir desses marcos histórico, algumas iniciativas de reorganização das práticas de saúde foram sendo pautadas no Brasil. A instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 introduz a lógica de fortalecer a comunidade pela relação orgânica desse sujeito singular com a população do território e o conhecimento que tem dos problemas e das necessidades de saúde do lugar, se constituindo como mediador entre a equipe e a população sob sua responsabilidade.

A experiência bem sucedida do PACS aporta conhecimentos e práticas para a formulação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994. O PSF ao longo do tempo se consolida, e se transforma, mais recentemente, em uma estratégia de fortalecimento do SUS. Dentre suas ações, está a de auxiliar na transformação da estrutura dos serviços de saúde, por meio do planejamento e da programação da oferta de serviços apoiada no enfoque epidemiológico, pela compreensão dos múltiplos riscos à saúde e seus determinantes, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como a promoção da saúde.

De acordo a discussão feita por Gondim (2011, p.16), a partir da implementação da Portaria N.399/GM de 22 de fevereiro de 2006, com o tema “Consolidação do SUS”, o MS institui o Pacto pela Saúde, que contempla três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. O pacto foi efetivado entre as três esferas de governo. Em 2006, a Portaria n. 648/GM de 28 de março, institui a Política Nacional de Atenção Básica, redefinindo as diretrizes e normas nos marcos do Pacto pela saúde.

A expansão do PSF e sua consolidação em 2006 como ESF seu deu de forma bastante diversificada em todo o país. Alguns elementos contribuíram para isso, dentre eles a proposta da territorialização que orienta, ao mesmo tempo, o olhar sobre as condições de vida e a situação de saúde, e as intervenções propostas para resolver os problemas identificados em cada área coberta por equipe da ESF. Decorrente das diferenças nos territórios, diversos modelos de atuação do ESF vêm sendo criados, apontando para uma diversidade de processos na formação das equipes, em razão das especificidades loco-regional encontradas.

Iniciando sua implantação pelo mapa da fome no Brasil e posteriormente pelo IDH, a Estratégia Saúde da Família apresenta o seu desenvolvimento espacial em população focalizada. Para os defensores da reforma sanitária a descentralização e ampla cobertura de atenção básica é um avanço dentro do SUS, na intenção de implementar uma mudança no modelo médico-assistencial centrado no hospital e na abordagem medicamentosa onde a Atenção Básica deve ser o contato preferencial do cidadão com o serviço de saúde, para que este serviço possa ser o organizador do sistema de forma hierarquizada, como preconiza o SUS

Esta estratégia de trabalho traz para o foco as ações integrais e territoriais, visando à atenção ao indivíduo, à família e à comunidade, propondo o desafio de uma mudança de atitude para os profissionais - a implementação de uma clínica ampliada, com fortalecimento do vínculo e uma abordagem que inclua o sujeito de forma integral com sua subjetividade. (Campos, 2006, p. 61). Há uma grande complexidade nas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, levando-se em conta as diversas variáveis que envolvem o sujeito, como o risco e a vulnerabilidade, que envolvem além das questões de saúde e ambiente as subjetivas e sociais.

A promoção da saúde⁶ compõe um dos eixos estruturantes da prática da estratégia saúde da Família nos territórios, que compreende os determinantes do processo saúde-doença de forma ampliada e convoca o encontro de outros saberes, agora não mais somente os técnicos, mas também os saberes populares, parceiros comunitários, públicos e implantação de novas políticas de saúde que tragam respostas aos problemas. Como nos afirma, Araújo e Stotz (2004, p:17)

É indispensável, portanto, pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde. Para alterar a dinâmica do sistema de saúde, é indispensável que a construção desta cultura venha a construir o escopo da política de saúde, a exemplo da humanização do SUS, a formação do pessoal em serviços e o deslocamento da prática do controle social do âmbito da gestão para o da formulação de políticas. Certamente não basta a vontade de um grupo de profissionais, técnicos, lideranças sindicais e ativistas comunitários. É evidente a necessidade de aprofundar a reforma do setor saúde, de prosseguir a Reforma Sanitária.

I.3 O território e a territorialização na ESF

Para Monken, M. & Barcelos, C. (2005) o território das ações de saúde tem uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. Desse modo, as ações de saúde devem ser orientadas pelas condições objetivas e subjetivas da vida de um lugar, pelas especificidades dos contextos e territórios da vida cotidiana, possibilitando uma maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece. Lembrando sempre da importante articulação desta compreensão local com a relação direta com a macro política. É fundamental compreender as interferências das agências internacionais e do conceito de território apropriado pelo Estado.

⁶ Política Nacional de Promoção à Saúde (2006) - é utilizada “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL/MS, 2006, p. 10)”. Carta de Ottawa – “A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa.pdf>. acesso em 20 nov de 2012

O território é consumido (apropriado) pela diversidade de eventos que ocorrem na horizontalidade, mas para compreender o sentido da totalidade dentro da particularidade é importante reconhecer também a presença dos processos verticais – as verticalidades (Gondim, 2011). De acordo com o geógrafo Milton Santos (2001), a horizontalidade é o que se compartilha coletivamente como solidariedade e a verticalidade responde ao interesse hierárquico, que subjuga o coletivo.

As verticalidades são os vetores de uma racionalidade superior e do discurso pragmático dos setores hegemônicos, criando um cotidiano obediente e disciplinado. As horizontalidades são tanto o lugar da finalidade imposta de fora, de longe e de cima, como o da contrafinalidade, localmente gerada. Elas são o teatro de um cotidiano conforme, mas não obrigatoriamente conformista e, simultaneamente, o lugar da cegueira e da descoberta, da complacência e da revolta. Santos (2001; p.286).

Como complemento a sua fala, Santos desmitifica diferentes escalas para situá-las na totalidade:

A região e o lugar não têm existência própria. Nada mais são que uma abstração, se o considerarmos à parte da totalidade. Os recursos totais do mundo ou de um país quer seja o capital, a população, a força de trabalho, o excedente, etc, dividem-se pelo movimento da totalidade, através da divisão do trabalho e na forma de eventos. A cada momento histórico, tais recursos são distribuídos de diferentes maneiras e localmente combinados, o que acarreta uma diferenciação no interior do espaço total e confere a cada região ou lugar sua especificidade e definição particular. Sua significação é dada pela totalidade de recursos e muda conforme o movimento histórico. (Santos, 2004; p. 165)

O trabalho das equipes de saúde da família precisa estar circunscrito na dinâmica do espaço geográfico - os fixos e fluxos, para que possa ser compreendido e analisado dentro de um contexto e nunca como uma situação isolada. É preciso incluir nesta análise os diferentes hábitos e modos de vida, as especificidades loco-regionais que traz a cultura de cada local e as desigualdades econômicas que vão interferir diretamente nas condições de saúde da população. Desse modo, as intervenções em saúde devem contemplar as particularidades da vida da população, levando em conta as formas diferenciadas de organização nos territórios.

De acordo com Monken e Barcellos (2007 p.181) os territórios contêm formas de organização diferentes. As principais diferenças de populações dentro de um território são as populações rurais e urbanas. As desigualdades sociais contribuem fortemente com a definição da localização da população no território. O nível econômico e a inserção da população nos processos produtivos contribuem para o processo e a forma de urbanização. Constatamos uma grande desigualdade no processo de ocupação dos territórios, para a população com

melhor recurso econômico os locais com melhores condições ambientais e infra-estruturas de saneamento e para os mais pobres os locais com menos recursos ou péssimas condições. Os autores alertam:

(...) o uso da categoria espaço na análise da situação de saúde e na análise de risco não se limita exclusivamente à mera localização de eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o espaço é, ao mesmo tempo produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais (Barcellos et al, 2000) .

Para que possa desenvolver um bom trabalho de intervenção a partir da construção do diagnóstico de situação de saúde e condições de vida da população de uma determinada localidade, a equipe de saúde da família deve reconhecer o conteúdo social, ambiental e político do território e compreender a dinâmica estabelecida entre as pessoas do local com suas regras e os recursos envolvidos nas diversas pactuações. Os recursos e as regras existentes no território materializam as condições necessárias para a existência e o convívio das pessoas, podendo aproxima-las ou distancia-las, dependendo da forma de utilização individual e coletiva. De acordo com Monken e Barcellos (2007, p.183),

Os recursos que sustentam a reprodução da vida social podem ter uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecidos nos fluxos de pessoa e de materialidades (mercadorias, por exemplo), e equipamentos sociais. Os recursos individuais são relativos às condições dos domicílios e às instalações sanitárias de habitação. O nível de rendimento individual em determinadas faixas de renda se materializa nestas condições do domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação que por sua vez, podem condicionar regras específicas de comportamento.

Ao desenvolver suas ações, a ESF deve focalizar sua atenção para alguns objetos geográficos que são relevantes como *“as características de ocupação do lugar (estradas e ruas, caminhos, sistemas de esgoto e de água, terrenos baldios, depósito de lixo, núcleo habitacionais – domicílio, novos assentamentos e ocupações) e suas condições ecológicas e geomorfológicas (áreas de florestas e desmatadas, a fauna, flora, relevo, hidrografia e clima)”* Monken e Barcelos (2007, p.183).

Uma das etapas do trabalho na estratégia saúde da família é a construção do diagnóstico de condições de vida e situação de saúde da população que deve ter construído na fase final do cadastramento. Este diagnóstico é pouco retomado pelas equipes, ou por desconhecimento da riqueza de informações e por não saber como utilizar ou por pouco incentivo da gestão,

que esta faz muitas referências aos indicadores pactuados, que normalmente não expressam as necessidades de saúde daquela população local.

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

Nessa perspectiva, será preciso uma nova atitude profissional, novas relações precisarão ser construídas, o saber da comunidade deverá ser incluído e novas trocas serão realizadas para compreender os determinantes do processo saúde doença, que junto com o conhecimento local possa construir as propostas de enfrentamento. O trabalho em equipe e a interação com a população serão fundamentais.

Será necessário ainda, para o agir cotidiano das equipes da ESF incorporar os conceitos que permeiam as ações de vigilância em saúde – território, territorialização, problemas de saúde, práticas sanitárias e intersectorialidade, de modo a o fortalecer a descentralização e valorizar o usuário e a família em seu espaço social, como sujeitos em ação na busca de resoluções aos problemas identificados no território e para definição e desenvolvimento do cuidado à sua saúde.

Como nos afirma, GONDIM & MONKEN, 2003, p:12

O trabalho de campo – no território, possui simultaneamente, uma natureza educativa e investigativa. A primeira se firma no interior do processo pedagógico em função das mediações que estabelece entre os saberes e as práticas cotidianas, “ressignificando” a aprendizagem na articulação escola-serviço-comunidade. A segunda se constrói pela busca sistemática de informação sobre um território-população através de metodologias quantitativas, qualitativas e técnicas de territorialização, revelando realidades sócio-sanitárias-espaciais e a articulação trabalhador-serviço-práticas.

A Territorialização consiste em uma das atribuições das equipes de saúde família, uma nova atitude profissional, sendo necessário, portanto, uma compreensão desse novo fazer, dessa nova possibilidade de organização do processo de trabalho, que traz um diferencial importante para o manejo das necessidades apresentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades para que se possa coletivamente melhor pensar as intervenções na direção da promoção de espaços saudáveis.

Para tanto, deve ter como característica o trabalho em equipe e horizontal, incorporando os diversos saberes profissionais e aqueles de outros campos de conhecimento para o

enfrentamento dos problemas e a construção de projetos terapêuticos singulares, de acordo com as necessidades dos indivíduos e coletivos.

Por isso, o desenvolvimento das práticas de saúde no território se colocam como mudança fundamental para reorientação do modelo de organização dos processos de trabalho e traz a oportunidade de um diferencial importante para o manejo das necessidades apresentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades para que se possa melhor pensar as intervenções, através do diagnóstico local das condições de vida e situação de saúde da população a ser cuidada.

Essa condição do trabalho territorializado apresenta para a ESF a necessidade de uma ampla discussão a respeito dos múltiplos conceitos de território e da territorialização nos campos da saúde e da educação. Uma compreensão para além daquela do espaço geometria, ou do espaço político, mas, sobretudo como lócus privilegiado do trabalho em saúde e operativo do sistema de saúde, onde múltiplas dimensões e conteúdos territoriais estão imbricados na definição do processo saúde-doença.

Outras questão relevante para o trabalho territorializado é a coexistência de múltiplas territorialidades ou multiterritorialidade⁷, nos espaços delimitados de ação da ESF, as quais se não forem compreendidas pelos profissionais das equipes torna o processo de territorialização apenas uma etapa de implantação da estratégia e não uma prática transformadora das condições de vida e saúde da população.

Nessa concepção, verifica-se a importância do momento de reconhecimento da população e dos limites de atuação de cada equipe e o grau de dificuldade que isso representa diante das diferentes variáveis que envolvem a administração dos interesses no território, colocados diante dos vários requisitos incluídos neste processo - número máximo de indivíduos e famílias a serem incluídas, área socioeconômica e epidemiológica aproximadamente homogênea e o acesso da população e da equipe de profissionais ao local e mesmo a unidade de saúde da família.

Assim, aos profissionais de saúde que trabalham nos territórios da ESF deverá ser possibilitado compreender que, embora a delimitação territorial facilite a busca por respostas aos problemas e necessidades da população, o espaço geográfico onde se produz e reproduz a vida a todo o momento é modificado. Portanto, as mudanças não acontecem da mesma forma

⁷ Rogério Haesbert, (2002, p. 42), Recorre a três elementos identificar multiterritorialidade, na contemporaneidade do mundo globalizado, com os seus processos de fragmentação muitas vezes excludentes: os territórios – zona, onde prevalece uma lógica política, os territórios – rede, onde prevalece uma lógica econômica e os aglomerados de exclusão – que caracteriza a lógica social de exclusão sócio – econômica das pessoas.

em todos os lugares e não respondem à expectativa de cada indivíduo, principalmente quando as decisões são tomadas sem a participação da população ou daqueles que serão os mais afetados.

Essas mudanças, algumas vezes ocorrem sem problemas e em outras vezes com tencionamentos. Os conflitos acontecem porque os homens pensam e vivem de formas diferentes. Também existe correlação de forças diferentes nestes locais e diversas formas de interferências políticas. Na verdade ampliar a compreensão das singularidades é reconhecer que existem regras nos lugares e que estas precisam ser pactuadas e respeitadas.

É possível afirmar, que a grave desigualdade de renda presente na população brasileira, influencia o acesso a educação, saúde, habitação, alimentação, lazer e diversos recursos sociais, e contribui para a conformação desigual de cada território com hábitos e práticas diferenciadas. Desse modo, a depender do referencial constituído em cada localidade, principalmente a partir do que lhe é ofertado, a população conforma a utilização dos recursos. E como os processos sociais e ambientais estão para além do limite territorial onde as pessoas vivem ou da delimitação territorial da ESF é preciso incluir na construção dos hábitos e práticas a influência de poderes externos.

Com históricos diferentes que conformam as diversas ocupações onde o trabalho da ESF se desenvolve, é possível dizer que a compreensão desses contextos, torna-se fundamental para identificação das diferentes atuações possíveis nos territórios, levando em conta os níveis distintos de risco e vulnerabilidades em que se encontra a população. Por isso o potencial do trabalho no território precisa ser impulsionado pela criatividade da equipe, para que assim possam ser enfrentado as dificuldades no funcionamento da rede de atenção e as adversidades que surgem no cotidiano.

I.4 Trabalho, Educação e Formação Humana

Para compreender as relações sociais e toda a complexidade de sua transformação é fundamental compreender a formação da humanidade e o modo de produção capitalista. É importante compreender como ocorrem as mudanças a partir da relação, homem e trabalho e como a humanidade se reconstitui a partir dessas mudanças.

O homem age sobre a natureza transformando-a de acordo com suas necessidades e se constitui como sujeito a partir de suas relações sociais. O processo de transformação da natureza e do homem busca satisfazer a sua necessidade e o trabalho realizado o torna vivo. Esta compreensão diferencia o homem dos animais que se adaptam a realidade e amplia a visão do trabalho sob o reducionismo do capitalismo – como compra e venda da força de trabalho, trabalho assalariado e trabalho alienado. (Frigotto, 2008, p. 399)

O homem garante a sua existência e produz a sua própria vida com sua ação transformadora sobre a natureza. Quando o homem age sobre a natureza para transformá-la, ele também passa pela ação transformadora do trabalho. A produção da vida humana está diretamente ligada ao trabalho. Marx,(1983), nos ajuda compreender a relação do homem com a natureza e o seu processo de transformação com a seguinte afirmação:

(...) Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua à sua corporeidade, braços, pernas, cabeças e mãos, à fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-lo, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (Marx,1983, p.149)

O trabalho realizado pelo homem busca responder a suas necessidades e produzir conhecimento, mas a concepção ontológica do trabalho o configura a uma compreensão complexa e com uma dimensão mais ampla de produção da vida humana, o que leva a uma visão de possibilidade de concretude do homem com o trabalho e suas relações sociais.

O trabalho também tem uma relação de princípio educativo, de formação da pessoa humana em todas as suas potencialidades. Ramos (2010), cita Saviani (2007), para nos falar da gênese e história da relação entre trabalho e educação.

(...) eles aprendiam a trabalhar, trabalhando. Lidando com a natureza, relacionando-se uns com os outros; os homens se educavam e educavam as novas gerações. A produção da existência implica o desenvolvimento de formas e conteúdos cuja validade é estabelecida pela experiência, o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem. Assim, enquanto os elementos não validados pela experiência corrobora necessitam ser preservados e transmitidos às novas gerações no interesse da continuidade da espécie. (p.154).

Inicialmente o trabalho era naturalizado e desempenhado sem a exigência da formação. Os novos profissionais aprendiam com os mais antigos. Também é possível perceber que

embora a dualidade da educação seja uma forte marca do capitalismo, muito antes ela já se fazia presente.

Na Grécia antiga, por exemplo, havia de um lado os componentes das classes ociosas que ocupavam as escolas por não precisar do trabalho para sobreviver, e do outro lado a maioria da população educando-se no cotidiano do trabalho. As atividades intelectuais eram restritas a uma pequena parcela da população.

Na Idade Média a escola para os ociosos passa a agregar um valor de nobreza estando ligada a guerra e a aristocracia, ocorrendo em escolas paroquiais, escolas catedralícias e escolas monacais (Saviani,1994).

No feudalismo o trabalho da população era rural fazendo parte também a aprendizagem do ofício dos artesãos. Com o artesanato e o excedente rural criaram-se condições mercantis, proliferando as trocas entre os produtores através das feiras. O desenvolvimento da atividade proporcionou a migração da atividade do campo para cidade e da agricultura para a indústria. (Saviani,1994).

Diante deste novo processo de produção, é possível destacar a substituição do direito natural pelo direito positivo, fundando assim a sociedade moderna, sustentada pela ideologia do liberalismo. Segundo Saviani (1994, p.155) *“a noção de liberdade, como princípio do modo de organização da sociedade moderna, que está caracterizada na ideologia do liberalismo, significa que cada um é livre para dispor de sua propriedade”*.

Como afirma Ferretti (2009), a sociedade moderna é compreendida como a época da cidade e da indústria. Esta nova forma de organização da sociedade implica na necessidade de uma ampliação ao acesso à escola. Primeiro, para apropriação de conhecimento sobre a nova forma industrial de produção e em segundo, pela natureza da sociedade fundada no direito positivo, que para forma contratual formal passa a exigir a generalização da leitura e da escrita. A escola formal passa a centralidade, permanecendo com menos evidência a educação realizada pela Igreja e pela família.

Com a contribuição de Manacorda (1994), é possível compreender que ocorre uma mudança no modo de produção e também na vida da humanidade, surgindo a necessidade da escola elementar para todos. *“(…) passagem definitiva das Igrejas para os Estados, as leis que criam as escolas de Estado, vem juntas com as leis que suprimem a aprendizagem corporativa”*. (Manacorda, 1994, p. 249)

Nos séculos XVIII e XIX, é evidente o embate e a disputa de classe no campo educacional. A educação deve ser somente a necessária para os trabalhadores. De acordo com Saviani, Adam Smith atribuía a educação básica para os trabalhadores a possibilidade de aumentar sua capacidade de viver na sociedade moderna, o que seria muito bom para o capitalismo, mas somente a educação básica, para que não se voltassem contra os interesses do capital.

Portanto, efetivamente é importante buscar na prática da educação, a direção da superação da dualidade estrutural que historicamente marca as concepções e práticas educativas no Brasil.

Contextualizar tal temática dentro da dinâmica do sistema capitalista, da produção e do mundo do trabalho é fundamental, para compreensão e possibilidade de intervenções nos processos de formação.

O trabalho no território realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família apresenta um desafio da práxis, onde o território deve ser o foco das práticas realizadas, portanto é fundamental uma formação omnilateral, que busca ampliar suas possibilidades e contribuições, onde o trabalho territorializado, possa contribuir para essa perspectiva, proporcionando vida nas relações e encontros estabelecidos e traga um significado que complete a perspectiva humana, para que o trabalhador possa se reconhecer no trabalho produzido.

I.5 Trabalho e Educação dos Trabalhadores

No Brasil ao longo da nossa história, até quase a República, havia uma compreensão de desprezo pelo ensino de ofícios. O trabalho pesado era uma atividade dos índios e dos escravos.

Não havia espaço na escola para a educação profissional, esta era entendida como ação de caridade, sendo oferecida aos órfãos e desvalidos, só posteriormente o ensino profissional, ainda como grau elementar, é incluído no conjunto geral das instruções.

A relação entre trabalho e educação já se apresentava como problema, diante do processo de industrialização e da revolução de 1930. Embora na Constituição de 1937, o Estado deixa registrado o seu compromisso com o dualismo escolar, onde o ensino profissional é claramente destinado aos mais pobres. (Campello, ET all, 2009)

Inicialmente as funções desempenhadas pelos trabalhadores da saúde eram naturalizadas e desenvolvidas a partir de meros treinamentos.

O treinamento era essencialmente prático, desenvolvido através de atividades em orfanatos, nas residências dos pacientes e nos hospitais existentes. Os superiores, já treinados, orientavam o aprendizado das novatas que desenvolviam comportamento corporativo, numa relação mestre-aprendiz... aprendiam algumas preleções sobre anatomia e patologia, não se preocupava com o nível intelectual e em dar informações teóricas às aprendizes. Rezende (1989), apud Pereira (2007)

Mesmo depois da instauração da República, ainda sem uma política de educação, em 1909, Nilo Peçanha cria as escolas de aprendizes artífices (decreto n. 7.566/09) para os deserdados da fortuna.

O sistema de ensino primário e profissional e o sistema de ensino secundário e superior teriam diferentes objetivos culturais e sociais, constituindo-se, por isso mesmo, em instrumentos de estratificação social. A escola primária e a profissional serviriam à classe popular, enquanto que a escola secundária e a superior à burguesia. (Cunha, 1997, p. 13)

Uma crítica neste sentido apresentada por Lima (1996), é que embora a legislação educacional para área da enfermagem tenha sido aprovada em 1940 buscando regular a formação técnica dos práticos de enfermagem (decreto – lei n. 8.778/1946) e dos auxiliares de enfermagem (lei n. 775/1949), a educação profissional em saúde foi permitida legalmente no Brasil, a partir da Lei 4.024/61.

O ensino técnico era organizado com base nas leis Orgânicas de Ensino, promulgadas, durante o Estado Novo, pelo ministro da educação e Saúde, Gustavo Capanema, porém a formação era especificamente para os quadros profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e a formação de professores.

Diante de um cenário global de transformação na organização do processo de trabalho, movimentado pelo sistema capitalista de produção com incidências políticas, sociais e econômicas associadas aos avanços tecnológicos, a temática da formação do profissional de

saúde começa a ser pautada progressivamente. Mesmo que impulsionada pelo interesse por uma formação de profissionais produtivos para o capital o que é fortalecido com a visão Taylorista do trabalho, que tem como proposta um processo de alienação do trabalhador com tarefas mecânicas e fragmentadas. Saviani (1997) nos ajuda a compreender esta reflexão, com a seguinte afirmação: :

(...) na sociedade capitalista a Ciência é incorporada ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material. O conhecimento se converte em força produtiva e, portanto, em meio de produção. Mas, a contradição do capitalismo atravessa também a questão relativa ao conhecimento: se essa sociedade é baseada na propriedade privada dos meios de produção, e se a ciência, se o conhecimento é um meio de produção, uma força produtiva, ela deveria ser propriedade privada da classe dominante. No entanto, os trabalhadores não podem ser expropriados de forma absoluta dos conhecimentos, porque sem conhecimentos eles também não podem produzir, e, por consequência, não acrescentam valor ao capital. Desse modo, a sociedade capitalista desenvolveu mecanismo através dos quais ela procura expropriar o conhecimento dos trabalhadores e sistematizar, elaborar esses conhecimentos, e os desenvolver na forma parcelada. O taylorismo é a expressão mais típica do que foi assinalado. (Saviani, 1997:p. 13).

No final da década de 50, começa a ser difundida a teoria do capital humano, na direção de superação do subdesenvolvimento, propondo um planejamento com integração entre o econômico e o social. No bojo dessa teoria, o subdesenvolvimento estaria ligado ao investimento e capacidade de cada indivíduo, deixando de fora a responsabilidade pela forma de organização do poder político e econômico. A teoria do capital humano também influencia diretamente na política educacional brasileira a partir da lei 5692/71.

Para Frigotto (1986), no contexto da recomposição do capitalismo em sua fase monopolista, o fetiche e a mistificação da necessidade de formação técnica média para o suposto mercado de trabalho veiculada pela teoria do “capital humano”, cumpriu um papel político, ideológico e econômico específicos.

No plano Político e ideológico, pela propaganda da responsabilidade de cada um para superação das dificuldades, buscando investimento pessoal em uma boa formação profissional. Compreendendo o crescimento profissional como suficiente para superação do antagonismo capital-trabalho e desconsiderando as relações de poder e dominação.

No plano econômico a teoria do “capital humano” fortalece a ideia para o trabalhador, da existência de propriedade da força de trabalho e do investimento em qualificação.

A partir da compreensão das conquistas para o capitalismo com mais lucro, e da importância de investimento na teoria do capital humano, começa a surgir a discussão sobre recursos humanos em saúde. Pensando sempre na possibilidade do lucro, era previsto o aumento da produtividade do trabalho com o investimento nos programas de saúde e na melhoria da organização sanitária. Outro fator importante para essa preocupação foi o crescimento econômico brasileiro e o avanço tecnológico dos equipamentos hospitalares presente nos processos de trabalho em saúde.

Em 1967, o tema da IV Conferência Nacional de Saúde foi Recursos Humanos para atividade na saúde, onde começa a ser discutida a formação de técnicos de nível médio, diante da possibilidade de existência de um mercado para estes profissionais.

De acordo com Lima (2009), os serviços de saúde se constituíram em um importante polo de criação de postos de trabalho nesse período. Este fato está diretamente associado ao modelo de saúde adotado no pós-64, de ampliação em larga escala da produção de serviços médicos hospitalares, principalmente em função de duas categorias polares: os atendentes de enfermagem com escolaridade equivalente às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental, e os médicos.

No entanto, constatamos que a formação de técnicos de enfermagem no Brasil, isolado da questão política e econômica do país não garantiu o ingresso destes profissionais no mercado de trabalho. Na verdade continuamos a assistir a redução da formação profissional a meros treinamentos. De acordo com Pereira (2007, p. 160),

Refletindo sobre as qualificações desenvolvidas para os trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde, observando-se que há uma predominância de que os mesmos sejam de curta duração, traduzidos em rápidos treinamentos, e conseqüentemente reduzidos a uma qualificação mecânica. O que sustenta este pensamento, além de já mencionada naturalização do trabalho destes profissionais, é o fato de que, quando inseridos nos serviços de saúde, as instituições têm dificuldade de liberá-los para realização de cursos mais longos.

Nos anos 80 na contramão dessa concepção de educação para adaptação, foi sendo amplamente discutida e defendida pelos trabalhadores da educação, da saúde e sociedade civil o desafio do trabalho tornar-se como princípio educativo e necessidade de construção de uma escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica.

A pedagogia das competências se inicia na esfera dos negócios e posteriormente chega ao setor saúde, orientada pela necessidade de mudanças no mundo do trabalho, frente a crise do modelo fordista de desenvolvimento, que concentrava e centralizava o capital. Propõe para tanto a formação de um trabalhador mais flexível e polivalente.

A partir do ano 2000, no Brasil foi instituído, o sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área da Enfermagem do Ministério da Saúde (Profae/MS). Para Ramos,

(...) apesar de (re)construir essa noção numa perspectiva contrária àquela que predomina na organização de sistemas de competências profissionais, de corte funcionalista e condutivista, e de relacioná-la ao desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos processos de trabalho, na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade, essa opção pedagógica acaba não contribuindo para o fortalecimento da relação entre o mundo da escola e do trabalho. Entre outros motivos, por levar à “desintegração curricular”, ao tentar reproduzir as situações de trabalho nos espaços formativos.

A educação profissional em saúde, de acordo com a Legislação Educacional atual - art. 39 da Lei 9.394 e no Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004, compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. A formação inicial ou continuada pode ser realizada em serviços de saúde e em instituições de ensino. A formação técnica que compreende o ensino médio integrado, concomitante ou subsequente pode ser desenvolvida somente por instituições ao propor um novo modelo de assistência de ensino credenciadas mediante plano de curso aprovado pelo respectivo conselho de educação.

Para os profissionais de nível superior, a formação predominantemente centrada na doença, na cura e em uma atenção hospitalar, se constata como a principal dificuldade ao propor uma nova atuação na atenção a saúde.

Giovanella et all (2009) ao discutirem os fatores facilitadores e limitantes para consolidação da estratégia saúde da Família em grandes centros urbanos, enfatizam a falta de perfil dos profissionais para o trabalho proposto, que em sua maioria conta com profissionais inexperientes e sem formação em saúde pública, em medicina familiar ou em saúde da família, limitando o alcance das ações e a resolutividade da Atenção Básica.

I.6 A Qualificação dos Trabalhadores, a especificidades do setor saúde e suas singularidades

“A força da alienação vem dessa fragilidade dos indivíduos que apenas conseguem enxergar o que os separa e não o que os une”. Milton Santos” (1996)

Atualmente as tradicionais formas ou modos de produção vêm sendo substituídas por novas formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas, alterando para este novo período o padrão de acumulação capitalista estruturado sob o binômio Taylorismo – fordismo. A partir de 1913 o modelo fordista Norte Americano, trazia como modo de organização, a divisão do trabalho e a fragmentação do saber, visando uma produção em larga escala e alto consumo pelos trabalhadores.

No início da década de 1970 as fragilidades deste modo de produção e do trabalho industrial é acometido por uma crise, que impulsionam a necessidade de mudanças neste mundo, que vivenciamos até hoje. Vários são os acontecimentos, crise energética, movimento dos trabalhadores de resistência ao modelo fordista e um mercado de consumidor mais exigente. Entretanto, surgem novas formas de organização da produção e novas concepções, em resposta a um mercado instável e competitivo com direção a racionalização, diminuição de custos e crescimento da produtividade e qualidade, ocasionando queda no numero de empregos, aumento do subemprego e da precarização o que provoca nos trabalhadores um movimento individual de luta pela sobrevivência, revisão de valores em coletividade e o desaparecimento da consciência de classe.

A qualificação profissional para este novo período, também propõe uma nova formulação conceitual, diferenciando-se de sua origem que estava relacionada a um contexto histórico e social do trabalho, com uma formação padrão formal já estabelecido em resposta a um trabalho determinado, como aponta (Tartuce, 2002),

A compreensão do conceito de qualificação impõe uma reflexão sobre o conceito de trabalho, entendido como atividade sobre a qual a qualificação é exercida, à luz da qual as discussões sobre qualificação vem se dando desde os clássicos até as discussões mais contemporâneas.

Entre as diferentes concepções do termo qualificação e destacamos duas visões: uma visão essencialista ou substancialista, que compreende a qualificação a partir das características objetivas das rotinas de trabalho ou de sua possibilidade de maior ou menor autonomia e uma segunda visão relativista, que amplia a compreensão do termo para um processo social, como um conceito histórico, que decorre da relação entre capital, trabalho e fatores sócio culturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos (Tartuce, 2002).

Com a compreensão da qualificação como uma construção social, implica em reconhecer que o fato de desempenhar a mesma ocupação não garante a mesma qualificação do trabalhador, mas por existência de regras deliberadas de restrição à ocupação, coletivamente produzidas, partilhadas e barganhadas. Portanto, a discussão é complexa por não envolver somente a técnica e a organização do trabalho, mas o contexto histórico e político que o trabalho se desenvolve.

Os estudos sobre a qualificação formam um campo estratégico em um momento em que a intensa transformação tecnológica não altera apenas a natureza dos instrumentos de trabalho, mas, sobretudo, as representações simbólicas que ordenam e reproduzem as relações sociais no mundo do trabalho. (Castro, 1993:213).

As inúmeras mudanças ocorridas no mundo do trabalho, com a necessidade do aumento na produção em menor tempo e com um número menor de trabalhadores, conclama o surgimento de um novo trabalhador mais qualificado, mais participativo, colaborador, dinâmico e com uma capacidade plural de atuação.

Essa nova relação de trabalho faz surgir a noção de competências, o trabalhador passa a ser o responsável pelo aprimoramento de suas competências para o ingresso no mercado de trabalho, deixando de ser uma atribuição da escola e das empresas o compromisso com essa produção. Ocorre também uma mudança na compreensão da qualificação, a produção flexível valoriza no trabalhador o conhecimento construído nos processos de trabalho e o saber tácito.

O capitalismo internacional expande consideravelmente na era globalizada a partir da década 1990, com uma movimentação das empresas mundo afora, para a conquista de maiores lucros, menores custos de produção e mão de obra barata. A relação econômica entre os países busca saída para crise estabelecida, sendo implementadas políticas neoliberais com o Estado passando a ser mínimo, mais flexível, a apostar nas privatizações e desmontar as políticas sociais, ocasionando, entre outras, uma desestrutura nos empregos, aumento da desigualdade entre os países e a pobreza entre a população.

É importante ressaltar, que neste mundo de mudanças no trabalho com aumento do desemprego, trabalho informal e precarização, para novas possibilidades foi preciso novos conteúdos para o trabalho, com novas concepções gerenciais e tecnologias que exigem uma maior qualificação profissional para um novo trabalhador polivalente com uso menor do trabalho manual. A dinâmica do novo trabalho demanda uma participação ativa, integrada e coletiva, com tomadas de decisões imprevisíveis a todo o momento.

De acordo com (DeLuiz, 2001), o trabalho em saúde está organizado de forma que o seu conjunto de atividades seja um serviço de consumo coletivo, o setor saúde faz parte do setor

de serviço. Portanto, sofre as interferências da macropolítica e da macro estrutura que vêm, nas últimas duas décadas interferindo diretamente no desenvolvimento e na organização dos processos de trabalho. Também no setor saúde, constatamos a presença da privatização dos serviços e da terceirização em busca de aumentar a produtividade e a qualidade pela redução do custo. A palavra de ordem na saúde é a de reordenação do modelo de atenção, com novas exigências para organização dos processos de trabalho. Com a reflexão feita pela autora ao citar Offe, (1991),

(...) o processo de trabalho em saúde guarda algumas especificidades. Constitui-se de um trabalho reflexivo, implica na articulação de vários saberes provenientes de varias instâncias tais como: formação geral (conhecimento científico), a formação profissional (conhecimento técnico) e as experiências de trabalho (qualificações tácitas) mediadas pela dimensão ética e política. O trabalho em saúde também é caracterizado pelas incertezas, indeterminações e descontinuidades ao mesmo tempo pela necessidade de prontidão no atendimento das demandas postas. Neste sentido o trabalho em saúde não pode seguir a uma lógica rígida e nem os critérios da produção material.

Embora nas últimas décadas com o objetivo de melhorar a qualidade, o trabalho em saúde venha ganhando força e influência do planejamento estratégico, administração participativa e um compromisso maior com recursos humanos, a sua forma de organização, caracterizado por postos de trabalho separados, mas encadeados, tarefas prescritas, intensa divisão técnica, com a separação entre execução e grande contingente de trabalhadores semiqualeificados, ainda reforça o seu componente gerencial Taylorista/fordista. (Deluiz, 2001,p:11).

Para Vieira, M. (2013), apesar de ser possível considerar como uma grande conquista a reestruturação dos processos de trabalho e os trabalhadores entrarem na agenda de formulação das políticas públicas de saúde com a criação em 2003 da Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, ainda assim amargamos um grande desafio para este o avanço necessário na construção do SUS de qualidade e realmente para todos.

Considerando as diferentes mudanças e inovações tecnológicas que impulsionam o setor saúde e a reordenação organizacional direcionada pelo Sistema Único de Saúde, com a referência da reforma sanitária que aponta para a necessidade de um novo modelo de trabalho com centralidade das ações na Vigilância e Promoção da Saúde, se faz necessário pensar a formação dos trabalhadores.

O tradicional conceito de qualificação estava relacionado, portanto, aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador, educação escolar, formação técnica e experiência profissional. Relacionava-se no plano educacional, à

escolarização formal e aos seus diplomas correspondentes e no mundo do trabalho, à grade de salários, aos cargos e às carreiras. A crise da noção do posto de trabalho associado ao modelo de classificações e de relações profissionais fordistas resultou assim, na adoção de um novo modelo de organização do trabalho e de gestão da produção calcado nas competências e no desempenho individual dos trabalhadores. (DeLuiz, 2001:12)

Um trabalho em saúde de qualidade exige uma qualificação dos trabalhadores que leve em conta a complexidade, heterogeneidade e a dinâmica que perpassa o setor saúde em função da diversidade das ocupações em saúde, das categorias profissionais, das diferentes formas de atuação de cada profissional, dos processos de trabalho organizados e sua aplicabilidade no cotidiano, dos diferentes usuários dos serviços, das relações sociais constituídas, das relações de poder pactuadas e ou confrontadas, das tecnologias usadas e do espaço geográfico onde este ocorre.

Na verdade, o trabalho em saúde vem sendo diretamente afetado também, pelas diversas mudanças que vem ocorrendo no mundo do trabalho, e com o avanço das tecnologias em saúde, descobertas de novos medicamentos e mudanças no perfil demográfico da população, suas condições de vida e saúde.

Nessa perspectiva, o trabalho no território reorientado pelo modelo da estratégia saúde da família, convoca os profissionais a uma nova dinâmica em seu processo de trabalho, com a reformulação de novas práticas de saúde, substituindo o enfoque de assistência a doença para um novo paradigma de produção social da saúde e da qualidade de vida, incluindo uma visão multidisciplinar e articulação de outros setores presentes na sociedade. A ESF valoriza o vínculo com usuário e sua coresponsabilização no cuidado.

A PNAB/2011, reafirma a política de educação permanente como uma importante estratégia de gestão, que além da sua dimensão pedagógica, deve ser implementada nos cotidianos de trabalho para provocar as mudanças nas práticas de saúde dos profissionais e na qualidade de vida do usuário. Mas como isso vem ocorrendo na sua micropolítica?

Entre as diversas capacitações oferecidas para os profissionais das equipes, a Portaria nº 2527, de 19 de outubro de 2006 define os conteúdos mínimos do curso Introdutório para os profissionais da Estratégia Saúde Família: uma carga horária mínima de 40 horas para a capacitação inicial dos trabalhadores, apresentando as primeiras ferramentas para organização do processo de trabalho e entre estas ferramentas encontra-se a capacitação para o trabalho no território.

Na Área de Planejamento 3.1 o Curso Introdutório é ministrado por profissionais da Equipe de Educação Permanente da Coordenação da área Programática 3.1, para todos os profissionais admitidos para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, embora o número de cursos realizados não acompanhe a rotatividade dos profissionais, portanto é possível dizer, que na maioria das equipes tenha algum profissional que ainda não tenha passado pelo Curso Introdutório.

Propõe uma metodologia ativa e problematizadora onde os temas são abordados em cinco dias, com duração de oito horas em cada dia.⁸

Conteúdos distribuídos por dias, de acordo com o guia curricular:

- 1º dia – Políticas de saúde e saúde da Família
- 2º dia – Processo saúde- doença e Território
- 3º dia – Processo de Trabalho em saúde da Família
- 4º dia – Sistema de Informação, Planejamento e Programação
- 5º dia – Práticas Educativas e Saúde / Estrutura da SMSDC/RJ

O curso Introdutório, recomendado pelo Ministério da Saúde é o local de encontro, troca e construção de conhecimento a partir do contato com as primeiras ferramentas para o início do trabalho na Estratégia saúde da Família. É preciso conhecer quais as suas concepções para uma visão crítica enquanto política de reorientação do modelo de atenção, conhecimento das políticas públicas e princípios do SUS.

A reorientação do modelo de Atenção tendo como eixo norteador a Estratégia saúde da Família convoca os profissionais a novas capacitações para o aprimoramento do novo modelo, mas de que forma vem sendo trabalhada a categoria território, elemento central da prática da Estratégia Saúde da Família.

Como nos afirma o geógrafo Milton Santos, é preciso compreender o território atravessado por verticalidades e horizontalidades e afastar-se da armadilha de prestar atenção apenas aos inúmeros e desafiantes eventos que ocorrem no âmbito da horizontalidade.

De acordo com Milton Santos, (2004, p. 165) *“A região e o lugar não tem existência própria. Nada mais são que uma abstração, se o considerarmos à parte da totalidade”*.

⁸ Disponível em: <http://cap31.blogspot.com/> - Acesso em 19 novembro 2012.

Gastão Wagner (2000), afirma que para conformar um novo perfil profissional embasado em novos valores e uma nova ética, será preciso tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica de cogestão e não a outra da dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da cogestão, ninguém governa sozinho. Tomar a assunção de compromissos e a autonomia do Sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição.

Encontramos diversas reflexões que Esse conjunto de reflexões permitirá analisar os desafios e o potencial do processo de trabalho implementado pelos trabalhadores e nos trará informações que permitam responder aos diversos questionamentos, para que possam ser utilizadas no desenvolvimento de conhecimentos fundamentais para melhor oferecer a qualificação do profissional de saúde para o trabalho no território, na direção da consolidação da Estratégia Saúde da Família e o avanço do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO II – CAMINHOS METODOLÓGICOS

"Na qualidade não vale o maior, mas o melhor; não o extenso, mas o intenso; não o violento, mas o envolvente; não a pressão, mas a impregnação. Qualidade é estilo cultural, mais que tecnológico; artístico, mais que produtivo; lúdico, mais que eficiente; sábio, mais que científico". (Pedro Demo,1995)

A pesquisa de foi desenvolvida em três fases distintas, nas quais utilizamos métodos e instrumentos diferenciados para alcançar os objetivos apontados. Para tanto tomamos as palavras de Demo (1995) como guia, de modo a termos ao final não só um conjunto de números, expressão quantitativa de um dado contexto, mas, sobretudo, a singularidade do próprio contexto – a qualidade, mediada pelo discurso do pesquisador na posição de sujeito condutor da investigação implicado no processo. Esse caminho metodológico possibilita ao estudo obter resultados que agregam diferentes características - científica contextual e biográfica, que o enriquece e o situa como temática aberta à novas questões e possibilidades investigativas.

II.1 Primeira Fase

Inicialmente foi realizada uma revisão da literatura referente ao tema, destacando: Política de saúde e as propostas de implementação dessas políticas; Atenção Primária a Saúde e Atenção básica; Estratégia saúde da família; Território e territorialização em saúde; O trabalho e o processo histórico de qualificação do trabalhador; Educação Profissional;

A pesquisa bibliográfica foi realizada com os autores de referência sobre o tema, documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e biblioteca virtual (Lilacs e Scielo), tomamos por base os descritores: território e atenção básica, território e ESF; território e territorialização em saúde; processo de trabalho e território; trabalho territorializado; educação e território. selecionamos os artigos científicos escritos no período – 2002-2012. Procedemos a leitura dos resumos, e selecionamos aqueles que melhor se ajustavam ao nosso objeto de estudo traziam subsídios a questão de estudo.

Em seguida procedeu-se a consubstanciação do projeto para a qualificação. Nesta primeira grande reflexão foi solicitado alguns ajustes pelos avaliadores em relação aos

referenciais teóricos e o desenho de estudo, de modo a tornar a investigação factível tanto do ponto de vista teórico quanto operacional. Atendidas as exigências, elaboramos os instrumentos de pesquisa de campo e enviamos o projeto para análise a dois no comitê de ética e pesquisa - EPSJV/Fiocruz e SMS/RJ.

II.2 Segunda Fase

Após a liberação dos Comitês de Ética e Pesquisa da EPSJV/Fiocruz e da SMS/RJ, e atendidas as exigências da Resolução nº 196 de outubro de 1986 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa científica com seres humanos, iniciamos fase do trabalho de campo, que é uma fase importantíssima para o trabalho de pesquisa, como nos aponta Yin, (2009). *“A preparação para a coleta de dados pode ser completa e difícil. Se não for bem realizada, toda a investigação do estudo de caso pode ser prejudicada e todo o trabalho prévio – na definição das questões de pesquisa e no projeto de estudo de caso – terá sido em vão”.* (Yin, 2009:93)

Diante da natureza do problema que impõe uma reflexão principalmente sobre o significado do trabalho no território, optamos por um estudo descritivo de cunho histórico-crítico, agregando abordagens qualitativa e quantitativa para responder adequadamente as questões da investigação. É um estudo de caso múltiplos desenvolvido com três equipes de saúde da família, sendo uma de cada subsistema da Área de Planejamento 3.1 do município do Rio de Janeiro, onde buscou-se compreender o processo de qualificação dos profissionais da estratégia saúde da Família e sua aplicabilidade nos processos de trabalho no território.

Segundo Yin (2005:19) a escolha do estudo de caso deve-se ao fato de serem mais apropriados para responder questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real e que não se pode manipular comportamentos relevantes.

O estudo de caso é um tipo de delineamento com forte cunho descritivo no qual o investigador, inicialmente não pretende modificar a situação observada, mas compreendê-la no contexto de sua produção. Por isso, realiza uma descrição suficientemente robusta - factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objeto de estudo.

Embora sua característica central seja a descrição, o estudo de caso possui alcance analítico, interrogando a situação observada e confrontando-a com outras situações semelhantes conhecidas e com as teorias existentes. Desse modo contribui para gerar novas questões e novas teorias para outras pesquisas futuras.

Como investigação de caráter exploratório, pretendeu desvelar aspectos novos de uma situação específica. Para tanto, exigiu do pesquisador distanciamento ético-político de modo que os aspectos afetivos e o envolvimento profissional não interferisse nos resultados, e lhe permita exercitar a capacidade de interrogar de modo mais livre o que está ocorrendo.

O estudo de caso é uma investigação de natureza empírica. Fundamenta-se em grande medida no trabalho de campo e/ou em análise documental, para investigar uma situação em seu contexto, recorrendo sempre que possível a múltiplas fontes de evidência - entrevistas, observações, documentos dentre outros (YIN, 2009: 39).

De acordo com André (2008) o conhecimento produzido pelo estudo de caso é bastante concreto, bem contextualizado, voltado para a interpretação do leitor com base em populações de referência, o que o torna diferente do conhecimento oriundo de outras pesquisas, como por exemplo, a histórica.

A proposta do estudo foi apresentada ao Coordenador da Área de Planejamento 3.1 e aos Gerentes de cada Unidade de Saúde e suas equipes de trabalho. Realizamos em seguida a reunião com cada ESF, para apresentação da proposta de pesquisa, seus objetivos, todos os procedimentos envolvidos e o convite para participação. Os profissionais interagiram muito bem com a proposta e prontamente colocaram a disposição para contribuição durante o que fosse preciso para participar. A técnica de construção compartilhada do conhecimento proporcionou a possibilidade de uma reflexão constante sobre as práticas realizadas durante todo o processo.

Percorrendo o caminho metodológico para alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizada a técnica de triangulação de dados, com análise documental, entrevistas semiestruturadas e observação dos processos.

II.2.1 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Área de Planejamento 3.1, localizada no município do Rio de Janeiro, que pertence à região metropolitana I do Estado Rio de Janeiro. Esta área

abriga um volumoso contingente populacional, onde se concentra uma grande parcela de população de baixa renda excluídas de direitos a cidadania. Faz divisa com a Baixada Fluminense, conjunto de municípios limítrofes e periféricos que utilizam os serviços de saúde da área, bem como, da cidade como um todo, pelas precárias redes de unidades existentes.

Segundo censo do IBGE 2010, tem uma população estimada em 886,551 habitantes, possui uma área geográfica de 85,36 km², o que corresponde a uma alta densidade demográfica de 10.386 hab/km². A maioria da população da AP 3.1 são moradores das favelas da região, com uma concentração maior, 26,5% são moradores dos grandes complexos Maré, Alemão e Manguinhos. Para uma melhor organização da rede de atenção a saúde o plano diretor construído em 2002 subdividiu a área em três subsistemas: Leopoldina Sul, Leopoldina Norte e Ilha do Governador. (RG 2012)

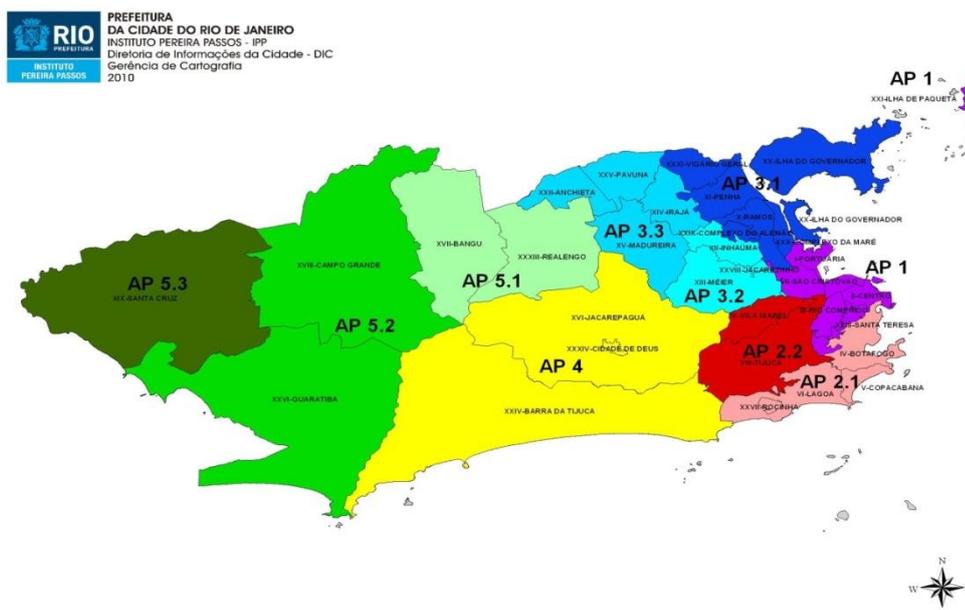
As divisões do município do RJ em Áreas de Planejamentos pretendiam atender a orientação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde a organização dos territórios da saúde respondesse a uma concepção de Distritos Sanitários e para implantação do SUS onde as ações de saúde deveriam ser regionalizadas.

A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, cria 10 Áreas de Planejamentos Sanitários (APS)⁹ na cidade, constituídas por 32 Regiões Administrativas (RAs) e 157 bairros. De acordo com o Relatório final do fórum de conselhos municipais de saúde da Região Metropolitana I do Estado Rio de Janeiro.

As coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com lideranças e conselheiros de saúde da área. As CAPs enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico- administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais. Assim as Áreas de Planejamento (AP) estão longe de se constituírem Distritos Sanitários, segundo a concepção a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (MS -2005, p21.)

⁹A Resolução n. 431, de 14 de abril de 1993, da secretaria Municipal de Saúde, considerando, o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano diretor decenal da cidade do rio de janeiro, cria nessa cidade áreas de planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município. Nesse sentido pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. Pode-se observar geograficamente as APs do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2,3.2 e 3.3) são menores e as APs da zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são maiores. Documento referente ao 4o seminário da Região Metropolitana I- Fórum de Conselhos municipais de saúde da Região Metropolitana I- Rio de janeiro 2005, p: 20.

Figura 1 - Município do Rio de Janeiro dividido em áreas de Planejamentos



Fonte: Disponível em: < <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

O Distrito Sanitário proposto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde refere-se a um território vivo, que organiza as novas práticas e mudanças nas ações de saúde. Um território com autonomia da gestão do processo local, para avaliação planejamento e execução. Nessa concepção, o território é visto como um espaço dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. A situação de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais também é dinâmica e resulta das inter-relações entre os condicionantes históricos, culturais, sociais, epidemiológicos, políticos e econômicos, presentes em determinado território (MENDES et al., 1993).

A Atenção Básica (AB) desenvolvida pelo município do Rio de Janeiro, com a reorientação do modelo para saúde da família teve um início tímido, com algumas iniciativas pontuais pela cidade a títulos de experiências diante da complexidade desta grande metrópole. A expansão da Estratégia Saúde da Família ocorre em áreas de total ausência do Estado, difícil acesso e com uma população em extrema vulnerabilidade e riscos, marginalizados e expostos constantemente a violências.

O crescimento da cobertura com a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de Rio de Janeiro acontece de acordo com o movimento político da cidade. Em alguns momentos entra na pauta de discussão e em outros não. Atualmente é o principal investimento da secretaria de saúde, embora a expansão avance aparentemente sem sustentabilidade, o que é possível constatar diante da pouca articulação com a rede de

assistência, e por ainda existir falta de insumos básicos, fragilidade na logística, número insuficiente NASF para o número de equipes de saúde da família implantadas e rede secundária sem investimento para retaguarda de apoio, entre outros.

Ter um município com cobertura¹⁰ de Saúde da Família impõe para a Gestão alguns desafios. A proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde demanda não somente mudanças estruturais, mas também de atitudes e concepções de alguns conceitos valiosos que norteiam as ações das políticas públicas de saúde no país. Um dos componentes importantes para a garantia da qualidade do serviço é a qualificação do profissional, embora tenhamos a compreensão da complexidade e de como é abrangente falar em qualidade do serviço. Mas nesse contexto, considerando que a saúde se faz com pessoas, onde estas definem os limites da qualidade do serviço, impõe-se a necessidade de investimento na qualificação dos profissionais que atuam na Estratégia, para que sejam alcançados os objetivos norteados pelos princípios do SUS.

Até 1996, secretaria municipal de saúde não reconhecia o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma possibilidade de organização da porta de entrada da Atenção Básica com mudanças no modelo assistencial. Em 1996 o município iniciou algumas experiências com o programa, onde totalizou 23 equipes implantadas em toda cidade. Em 2001 com o novo secretário de saúde no município do Rio de Janeiro, o PSF passa a ocupar um lugar também político na secretaria e a se chamado “saúde em casa”, se beneficiando do incentivo dos recursos do componente II do PROESF¹¹, que apoiava a cobertura do programa em grandes centros urbanos (Brasil, 2004). Inicia-se então o segundo momento

¹⁰ A cobertura é um atributo básico na avaliação de um serviço de saúde, pois só se pode avaliar qualquer outro atributo, se houver a oferta e a utilização de um serviço. A cobertura mede a proporção da população que se beneficia do serviço, podendo ser referida como cobertura potencial e cobertura real. A cobertura potencial está relacionada com a oferta de serviços, considerando os recursos materiais ou humanos disponíveis no serviço e mede a quantidade de indivíduos que poderiam ser atendidos, dada a oferta. A cobertura real, por sua vez, está relacionada com a utilização do serviço, correspondendo à proporção da população que efetivamente o utilizou, vale dizer, a taxa de cobertura real equivale à razão entre o número de pessoas que utilizaram o serviço em relação ao público-alvo total 3,12. A cobertura dos serviços de saúde é uma questão importante para o campo da gestão em saúde.

¹¹ Os beneficiários diretos da Fase 2 do PROESF foram as populações dos municípios brasileiros que implantaram Equipes Saúde da Família, dentro do período de desenvolvimento do Projeto na Fase 1. Destaca-se como população-alvo, específica do Componente I, aquela dos grandes centros urbanos, totalizando mais de 100 mil habitantes, participantes da Fase 1 e eleitos para a Fase 2 do PROESF. Bem como as Secretarias de Estado das 27 Unidades da Federação, através do Componente II. Este componente tem 03 grandes linhas de ação: fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente. O Componente II, na Fase 2, continuará a apoiar o desenvolvimento, implantação e execução das ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) da Atenção Básica / Saúde da Família e dos processos de Educação Profissional, visando fortalecer a capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios, nesses dois contextos, imprescindíveis para qualificação da Atenção Básica/Saúde da Família no Brasil (DAB/MS, 2008)

de sua grande expansão no Rio de Janeiro, totalizando a implantação até 2008, de 122 equipes de saúde da família e 41 equipes do programa de agentes comunitários de saúde (PACs).

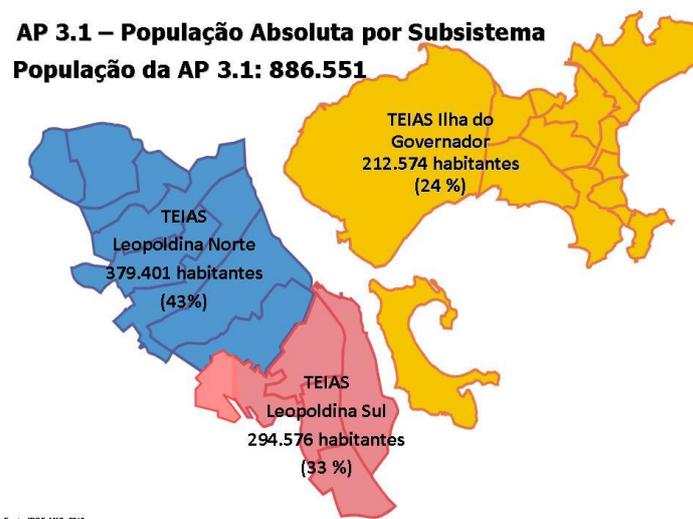
Nesse cenário a importância da qualificação dos profissionais na direção de uma resposta de qualidade ao trabalho desenvolvido junto ao território-população torna-se objeto do meu interesse de estudo, sob o qual foi possível compreender as concepções que orientam os processos de ‘formação/qualificação’ implementado pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, aos profissionais da Equipe de Saúde da Família, enquanto política de reorientação do modelo de atenção, e sua aplicabilidade pelos profissionais no cotidiano do trabalho nos diversos territórios.

No município do Rio de Janeiro, os desafios comuns enfrentados para consolidação da Estratégia Saúde Família, são somados a outras situações que emergem do contexto da especificidade regional de uma grande metrópole: a tradição histórica de um modelo hospitalar que acompanha as formações acadêmicas e dificuldade na identificação e captação de profissionais para a ESF, destacando principalmente o profissional médico; as diferentes motivações que levam o profissional a trabalhar na estratégias, a falta um plano de cargos, carreiras e salários; carga horária de trabalho e violência urbana. Todas essas situações influenciam e dificulta bastante a construção de vínculos entre trabalhadores, famílias e comunidades.

Outro aspecto questionável é a viabilidade do trabalho em equipe por vários motivos. Dentre eles o mais difícil é administrar a diferença salarial entre os membros da equipe: o agente comunitário de saúde ganha menos que um salário mínimo e meio, o profissional de nível técnico aproximadamente dois salários mínimos e meio e o nível superior próximo a seis salários com exceção do médico que recebe cerca de quatorze salários mínimos.

A partir de 2009, no município do Rio de Janeiro, para o trabalho na Estratégia Saúde da Família o vínculo dos profissionais passam a servidores públicos concursados e profissionais contratados por Organizações Sociais (OS). A garantia de ingresso para o trabalho no SUS por concurso público, como consta na constituição Federal também foi descartada e passada a gestão para o terceiro setor. Atualmente os servidores públicos vêm sendo estimulados a pedir licença sem vencimento para o ingresso via OS, dado que oferecem salário melhor e maiores vantagens nas avaliações de desempenho.

Figura 2- Mapa da Área de Planejamento 3.1 com os três subsistemas (RG 2012)



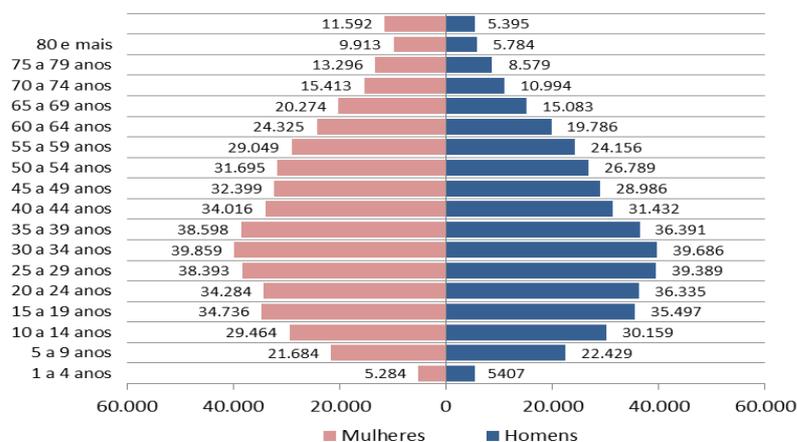
Os três subsistemas da Área de Planejamento 3.1, onde foi realizada a pesquisa, compreende a população moradora dos bairros assim distribuídas:

Subsistema Leopoldina Norte - Jardim América, Penha, Penha Circular e Brás de Pina

Subsistema Leopoldina Sul - Ramos, Olaria, Bonsucesso, Manguinhos, Complexo da Maré e Complexo do Alemão.

Subsistema Ilha do Governador – Bairros da Ilha do Governador.

Nessa área a implantação do PSF teve início em 1999 com convênio assinado entre a Secretaria Municipal de Saúde e os gestores dos projetos com ONGS para gestão do processo em parceria com o projeto maré em 08 (oito) PACS; em 2000 com 02 (dois) PACS no Complexo do Caricó, na Penha Circular, 2 (duas) ESF na comunidade de Parque Royal que localizada na Ilha do governador e 02 (duas) ESF na comunidade de Mandela de Pedra e João Goulart no complexo de Manguinhos articulados com organizações não-governamentais, associações de moradores e a fundação de Pesquisa da FIOCRUZ / FIOTEC em parceria com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Gráfico 1 – Pirâmide populacional da AP 3.1 / 2010

Fonte: Relatório de gestão 2012

De acordo com a pirâmide populacional da AP 3.1/2010 informada no relatório de gestão/ 2012, observamos a concentração de maior idade na faixa etária de 25 a 39 anos. Predomina o sexo masculino na faixa etária de 0 a 24 anos, chamando atenção para o número de diferença desde a base populacional e a partir dos 25 anos, passa a predominar o sexo feminino que aumenta gradativamente até a faixa de 80 anos, sendo esta a amostra mais expressiva.

É a segunda Área de Planejamento mais populosa do município, com o segundo menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Este agrupamento é composto por um total de 6 Regiões Administrativas, 38 bairros, 2 sub prefeituras –Leopoldina Norte e Ilha do Governador, CRAS¹² e 3ª e 4ª CRE¹³. O que demonstra como também é um desafio o trabalho intersetorial.

Quadro 1 – Crescimento da população no período entre 2000 a 2010, segundo o IBGE, por Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro

Territórios	2000	2010	Crescimento
RA X Ramos	150 403	153 177	1,8%
RA XI Penha	183 194	185 716	1,4%
RA XXXI Vigário Geral	135 311	136 171	0,6%
RA XX Ilha do Governador	211 469	212 574	0,5%
RA XXIX Complexo do Alemão	65 026	69 143	6,3%
RA XXX Maré	113 807	129 770	14,0%
Área de Planejamento 3.1	859 210	886 551	3,2%
Total Município do Rio	5 857 904	6 320 446	7,9%

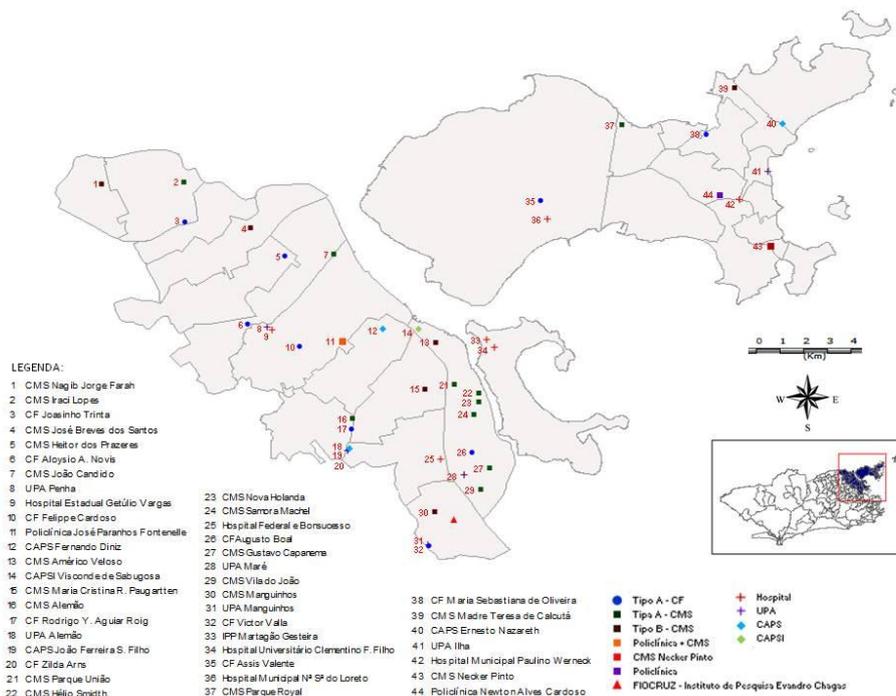
Fonte: Disponível em: < <http://cap31.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

¹² CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

¹³ CRE – Coordenadoria Regional de Educação.

Observamos no Quadro 1, que no período de 2000 a 2010, houve um crescimento populacional pequeno na AP 3.1, de 3,2%, onde o maior crescimento foi na XXXRA – Maré que cresceu 14,0% e o menor crescimento foi na Ilha do XX RA - Governador, com 0,5%.

Figura 3: Mapa da Distribuição das Unidades de Saúde do SUS na AP 3.1 do município do Rio de Janeiro, segundo o perfil de atendimento, por bairro de localização – 2012



Fonte: relatório de gestão 2012

De acordo com a figura 3 observamos uma potente rede de assistência à saúde na AP 3.1, distribuída no território com a seguinte composição:

- Rede Municipal por: 137 ESF (em Clínicas da família ou CMS ou Unidades mistas)– 2 policlínicas – 1 CMS – 03 UPAS – 3 CAPS adulto e 1 CAPSi, 1 hospital geral e 1 hospital infantil.

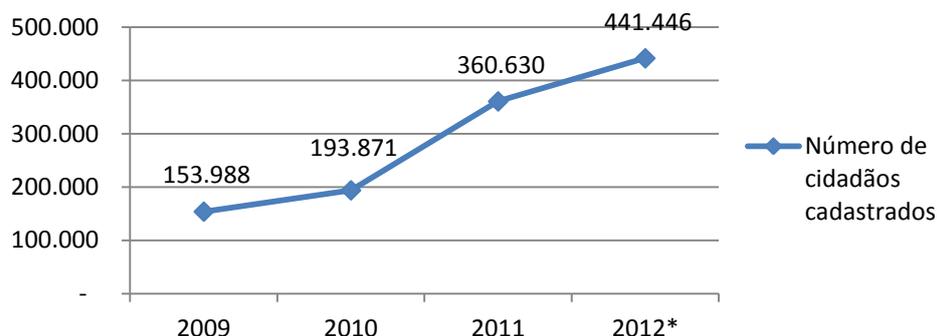
- Rede Estadual – 1 hospital de emergência

- Rede Federal - 3 hospitais (1 geral com emergência, 1 especializado e 1 Universitário)

Tabela 1: Crescimento Acumulado do Número de Pessoas por Unidade da ESF na AP 3.1 (2009-2012)

CNES*	NOME DA UNIDADE	Número Acumulado de Pessoas Cadastradas			
		2009	2010	2011	2012**
2269902	CMS JOSE BREVES DOS SANTOS	-	-	994	946
2270064	POLIC NEWTON ALVES CARDOZO	-	-	-	-
2273640	CMS MADRE TERESA DE CALCUTA	-	-	6.068	12.254
2280779	CMS NECKER PINTO	-	-	-	-
2295032	CMS MARIA C. R. PAUGARTTEN	-	-	6.744	9.405
2296535	CMS NAGIB JORGE FARAH	-	15.226	20.313	28.414
2296551	CMS AMERICO VELOSO	-	-	11.195	11.662
3784908	CMS ESPERANCA	3.732	3.510	3.195	-
7015208	CMS PARQUE UNIAO	-	-	-	5.773
3784932	CMS BAIANA	3.330	-	-	-
3784975	CMS ADEUS	12.537	-	-	-
3784940	CMS NOVA BRASILIA	16.728	-	-	-
3784959	CMS JOAO CANDIDO	8.082	9.505	7.954	6.900
3784967	CMS ALEMAO	13.870	14.839	15.019	20.059
3784975	CF ZILDA ARNS	-	38.458	34.532	39.682
5179726	CMS ALOYSIO AUGUSTO NOVIS	4.851	7.859	16.210	23.883
5456967	CMS MANGUINHOS	29.819	14.963	21.487	19.595
5457009	CMS IRACI LOPES	5.831	5.901	5.586	5.565
5467136	CMS PARQUE ROYAL	4.613	6.098	3.565	4.875
5476607	CMS GUSTAVO CAPANEMA	19.576	20.969	20.461	20.379
5476623	CMS 14 DE JULHO	10.910	11.624	-	-
5476836	CMS SAMORA MACHEL	-	-	7.436	9.275
5476844	CMS VILA DO JOAO	20.110	23.285	22.645	20.704
6023320	CF AUGUSTO BOAL	-	-	16.407	20.492
6514022	CF VICTOR VALLA	-	13.540	18.627	17.631
6524486	CF RODRIGO Y AGUILAR ROIG	-	8.095	12.307	13.192
6568491	CF MARIA SEBASTIANA	-	-	15.639	17.847
6664040	CF HEITOR DOS PRAZERES	-	-	18.965	18.008
5476801	CMS NOVA HOLANDA	-	-	10.745	12.357
5476798	CMS HELIO SMIDT	-	-	14.691	11.996
6664075	CF FELIPPE CARDOSO	-	-	33.987	42.406
6664164	CMS JOSE PARANHOS FONTENELLE	-	-	2.145	10.615
6804209	CF ASSIS VALENTE	-	-	13.714	16.455
6932916	CF JOAOSINHO TRINTA	-	-	-	21.076
TOTAL		153.988	193.871	360.630	441.446
Fonte: Cobertura na AP 3.1 baseada no número de cadastros no Prontuário Eletrônico.					
* CNES – Código Nacional de estabelecimentos de Saúde					
** Situação até setembro de 2012					

Observamos na tabela 1 com o número de pessoas cadastrada no prontuário eletrônico o aumento considerável do acesso a saúde, para a população com a cobertura da estratégia saúde da família. As ESF do Morro do Adeus e Nova Brasília migraram para dentro da CF Zilda Arns e A ESF Baiana e Esperança para o CMS Alemão.

Gráfico 2: Expansão da Estratégia de Saúde da Família, AP 3.1, 2009, 2010, 2011 e 2012

Fonte: relatório de gestão 2012

De acordo com a informação do prontuário eletrônico sobre as famílias cadastradas na AP 3.1, consulta de setembro de 2012, pela assessoria de Informação para o relatório de Gestão/ 2012, a expansão da Estratégia de Saúde da Família representou um aumento de 180% de equipes de ESF entre 2009 e 2012, passando de 49 ESF em 2009 para 137 ESF em 2012, como demonstra o gráfico 2.

Quadro 2 - Número de Equipes da ESF, por Subsistemas e localização nos Complexos dentro do Território da AP 3.1

SUB-SISTEMA LEOPOLDINA SUL	Nº Equipes	SUB-SISTEMA LEOPOLDINA NORTE	Nº Equipes	SUB-SISTEMA ILHA DO GOVERNADOR	Nº Equipes
CF Zilda Arns Complexo do Alemão	12 ESF	CF Felipe Cardoso Complexo da Penha – Vila Cruzeiro	13 ESF	CF Maria Sebastiana de Oliveira Tauá	06 ESF
CF Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig Complexo do Alemão	04 ESF	CF Aloysio Augusto Novis Complexo do Caricó	06 ESF	CF Assis Valente Portuguesa	06 ESF
CMS Alemão Complexo do Alemão	06 ESF	CMS José Paranhos Fontenelle Penha	04 ESF	CMS Parque Royal Portuguesa	02 ESF
CMS Maria Cristina Roma Paugartten Ramos	03 ESF	CMS Iraci Lopes Vigário Geral	02 ESF	CMS Madre Teresa de Calcutá Bancários	03 ESF
CMS Américo Veloso Complexo da Maré	03 ESF	CF Joãozinho Trinta Vigário Geral e Parada de Lucas	06 ESF		
CMS Parque União Complexo da Maré	02 ESF	CMS Nagib Jorge Farah Jardim América e Vigário Geral	07 ESF		
CMS Helio Smidt Complexo da Maré	04 ESF	CMS João Cândido Marcílio Dias – Kelson e Mandacaru	02 ESF		
CMS Nova Holanda Complexo da Maré	03 ESF	CMS José Breves dos Santos Cordovil	02 ESF		
CF Augusto Boal Complexo da Maré	06 ESF	CMS Heitor dos Prazeres Brás de Pina	06 ESF		
CMS Samora Machel Complexo da Maré	03 ESF				

CMS Gustavo Capanema Complexo da Maré	06 ESF				
CMS Vila do João Complexo da Maré	07 ESF				
CF Victor Valla Manguinhos	06 ESF				
CMS Manguinhos Manguinhos	07 ESF				
Total	72	Total	48	Total	17
TOTAL de Equipes da ESF na AP 3.1 do Município do Rio de Janeiro = 137					

Fonte: Produzida pela autora

No quadro 2 observamos uma alta concentração de equipes em uma mesma unidade de saúde, a maioria com seis equipes, duas unidades com sete ESF, uma com 12 ESF e uma outra com 13 ESF, quando o MS preconiza no máximo três equipes, a fim de facilitar a organização do processo de trabalho.

Quadro 3 – Cobertura da ESF por Subsistema

Sub-Sistema	População IBGE 2010	Nº de Equipes	Área Coberta da Equi	% de Cobertura da ESF por Sub-sistema
Ilha	212.574	17	59.500	28%
Norte	321.887	48	168.000	52%
Sul	352.090	72	252.000	71%
TOTAL	886.551	137	479.500	54%

Fonte: Produzido pela autora, dados de referência do IBGE 2010 e para base de cálculo utilizou-se o perfil de 3.500 pessoas, como referência da PNAB, 2011

Observamos no quadro 3 que embora a divisão populacional do subsistema Leopoldina norte e sul seja próximo existe uma considerável diferença na cobertura pela ESF, configurando-se alguns vazios sanitários no subsistema Leopoldina norte. Para Ilha do governador ainda a cobertura ainda encontra-se abaixo de 30%.

Quadro 4 - Apresentação do Território Integrado de Atenção a Saúde da AP 3.1, por Subsistema, Região Administrativa com os bairros e crescimento populacional no período de 2000 a 2010, de acordo com o Censo do IBGE de 2010.

TEIAS	RA	Nome do bairro	Pop 2000	Pop 2010	Crescimento em 10 anos
IL HA	IL HA	Bancários	12.126	12.512	3,2%
		Cacuaia	9.952	11.013	10,7%
		Cidade Universitária	1.736	1.556	-10,4%
		Cocotá	4.910	4.877	-0,7%
		Freguesia	18.371	19.437	5,8%
		Galeão	21.633	22.971	6,2%
		Jardim Carioca	25.202	24.848	-1,4%
		Jardim Guanabara	29.886	32.213	7,8%
		Moneró	6.180	6.476	4,8%
		Pitangueiras	11.605	11.756	1,3%
		Portuguesa	24.733	23.856	-3,5%
		Praia da Bandeira	6.587	5.948	-9,7%
		Ribeira	3.323	3.528	6,2%
		Tauá	33.184	29.567	-10,9%
Zumbi	2.041	2.016	-1,2%		
Leopoldina NORTE	PENHA	Brás de Pina	59.389	59.222	-0,3%
		Penha	72.692	78.678	8,2%
		Penha Circular	51.113	47.816	-6,5%
	V. GERAL	Cordovil	46.533	45.202	-2,9%
		Jardim América	25.946	25.226	-2,8%
		Parada de Lucas	23.269	23.923	2,8%
		Vigário Geral	39.563	41.820	5,7%
Leopoldina SUL	ALEMÃO	Complexo do Alemão	65.026	69.143	6,3%
	MARÉ	Maré	113.807	129.770	14,0%
	RAMOS	Bonsucesso	19.298	18.711	-3,0%
		Manguinhos	31.059	36.160	16,4%
		Olaria	62.509	57.514	-8,0%
		Ramos	37.537	40.792	8,7%
TOTAL			859.210	886.551	3,2%

Fonte: Disponível em: < <http://cap31.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

Quadro 5 – Crescimento da população da AP 3.1 por Subsistema, em 10 anos

TEIAS	Pop 2000	Pop 2010	Crescimento em 10 anos
IL HA	211.469	212.574	0,5%
L.NORTE	318.505	321.887	1,1%
L.SUL	329.236	352.090	6,9%
TOTAL	859.210	886.551	3,2%

Fonte: Disponível em: < <http://cap31.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 14 nov. 2012.

Os quadros 4 e 5 apresentam o crescimento da população da AP 3.1 de acordo com segundo a avaliação intercensitária dos censos do IBGE de 2000 e 2010 realizada pela assessoria de planejamento da coordenação de área, foi de 3,2%, sendo abaixo do percentual do crescimento populacional do município, nesse mesmo período, que foi de 7,9%. Os bairros de Manguinhos, Maré e Ilha do Governador forma os bairros com maior crescimento. O crescimento na Ilha do Governador chama a atenção para pouca cobertura da Estratégia

Saúde da Família. Um questionamento possível é a intensa migração interna na própria AP 3.1

II.2.2 Os Sujeitos da Pesquisa

Participaram deste estudo de caso uma equipe de saúde da família de cada subsistema da AP 3.1, das Unidades de Saúde da Família CMS Alemão, CMS João Cândido e CMS Madre Teresa de Calcutá, que por questões éticas para manter o anonimato serão denominadas em uma outra ordem como Unidades A, B e C. Para inclusão do sorteio simples tivemos equipes de saúde da família completas e implantadas até o ano de 2010. Consideramos para o critério de equipe completa a possibilidade de estabelecer um processo de trabalho contínuo com a presença de todos os membros da equipe e o mínimo dois anos de experiência de trabalho no território, para garantia do tempo para construção do diagnóstico de condições de vida e situação de saúde.

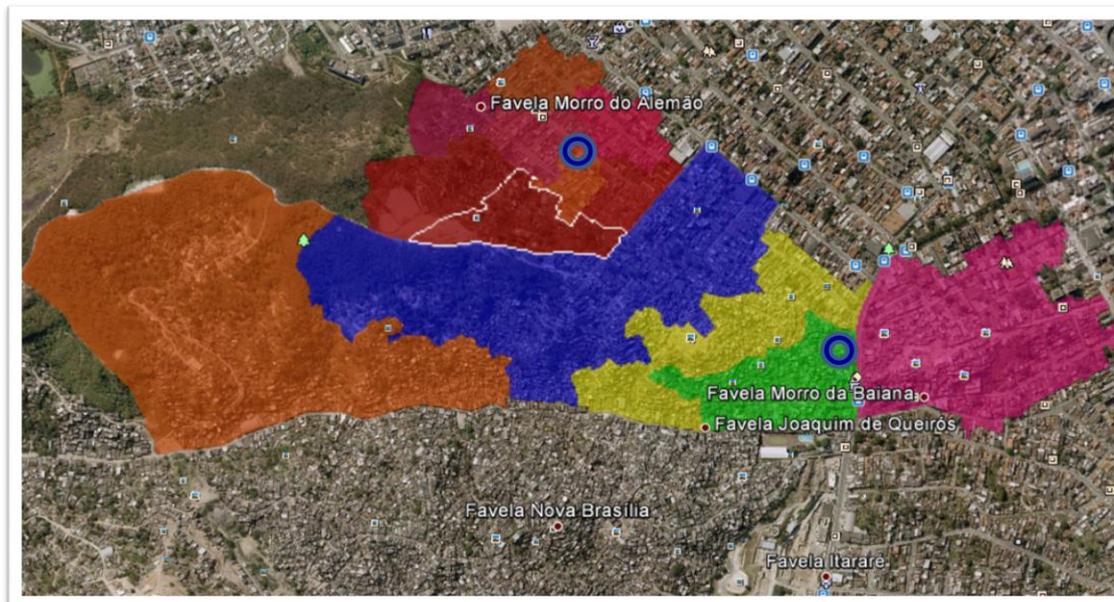
Utilizamos roteiros semiestruturados para realização das entrevistas, diferenciados para os profissionais das equipes da ESF e os gerentes das unidades selecionadas (anexo 1 e 2). Ambos foram previamente testado. As entrevistas foram realizadas com um total de 30 profissionais, trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os 03 gerentes das referidas Unidades de Saúde da Família. Constatamos que do momento de seleção das equipes participantes, até o momento efetivo de realização das entrevistas, já havia ocorrido mudanças entre os profissionais, o que confirma a constante rotatividade e pouca fixação do profissional na ESF. Todos os profissionais foram entrevistados, somente uma agente comunitária de saúde não se disponibilizou para entrevista. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e o registro das informações foi realizado mediante um gravador.

Foi garantido o anonimato para o conjunto dos entrevistados e a transcrição e organização das falas, foram feitas pela pesquisadora. Na análise do material, as Unidades e os entrevistados foram codificados: unidades A, B e C; profissionais de nível médio PM e profissionais de nível superior PS.

Durante o processo de entrevista a pesquisadora esclarecia para os entrevistados que o roteiro seria um guia, mas que na verdade estaríamos realizando uma conversa sobre o seu processo de trabalho no território, com os objetivos bem definidos. As entrevistas foram

gravadas e posteriormente transcrita e analisada com as ferramentas metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005b).

Figura 4: Mapa do CMS Alemão



Fonte: Regimento Interno do CMSA

O CMS Alemão está localizado na Estrada do Itararé, S/N – Ramos, teve a implantação da ESF em 2004 e comporta cinco ESF nesta unidade e uma equipe em unidade avançada dentro do complexo.

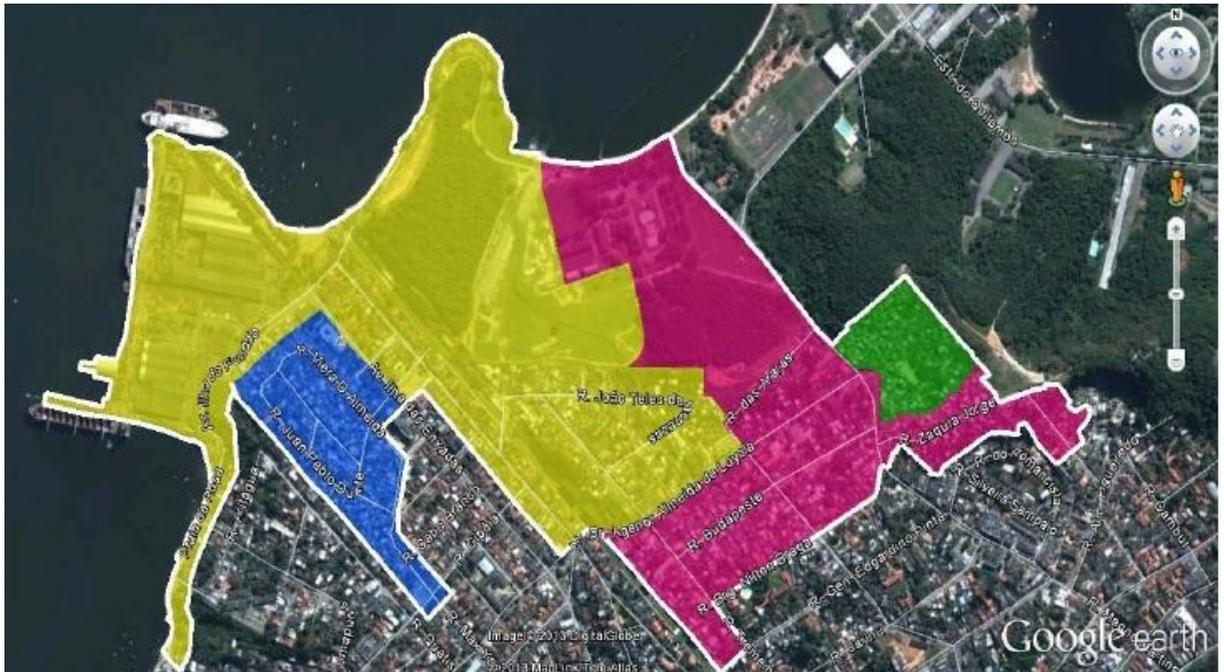
Figura 5: Mapa do CMS João Cândido



Fonte: Regimento Interno do CMSJC

O CMS João Cândido está localizado Endereço: Avenida Lobo Júnior, 83 /Penha Circular – RJ. Em 2004 foi implantada a ESF com duas ESF que realiza a cobertura de 6300 moradores cadastrados.

Figura 6: Mapa do CMS Madre Teresa de Calcutá



Fonte: Regimento Interno do CMSMTC

O CMS Madre Teresa de Calcutá localizado na Avenida Ilha das Enxadas, 100 – Bancários – Ilha do Governador, foi fundado em 1953 e em 2010 passou a ser uma unidade mista com 04 (quatro) equipes de saúde da família, responsável por 16000 cidadãos cadastrados.

II.2.3 Análise e Sistematização dos Dados

Foi utilizado o método de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), por meio do QualiQuantisoft para análise e sistematização dos documentos oficiais e das entrevistas com profissionais das equipes de saúde da família.

Para LEFÈVRE & LEFÈVRE (2005a), ‘discursos’ são manifestação linguísticas emitidas por um sujeito – individual ou coletivo, que expressa uma posição relacionada a um dado tema ou questão. São expressões que traduzem pensamentos, valores, crenças e

representações que os atores sociais elaboram sobre fatos e eventos que permeiam sua vida cotidiana.

Os autores entendem que a fala coletiva do mesmo modo que a individual, também se constitui em um discurso. O percurso metodológico que vai possibilitar essa tradução, partir do pensamento individual para o pensamento coletivo, o qual será operacionalizado por procedimentos que se pretendem sistemáticos, controlados e padronizados utilizando-se do programa Qualiquantisoft (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005b).

A técnica do DSC para reconhecer os diferentes discursos coletivos recorre ao recurso de expressões-chaves (ECHs) que são fragmentos de discursos individuais, trechos ou transcrições literais desses discursos, potencialmente reveladoras da representação social do fenômeno em estudo.

Do mesmo modo destaca no discurso uma ou mais ideias centrais (ICs) as quais dão o sentido de cada fala analisada e de cada conjunto homogêneo de ECHs. Estas não se constituem em interpretações, mas em descrições desse sentido (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005b).

O passo seguinte é a definição de categorias de análise para cada conjunto de sujeitos (ex. profissionais, gerentes, outros) as quais vão situar o DSC em cada um dos conjuntos. Significa que nem sempre os conjuntos têm as mesmas categorias, dado que estas emergem do próprio discurso, e não são definidas a priori como em outros métodos de análise.

CAPÍTULO III – RESULTADOS – a construção do Discurso do Sujeito Coletivo

"A construção do DSC constitui numa tarefa complexa, dinâmica e extremamente desafiadora. Requer um "mergulho profundo" no discurso de cada sujeito. É preciso familiarizar-se com as "falas", buscando um discurso único". (Liliana F. Carraro, ANO)

A partir dos objetivos do estudo, buscamos compreender os processos de qualificação da prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para o trabalho no território. Após sucessivas escutas e leituras das entrevistas realizadas, utilizamos o Qualiquantisoft, ferramenta que funciona como uma base de dados, que os organiza e tabula a partir das informações do pesquisador. Nesse processo, foram resgatadas as expressões chaves (ECHs) e a partir delas as ideias centrais (ICs). Em seguida organizamos a Ideia Central síntese para cada grupo de ideias centrais com o mesmo sentido ou equivalentes, e por fim elaboramos o Discurso do Sujeito Coletivo como resultado dos diversos discursos individuais.

É importante ressaltar, que durante a pesquisa de campo o uso de roteiro de entrevista semiestruturada funcionou como um guia, possibilitando emergir a riqueza dos conteúdos nas falas dos entrevistados sobre o tema em estudo. Com isso ampliou-se as possibilidades de sistematização e análise para além do que havia sido planejado.

Na perspectiva de melhor compreensão dos discursos individuais e para sistematização dos resultados, realizamos a triangulação de métodos que possibilitou integrar o referencial teórico, as entrevistas e as observações da pesquisadora em um Discurso do Sujeito Coletivo mais articulado e contextualizado.

III.1 Caracterização dos Sujeitos

A primeira abordagem para análise dos resultados foi descrever as principais características dos participantes do estudo para se ter um noção sinóptica daqueles que proferem o discurso. Embora o discurso seja do sujeito coletivo, tem-se inicialmente a fala de cada sujeito singular, a qual possibilita a construção de um discurso comum.

QUADRO 6 – Perfil dos Entrevistados, 2013

CÓDIGO ENTREVISTADO	SEXO	IDADE	NATURA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	VINCULO	TEMPO NA ESF
APm01	F	26anos	Pe	Solteira	Médio compl.	ACS	CLT	3anos
APm02	F	27anos	RJ	Casada	Médio comp	ACS	CLT	2anos
APm03	F	42anos	RJ	Solteira	Médio Incompl.	ACS	CLT	3anos
APm04	F	28anos	RJ	Solteira	Médio compl.	ACS	CLT	3anos
APm05	F	29anos	RJ	Solteira	Médio completo	Tec. Enfer.	CLT	2anos
APm06	M	31anos	RJ	Casado	Superior incomp	ACS	CLT	3anos
APm07	F	38anos	RJ	Casada	Médio completo	ACS	CLT	2anos
APm08	F	42anos	RJ	Solteira	Médio Completo	AVS	CLT	3anos
APs01	F	30anos	BH	Solteira	Pós graduação	Enfermeira	CLT	5anos
APs02	M	34anos	RJ	Casado	Pós graduação	Médico	CLT	3anos
BPm01	M	31anos	RJ	Solteiro	Médio completo	ACS	CLT	7anos
BPm02	F	25anos	RJ	Solteira	Médio completo	ACS	CLT	1anos
BPm03	F	33anos	RJ	Solteira	Médio completo	AVS	CLT	2anos
BPm04	F	39anos	RJ	Solteira	Médio completo	ACS	CLT	7anos
BPm05	F	51anos	RJ	Casada	Médio completo	ACS	CLT	1anos
BPm06	M	36anos	RJ	Solteiro	Médio completo	ACS	CLT	6anos
BPm07	F	32anos	RJ	Solteira	Médio completo	ACS	CLT	10anos
BPm08	F	54anos	RJ	Casada	Médio completo	TSB	CLT	9anos
BPm09	F	20anos	RJ	Solteira	Superior incomp	Téc. Enferm	CLT	2anos
BPs01	M	42anos	RJ	Casado	Pós Graduação	Médico	CLT	7anos
BPs02	F	50anos	RJ	Casada	Mestrado	CD	Estatutária	6anos
BPs03	F	32anos	RJ	Casada	Pós Graduação	Enfermeira	CLT	7anos
CPm01	F	58anos	SP	Solteira	Médio completo	ACS	CLT	
CPm02	F	36anos	RJ	Casada	Médio Completo	ACS	CLT	8anos
CPm03	F	32anos	RJ	Casada	Médio completo	ACS	CLT	9anos
CPm04	F	37anos	RJ	Solteira	Médio completo	ACS	CLT	6anos
CPm05	M	48anos	RJ	Casado	Superior incomp	AVS	Estatutário	5anos
CPm06	F	25anos	RJ	Casada	Superior incomp	Téc. Enferm	CLT	6anos
CPm07	F	49anos	RJ	Casada	Médio completo	ACS	CLT	9anos
CPs01	M	35anos	RJ	Casado	Mestrado	Enferemiro	CLT	5anos
AG	F	52anos	RJ	Casada	Pós graduação	Gerente	Estatutária	3anos
BG	F	28anos	RJ	Casada	Pós graduação	Gerente	CLT	4anos
CG	F	29anos	RJ	Casada	Pós graduação	Gerente	CLT	2anos

Um aspecto importante observado no processo de trabalho da ESF é o número expressivo de mulheres que compõem as equipes. Dos 30 entrevistados apenas 23% são do sexo masculino enquanto 77% são mulheres. Isso confirma uma tendência de feminilização no trabalho em saúde, principalmente quando relacionado às práticas coletivas de promoção e proteção da saúde (Reis, Gondim e Lima, 2005).

Outra característica relevante diz respeito à escolaridade. Há uma maior proporção de profissionais de nível médio do que profissionais graduados e pós-graduados. Isso se deve a própria composição da equipe da ESF decorrente do modelo de atenção, onde para cada uma delas com 01 médico, 01 enfermeiro e 01 dentista, há 01 técnico de enfermagem, 01 técnico de saúde bucal, 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 01 Agente de Vigilância em Saúde (AVS).

QUADRO 10 - Distribuição dos profissionais das ESF por categoria e escolaridade

ESCOLARIDADE	ENF	MÉDICO	CD	TSB	TEC.ENF	ACS	AVS	GER.	TOTAL
Médio completo	-	-	-	1	1	16	2	-	20
Superior incompleto	-	-	-	-	2	1	1	-	4
Superior completo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pós –graduação	2	2	-	-	-	-	-	3	7
Mestrado	1	-	1	-	-	-	-	-	2

Embora haja nas equipes maior quantitativo de profissionais de nível médio (NM) do que de nível superior (NS) - quatro NM para cada NS, e esse fato, aparentemente possa indicar uma oferta de atenção com menor qualidade ou com baixa resolutividade diante dos problemas da população, verifica-se o contrário, o trabalho destes sujeitos é extremamente importante para fazer frente às ações de proteção e promoção da saúde, sem as quais não se efetiva mudança no modelo de atenção vigente.

DSC P6A – “ ...uma coisa é o usuário vir aqui e contar as coisas pra você, outra é você esta lá e ver como ele vive. É muito legal, muito diferente. Por mim eu ficava La o dia inteiro. Você é útil. Eu acho que o meu trabalho é muito importante. Eu conheço os moradores e eles já me conhecem. Território é uma extensão. É conhecer as equipes e conhecer a comunidade toda. Não tem a ver só com a questão do trabalho, porque é muito, além disso, é mais do que isso. É o conhecimento de cada família, do relacionamento de cada família. é trabalhar com prioridades é uma vida dinâmica. ...Território eu acho que é a parte viva do trabalho é a possibilidade de cuidar das necessidades de saúde acumuladas da população. ...É importantíssimo, você conhecer a cultura, pontos fortes e os pontos fracos. É onde as pessoas residem, muito deles tem os seus ofícios, produz, trabalham e interagem com outros. É uma segunda família. Cada dia que eu subo o morro eu me sinto mais velho, crianças que eu vi pequena hoje já esta grandonas. Território é como se fosse uma extensão da família. Território é conhecer os moradores saber os seus problemas e poder ajudar de alguma forma.”

Neste quesito, destaca-se ainda que todos os ACS e AVS que hoje trabalham nas equipes entrevistadas atendem ao requisito para o cargo de acordo com a Lei 11.350, ou seja, ter pelo menos o ensino fundamental completo. Dentre estes, 100% possuem o ensino médio completo e 2 dois superior incompleto, 75% dos técnicos de enfermagem também possuem nível superior incompleto, 100% dos profissionais de nível superior, incluindo os gerentes, possuem pós – graduação, entre estes, dois possuem mestrado. Essa informação pode traduzir um bom nível de formação dos profissionais.

O processo de trabalho da ESF se realiza no território¹⁴ para compreensão dos determinantes sociais da saúde, dos riscos e vulnerabilidades. Desse modo, o trabalho territorializado (trabalho de campo) e a ação dialógica junto à população requerem um conjunto expressivo de profissionais para materializar. O profissional de nível médio cumpre muito bem essa prática fundamental, sendo um agente dinamizador do território e mobilizador

¹⁴ Na abordagem geográfica “território” pressupõe a população, o contexto e a paisagem.

das demandas da população. Embora esses profissionais sejam os que têm maior contato com o território, a prática da territorialização é diretriz para toda equipe.

Quanto ao tempo de serviço dos profissionais que compõem as equipes entrevistadas, constata-se que 1/4 destes tem tempo de serviço variando entre 1 a 2 anos e os demais 75% varia entre 3 a 10 anos. Esta informação confirma que grande parcela dos profissionais trabalhas na ESF há mais de 3 anos.

QUADRO 7 - Distribuição dos profissionais das ESF por categoria e tempo de atuação.

TEMPO DE ATUAÇÃO	ENFERMEIRO	MÉDICO	CD	TSB	TEC. DE ENFERM.	ACS	AVS	GER
1 – 2 Anos	-	-	-	-	3	4	1	1
3 – 4 anos	-	1	-	-	--	4	1	2
5 – 7 anos	3	1	1			6	1	
8 -10 anos	-	-	-	1	-	3		
TOTAL	3	2	1	1	3	17	3	3

A grande maioria dos profissionais das equipes entrevistadas tem mais de 3 anos de trabalho. Os ACS são os que têm o maior tempo de atuação, o que pressupõe maior vínculo com a comunidade e reconhecimento do território. Entre os profissionais de nível superior aquele que tem menor tempo de atuação na ESF é o médico, isso pode estar associado a grande rotatividade desses profissionais. Constatamos ainda não existir para os médicos brasileiros o interesse pelo trabalho na AB, nem mesmo com a aposta de salários tão diferenciados em relação aos demais profissionais de saúde.

QUADRO 9 - Distribuição dos profissionais das ESF por categoria e faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ENFERMEIRO	MÉDICO	CD	TSB	TEC ENF.	ACS	AVS	GER
20 – 30	-	-	-	-	3	3	-	2
31 – 35	3	1	-	-	-	4	1	-
36 – 40	-	-	-	-	-	4	1	-
41 – 45	-	1	-	-	-	2		-
46 – 50	-		1	-	-	1	1	-
51 – 55	-	-	-	1	-	1		1
56 – 60	-	-	-	-	-	1	-	-

Quanto à idade dos profissionais que trabalham nas equipes entrevistadas, constata-se que a maioria encontra-se na faixa de 20 a 40 anos, (24) e (10) encontra-se na faixa 41 a 56 anos.

III.2 O discurso do sujeito coletivo da ESF na AP 3.1

O discurso do sujeito coletivo foi elaborado seguindo uma ordem que lhe dá sentido, e significa o objeto de estudo, qual seja: a) por cada um dos três eixos que organizaram as entrevistas; b) nos dois conjuntos de sujeitos no interior de cada eixo; c) por ideias-centrais síntese resultantes das expressões-chaves (ECHs); c) por questões norteadoras, e d) por categorias de análise.

EIXO I - Quanto ao processo de educação permanente

Objetivos: a) Conhecer se antes de iniciar o trabalho na estratégia os profissionais realizou algum curso relacionado a este trabalho. b) Conhecer a avaliação dos profissionais sobre as capacitações oferecidas durante o processo de trabalho na ESF?

IDEIA-CENTRAL – A qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o Trabalho no território.

Q1. Você fez alguma qualificação profissional para atuar na ESF? Em qual instituição?

CONJUNTO 1 – Profissionais

- **Categoria A** – Não realizou curso anteriormente

DSC P1A – “Antes de trabalhar na Estratégia Saúde da Família eu não fiz nenhum curso nesta área”

- **Categoria B** - Realizou curso anteriormente.

DSC P1B - “Sim. Sanitarista - FIOCRUZ,... Residência Multiprofissional em Saúde da Família - ...FIOCRUZ e Gestão em Saúde da Família - UERJ.”

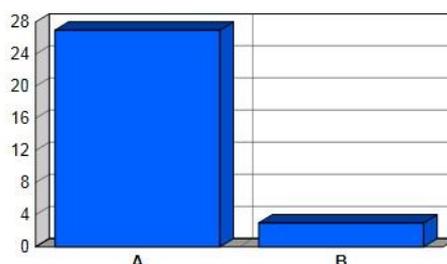
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDEIA CENTRAL

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território

1) Você fez alguma qualificação profissional para atuar na Estratégia Saúde da Família? Em qual instituição?		
A	"Não realizou curso anteriormente"	27 90,00 %
B	"Realizou curso anteriormente"	3 10,00 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

30



Quanto à participação dos profissionais em algum curso de qualificação para o trabalho na ESF antes de iniciar o trabalho, foi visto que somente 10%, já possuíam alguma qualificação e 90% não possuía. Destes 17 ACS e 3 AVS, que de acordo com a legislação devem ser qualificados para o trabalho após a contratação, 03 técnicos de enfermagem e 01 TSB, que afirmaram conhecer a estratégia depois de iniciar o trabalho, e a equipe de nível superior onde entre os 6 entrevistados, 2 médicos, 3 enfermeiros e 1 CD, 50% realizaram curso de pós graduação em saúde da família (2 enfermeiros) e mestrado em saúde pública (1

CD), Sendo possível identificar com essas respostas a confirmação de que ainda não temos profissionais formados para este novo modelo.

Q2 – Qual a sua avaliação das qualificações recebidas durante o processo de trabalho da ESF?

- **Categoria A:** São boas e importantes para a prática.

DSC P2A - “Fiz o curso Introdutório que foi muito bom e ajudou bastante a gente para o mapeamento, para a orientação do trabalho... Fiz várias capacitações que eu avalio como fundamentais para o desempenho do nosso trabalho... Os cursos são bons e importantes para a nossa prática... O curso foi ótimo por que acrescentou mais na nossa qualificação e no nosso crescimento pessoal”.

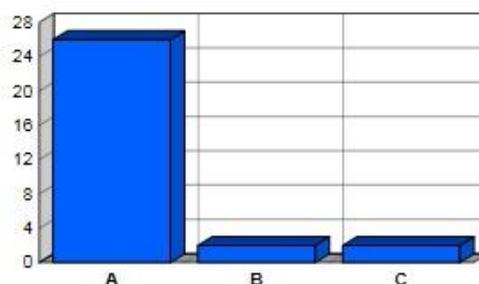
- **Categoria B** - São boas, mas precisam ser mais próxima da prática.

DSC P2B – “A minha avaliação é de que as capacitações respondem bem, mas nem sempre a teoria tem muito da prática. É uma situação de informação e enriquecimento, mas rodamos um pouco em círculos”.

- **Categoria C** - Não fez qualificação durante o processo de trabalho

DSC P2C – “O trabalho já tinha começado e eu não fiz o introdutório. Eu não fiz nenhum curso depois que entrei aqui”.

3) Qual a sua avaliação das qualificações recebidas durante o processo de trabalho na ESF?			
A	São boas e importantes para a prática	28	88,67 %
B	São boas, mas precisam ser mais próxima da prática.	2	6,67 %
C	Não fez qualificação durante o processo de trabalho Não fez qualificação durante o processo de trabalho Não fez qualificação durante o processo de trabalho Não fez qualificação.	2	6,67 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		30	



Quanto a avaliação dos profissionais sobre o processo de qualificação oferecido durante o trabalho na equipe de saúde da família, no que se refere a orientação para mudança do modelo de assistência, foi visto que de uma maneira geral, a maioria dos os profissionais (88,67%) reconhecem que o processo de qualificação tem uma contribuição direta para o enfrentamento dos problemas no cotidiano do trabalho.

Considerando importantes todas as avaliações apresentadas pelos profissionais sobre o seu processo de qualificação, ressaltou também o Discurso do sujeito Coletivo construído para as demais categorias construídas nesta questão, tendo 6, 67% dos entrevistados se posicionado em cada uma delas.

Q3 – Você sente falta de algum conteúdo para o desempenho do trabalho?

- **Categoria A** – “Sente falta e gostaria que fosse permanente”

DSC P3A – “Sinto falta de não ter capacitações em educação permanente., por que as coisas mudam e precisamos de apoio. Gostaria que tivesse uma orientação sobre o fluxo do trabalho. Aqui nunca mais teve nenhuma capacitação. Eu sinto falta por não ter feito curso introdutório, de um aperfeiçoamento em AD, Primeiro socorros, saúde mental, feridas, Cuidado com idoso e vacinas. Com as capacitações você sente mais segurança e é mais resolutivo”.

- **Categoria B** – “São boas e importantes para a prática”

DSC P3B – “Fiz o curso Introdutório que foi muito bom e ajudou bastante a gente para o mapeamento, para a orientação do trabalho e várias capacitações que eu avalio como fundamentais para o desempenho do nosso trabalho. Os cursos são bons e importantes para a nossa prática. O curso foi ótimo por que acrescentou mais na nossa qualificação e no nosso crescimento pessoal”.

- **Categoria C** – “Não sente falta”

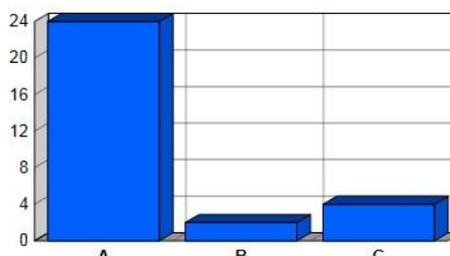
DSC P3C – “Eu não senti muita dificuldade por que eu já moro ai na comunidade. Não senti falta. ...Não sinto falta de conteúdo porque os temas foram muito trabalhados pelos enfermeiros. ... Não sinto falta de para o trabalho...Não fiz o introdutório com a ESF, mas não sinto falta não, o trabalho flui no campo legal”.

4) Você sente falta de algum conteúdo para o desempenho do trabalho?

A Sente falta e gostaria que fosse permanente	24	80,00 %
B Não sente falta, mas gostaria que fosse permanente.	2	6,67 %
C Não sente falta	4	13,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

30



Quanto a avaliação dos profissionais no que se refere a falta de conteúdo para o desempenho do trabalho neste novo modelo, foi visto que a reunião das expressões chaves, nos possibilitou construir três categorias, a saber: 80% dos entrevistados sente falta de conteúdo e gostaria que fosse permanente; 6,67% , não sente falta, mas gostaria que as

qualificações fossem permanente e 13,33% refere não sentir falta de conteúdo para o trabalho. Identificamos no discurso da maioria uma preocupação e um desejo de qualificação.

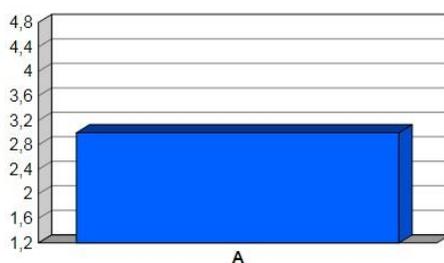
CONJUNTO 2 - Gerentes

Q1 – Como você avalia a qualificação dos profissionais para o trabalho da ESF, ao serem admitidos?

- **Categoria A** – profissionais com pouca compreensão da Estratégia Saúde da Família

DSC GIA – “... Foi uma grande surpresa. Eu achei que quem ia chegar era muito bom. Os profissionais que chegaram repetiam o ambulatório e um ambulatório muito mal feito. O grupo de agentes é muito bom e muito comprometido. Me decepcionei muito com a enfermagem eu pensei que fosse pegar enfermeiros que conhecessem a estratégia e médicos aqui não foi diferente de nenhuma outra unidade, recebemos especialista ista, ista, ista. ...Foi uma expectativa e depois um choque. Hoje estamos melhor. Eles chegam sem conhecimento sobre o trabalho da Estratégia. Chegam muito crus. A minha percepção é de que o profissional não vem preparado ...Achei muito fraco o conhecimento da equipe. Quem tem uma formação anterior é tranquilo, mas a maioria não tem, então temos dificuldades básicas na compreensão de qual é o seu papel e a importância do compromisso, por que é um trabalho diferente que envolve vínculo”.

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território	
11)	Como você avalia a qualificação dos profissionais para o trabalho na ESF, ao serem admitidos?
A	Profissionais com pouca compreensão da Estratégia 3 100,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 3	



Quanto à avaliação dos gerentes sobre as qualificações dos profissionais ao chegarem para o trabalho na Estratégia, foi visto que todos os três, 100% dos gerentes entrevistado referem um estranhamento, ao admitirem os profissionais, com a pouca compreensão sobre o trabalho a ser desenvolvido na Estratégia Saúde da Família e como essa limitação é um complicador na organização dos processos de trabalho, construção de vínculo e compromissos. Porém acontecendo de forma diferenciada entre os profissionais de nível médio e os de nível superior. Para os de nível médio, acontecia dentro do esperado compromisso e vontade de aprender, mas para a equipe de profissionais de nível superior a expectativa não respondia a realidade de profissionais com a formação e compreensão do trabalho, na verdade compreensão da necessidade de novas práticas, novas atitudes na direção da saúde e não em busca da doença.

Q2 – Como você avalia o processo de qualificação dos profissionais implementados pela AP 3.1.?

• **CATEGORIA A – Valorização das Rodas de educação Permanente**

DSC G2A—“Acho que a gente esta precisando melhorar essa questão da formação, da educação permanente. Os setores me parece que não conversam, então as capacitações eram muitas e ao mesmo tempo sem ter uma agenda mais organizada. Diante da necessidade do serviço é um pouco lento, mas ao mesmo tempo temos algumas confusões, assim alguns atropelos e o nosso ritmo na ponta é acelerado. Alguns temas são muito teórico, na prática eles ainda ficam muito perdido. Eles não conseguem fazer uma relação da teoria com a prática.. Acho que é por causa dessa não renovação das capacitações que a gente acaba tendo algumas dificuldades no processo de trabalho, já que a maioria dos profissionais vem aprender aqui como trabalhar. O que fazer na Estratégia”.

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território	
12) Como você avalia o processos de qualificação dos profissionais implementados pela AP 3.1?	
A Valorização das Rodas de Educação Permanente	3 100,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	
	3



Quanto a avaliação dos gerentes sobre o processo de qualificação implementado pela CAP, foi visto que 100% dos entrevistados propõe uma melhor organização e indicam que seja valorizado as rodas de educação permanente, como constatamos no DSC .

EIXO II – Quanto ao processo de trabalho na Equipe de Saúde da Família

Objetivos: a) Conhecer relação dos profissionais com a comunidade e sua prática - o trabalho, no território, b) Conhecer a avaliação da gerência sobre o processo de implantação da ESF e o trabalho desenvolvido no território por sua equipe.

IDEIA-CENTRAL: Metodologia de Implantação da ESF no Território

CONJUNTO 1 - Profissionais

Q4 – Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?

- **Categoria A** – Divisão paritária pelo número de famílias

DSC P4A - “A gente fez o desenho do mapa e teve que ir à área e contar para depois dividir quantos domicílios para cada área, em quarteirões. Então o território foi dividido fisicamente, geograficamente. As casas foram contadas e foi dividida a quantidade de famílias para cada equipe, quando dava 150 a 180 famílias fechava um agente. Então as famílias foram contadas para dividir por equipe”.

- **Categoria B** – Divisão por vulnerabilidade

DSC P4B – “Para delimitar o território contamos o número de famílias e dividimos pela vulnerabilidade. Hoje a gente levou em conta a vulnerabilidade e tentou arrumar esse território de uma forma mais homogenia e mais continua”.

- **Categoria C** – Divisão por comunidades

DSC P4C – “O território foi dividido pela proximidade de onde os ACSs moravam. Primeiro foi dividido os ACS por equipe e depois dentro das equipes foi dividido a micro área”.

- **Categoria D** – Desconhece o processo de implantação

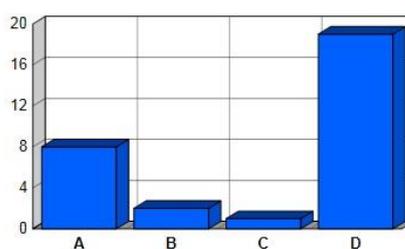
DSC P4D - “Eu não conheço o processo de implantação.... Desconheço por que não vi o início, quando cheguei às equipes já estavam formadas e o território dividido.... Cheguei há pouco tempo. Estou aqui há muito tempo, mas não sei como foi...”.

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território

5) Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?		
A	Divisão Paritária pelo número de famílias	8 26,67 %
B	Divisão por vulnerabilidade	2 6,67 %
C	Divisão por comunidades	1 3,33 %
D	Desconhece	19 63,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

30



Quanto ao conhecimento do profissional sobre a implantação da unidade e a metodologia usada para delimitação do território e adscrição da clientela, construímos quatro categorias de análises, mas se faz importante ressaltar que 63,33%, dos profissionais entrevistados informam desconhecer o processo, sendo este conhecimento relevante para todo o processo de um trabalho territorializado, para além da demarcação de limites das áreas, mas de toda interação ali presente, como: ambiente, população e a complexidade da dinâmica social existente.

Q5 – Como você avalia a integração da equipe de saúde com a comunidade no processo de gestão e planejamento?

- **Categoria A** – A comunidade é participativa

DSC P5A - “Eu acho a comunidade bem participativa. Eles procuram, eles querem saber o que esta acontecendo, como funciona. É dentro da possibilidade deles. - Nós temos vínculo com a comunidade e eles participam. A comunidade é participativa nas reuniões e nos grupos. Sempre trazem sugestões. A gente tem uma boa relação com a comunidade, embora ainda tenha algumas dificuldades na compreensão. Eu sempre estimulo os moradores da minha micro área a participarem bastante. Sempre falo pra eles expor a ideia deles, reclamações e tudo é bem vindo. Não vejo a comunidade reclamar e vejo eles sempre por aqui., mas até Deus não agrada todo mundo”.

- **Categoria B** – A comunidade é pouco participativa

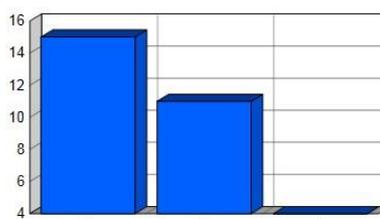
DSC P5B – “A participação é pouca. Estamos conseguindo entrar melhor na comunidade, mas ainda tem pouca participação. Tinha muita gente que não acreditava no SUS. A equipe faz um movimento de aproximação da comunidade, incentiva a participação. A unidade é bem aberta. Tem reuniões abertas com a comunidade para o acompanhamento desse trabalho. Acho que ainda falta um pouco de participação maior da população. Ainda falta uma conscientização da população sobre a estratégia Talvez porque que ainda estamos na unidade mista. Acho muito importante a participação da comunidade, mas hoje eles participam menos. Ela já foi mais participativa. Até a associação já foi mais presente. Acho que a gente ainda não sabe trabalhar com a comunidade, e a comunidade ainda não se apropriou de que eles têm esse direito de estar planejando e organizando o serviço junto com a gente”.

- **Categoria C** – “A comunidade não participa”

DSC P5C –“ Os usuários não participam do processo somente a equipe. A comunidade quer muito as coisas, mas não quer participar. As pessoas querem reclamar. Até o presidente da associação tem as vezes que ir buscar ele. Eu acho que a comunidade não participa. Faltam recursos para entender o que é. Aqui Tem o conselho gestor que teoricamente deveria funcionar e ajudar a gerir a unidade, mas eu não vejo a comunidade. A comunidade era mais participativa. A participação foi mais da gente mesmo, não me lembro de participação da comunidade e nem mesmo da associação”.

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
6) Como você avalia a integração da equipe de saúde e a comunidade no processo de gestão e planejamento?		
A	A Comunidade é Participativa	15 50,00 %
B	A Comunidade é Pouco Participativa	11 36,67 %
C	A Comunidade não Participa	4 13,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA 30



Quanto a avaliação dos profissionais sobre a integração da ESF e comunidade na gestão e planejamento da Unidade de Saúde da Família, construímos três categorias de

análises, que nos faz ressaltar entre os DSC construídos a seguir, que parte dos entrevistados 50% avalia que a comunidade participa e 50% avalia que há pouca participação ou nenhuma participação da comunidade. Tomamos como participação a presença da comunidade nas decisões junto a Unidade de saúde. Constatamos existir uma dificuldade para a construção desse processo coletivo de gestão e que também aponta para uma necessidade de formação dos profissionais, da gestão e dos usuários.

Q6 – Como foi para você ter a categoria território como atribuição e como você a conceitua no trabalho da ESF?

- **Categoria A** – “Território – Processo “

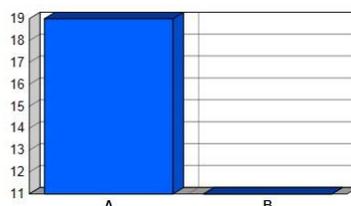
DSC P6A – “Foi uma superação, porque eu sou tímida. Mas é legal você ver as pessoas e poder ajudar de alguma maneira. Foi uma novidade, difícil, é um trabalho árduo, mas com o tempo a gente foi aprendendo que o território é um território vivo, onde as coisas acontecem, pessoas morrem, nascem. Eu gosto do meu trabalho, mas é um desafio a cada dia. Na verdade você tem toda uma família, a comunidade que você tem que acompanhar, mas é muito gratificante pra gente. Você pode atender com mais frequência àquele que não pode andar. Eu gostei por que uma coisa é o usuário vir aqui e contar as coisas pra você, outra é você está lá e ver como ele vive. É muito legal, muito diferente. Por mim eu ficava Lá o dia inteiro. Você é útil. Eu acho que o meu trabalho é muito importante. Eu conheço os moradores e eles já me conhecem. Território é uma extensão. É conhecer as equipes e conhecer a comunidade toda. Não tem a ver só com a questão do trabalho, porque é muito além disso, é mais do que isso. É o conhecimento de cada família, do relacionamento de cada família. é trabalhar com prioridades é uma vida dinâmica. É uma oportunidade de conhecer as realidades, de estar mais próximo das pessoas, é uma responsabilidade, é como se você fizesse parte. Território eu acho que é a parte viva do trabalho é a possibilidade de cuidar das necessidades de saúde acumuladas da população. Vai além do processo de trabalho. Território é onde acontece tudo. É o que tem de mais importante para o nosso trabalho. É vivo, é onde as coisas acontecem e as coisa mudam o tempo todo. Essa parte prática pra mim foi importante. Eu gosto de trabalhar dessa maneira. Território vai além do físico daquele mapa. Você tem que trabalhar a família como um todo. É aquele local em que a gente trabalha que a gente tem um relacionamento com as pessoas. É importantíssimo, você conhecer a cultura, pontos fortes e os pontos fracos. É onde as pessoas residem, muito deles tem os seus ofícios, produzem, trabalham e interagem com outros. É uma segunda família. Cada dia que eu subo o morro eu me sinto mais velho, crianças que eu vi pequena hoje já esta grandonas. Território é como se fosse uma extensão da família. Território é conhecer os moradores saber os seus problemas e poder ajudar de alguma forma. Eu acho que território é uma área física geográfica, com pessoas, parte humana e com os incrementos que geram saúde e/ou doenças. É uma extensão daqui de dentro. A partir do território que você conhece o processo de saúde doença da comunidade, então a gente conhecendo o território a gente pode atuar. A partir desse território a gente pode desenvolver estratégias de atenção a saúde, de forma que realmente a gente possa atuar de forma mais eficaz nesse território em questão”.

- **Categoria B** – Espaço físico, geopolítico

DSC P6B - “Foi um desafio, por que a gente entrou em casas que a gente não sabia como que aquela pessoa vivia. Me sinto solta e posso tirar dúvida, ajudar. Eu achei bacana é diferente mais eu gostei. tem me enriquecido como experiência de vida. Tem sido uma experiência muito boa. É bacana, os moradores tem aquela tranquilidade aquela segurança. Eu gosto de fazer visitas e interagir. trabalhar no território é muito bom.. você não faz somente uma visita clínica, você conhece o lado social. “Território é uma área onde a saúde chegou , Além de nossa moradia é o nosso local de trabalho. de chegar pra você e dizer como posso proceder? Território é a área de abrangência onde a gente atua casa a casa, pessoa por pessoa. Território meu local de trabalho, onde estão as pessoas. Território é uma área onde as pessoas habitam com ou sem saneamento básico, porque muitos lugares aqui não tem saneamento básico. Território é o meu espaço de trabalho, é assim meu limite de trabalho, meu espaço de trabalho”.

UALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDEIA CENTRAL

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
7) Como foi pra você ter a categoria território como atribuição e como você conceitua território no trabalho da Estratégia		
A	Território - Processo	19 63,33 %
B	Espaço Físico - Geopolítico	11 36,67 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		30



Quanto à avaliação do profissional sobre ter a categoria território como atribuição e o conceito de território para o trabalho da ESF, construímos duas categorias de análises: Categoria A -Território – Processo e Categoria B – Território – Espaço Físico – Geopolítico. A maioria dos entrevistados, 63,33% identificaram o território como Processo, ressaltando com isso a importância de toda dinâmica presente e sua complexidade.

CONJUNTO 2 - Gerentes

Q3 – Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?

- **Categoria A** – “Conhece o Processo”

DSC G3A – “Fiz muitas reuniões com a minha equipe de profissionais, com a comunidade, associação de moradores e com o colegiado gestor. No primeiro momento foi a CAP que fez sozinha, a delimitação de cada equipe por comunidade. Com o novo desenho, fomos juntos com a CAP pra rua e foi possível corrigir as distorções. Nós sentimos mais contemplados, por que fizemos todo um trabalho de adscrição da clientela e delimitação de acordo com a necessidade do território, trabalhando com as vulnerabilidades.”

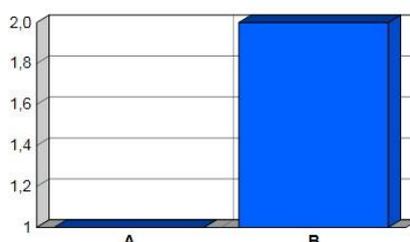
- **Categoria B** – “Desconhece o processo”

DSC G3B – “Eu não conheço o início ouço um pouco o que principalmente os ACS me falam. A metodologia usada eu não sei, mas hoje a CAP orienta que a adscrição seja pelo setor censitário. Conheço muito pouco, somente o que eles me falaram. ... Não sei qual foi a metodologia usada. , eu sei que o nosso território é muito nítido, uma equipe é o território do mapa, com os quarteirões divididos, ruas divididas e a outra é um processo de invasão, são becos, vielas não tem nem no mapa. E uma área mais vulnerável é uma área totalmente diferente da primeira que é totalmente delimitada ao que ta no mapa. As equipes e os agentes tem a mesma quantidade de famílias.”

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território

13) Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?

A	Conhece o processo	1	33,33 %
B	Desconhece o Processo	2	66,67 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		3	



Quanto ao conhecimento dos gerentes sobre a implantação da unidade e a metodologia usada para delimitação do território e adscrição da clientela, construímos duas categorias de análises. Categoria A – conhece o processo e Categoria B – desconhece o processo. Identificamos que também a maioria dos gerentes entrevistados 66,67%, desconhece o processo, o que nos leva refletir sobre os critérios usados para o cuidado em suas especificidades territoriais e possibilidades de risco e vulnerabilidade que a população se encontre. Para a gerência que conhece o processo constatamos a utilização dos critérios elencados pelo Ministério da Saúde.

Q4 – Como a gerência conceitua território para o trabalho da ESF?

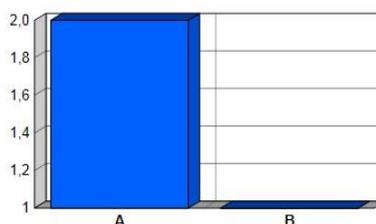
- **Categoria A – Território Processo**

DSC G4A – “Território é vida. Não é território é vivo. É vida tem movimento. Vida tem conflito. A vida segue ela tem um curso. Então assim quem esta gerenciando, junto com a sua equipe, tem que esta sempre de olho nesse território. Então território é isso território é o nosso cotidiano de trabalho junto com a vida das comunidades. Território é o diferencial do nosso trabalho e ele ferve o tempo todo com muita coisa acontecendo. Eu acredito que diante das informações que temos em loco em tempo real que a gente vai planejar”.

- **Categoria B – Território Espaço físico**

DSC G4B – “Território é o local mesmo de trabalho do agente comunitário e é um norteador a gente conhecendo o nosso território a gente pode planejar de fato o nosso trabalho. O legal daqui é isso a gente conhece bem esse território e a gente explora bem e temos como facilitador de ser um território plano”.

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
14) Como a gerência conceitua território para o trabalho ESF ?		
A	Território Processo	2 66,67 %
B	Território Espaço Físico	1 33,33 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		3



Quanto ao conceito de território para os gerentes das unidades de saúde da família, assim como para os profissionais construímos duas categorias de análises: Categoria A – Território Processo e Categoria B Território Espaço Físico. Ressaltamos a importância da compreensão do território como processo, local onde as pessoas vivem, as coisas acontecem e se transformam. Onde é também é preciso compreender o ambiente.

Q5 – Como a gerência avalia o manejo dos profissionais das equipes da ESF com a categoria território como atribuição?

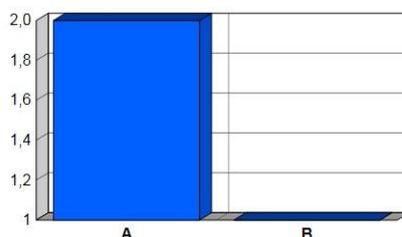
- **Categoria A** – Território como um desafio

DSC G5A - “É o grande desafio. É preciso qualificação de visita domiciliar. Os profissionais ainda vão muito focado numa queixa. Levanta as vulnerabilidades, mas se a VD é na casa de um hipertenso eles pensam só naquele hipertenso, eles não vão olhando aquela família como um todo. Agora território é um lugar onde encontramos muito sofrimento e o trabalhador entra também em sofrimento e não temos uma retaguarda de apoio, eu faço do meu jeito, mas isso deveria ser pensado pela CAP, uma forma de apoio para os trabalhadores por que é muito difícil lidar com tantas descobertas de sofrimento no território.... Trabalhar no território esta sempre na nossa pauta, mas é difícil é realmente desafiador. Existe sempre uma pressão da demanda em relação ao território. Para algumas categorias tem um valor maior. Os ACS valorizam muito a presença da equipe técnica no território. Mas ainda existe uma prioridade em relação aos atendimentos das demandas e não se apropriam do território”.

- **Categoria B** – Território como facilitador

DSC G5B – “De uma maneira geral eu considero bom esse manejo de todos com o território, somos uma equipe bem coesa. A gente faz muitas visitas, DOTS. Você sente que a equipe fala com propriedade sobre o território. Na hora de desenhar até mesmo no mapa, eles conhecem bem o território eu acho que é uma coisa, legal da gente aqui. aqui é plano, então temos muitas facilidades”.

15) Como a gerência avalia o manejo dos profissionais das ESF com a categoria território como atribuição?		
A	Território como desafio	2 66,67 %
B	Território como facilitador	1 33,33 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		3



Quanto a avaliação da gerência sobre o manejo dos profissionais das ESF com a categoria território, construímos duas categorias de análises: Categoria A – Território como desafio e Categoria B – Território como facilitador. Constatamos que quando para a gerência o manejo do território é um desafio para os profissionais é compreendido como um processo.

EIXO III – Quanto ao processo de produção da informação

Objetivos: a) Conhecer qual a compreensão dos profissionais sobre a produção de informação e os instrumentos utilizados nos processo de trabalho, b) Conhecer a avaliação dos profissionais sobre a comunicação no processo de trabalho.

IDEIA-CENTRAL: O processo de produção e uso da informação e as diferentes formas de comunicação no território

CONJUNTO 1 - Profissionais

Q7 – Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a informação produzida?

- **Categoria A** – Utilização de instrumentos oficiais e serve ao profissional

DSC P7A - Produção da informação com o que recolhemos na casa dos pacientes e anotamos nos nossos cadernos e fichas. Com a visita ao campo, produção do FAD e do semanal. Toda produção serve pra gente mesmo para nos resguardar se tiver algum problema. Para o médico é bem útil, para o nosso supervisor de campo e o enfermeiro da nossa equipe.

- **Categoria B** – Utilização de instrumentos oficiais e serve para a equipe

DSC P7B – “Principalmente com as visitas as famílias, Com informação da área, com informações que chegam aqui. A demanda livre, grupos, dados de produção mensal dos instrumentos do SIAB. Também temos alguns registros nossas planilhas de Excel para acompanhamentos dos hipertensos, diabéticos e

gestante. conversar com os moradores para fazer as listagens dos problemas e escrever no livro preto lista de hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose. Tudo isso serve para melhoria do trabalho para médico, enfermeiro, pra mim, para a equipe trabalhar”.

- **Categoria C** – Utilização de instrumentos oficiais e serve para a comunidade

DSC P7C – “Com consultas e as visitas. todo dia nas VDs, as fichas e as duvidas também na internet. Toda essa informação serve primeiramente para os usuários e pra toda comunidade”.

- **Categoria D** – Utilização de instrumentos oficiais e serve para a CAP e ou prefeitura

DSC P7D – “A Produção da Informação ocorre com as visitas e o levantamento de todas as necessidades daquela família e trazer para o enfermeiro e médico. E a gente orienta convida para vir ao posto. Acho que todo esse trabalho interessa pra Prefeitura. A Produção da Informação ocorre com as Vds”.

- **Categoria E** – Utilização de instrumentos oficiais e serve ao Estado

DSC P7E – “A informação da área de trabalho e a gente traz pra nossa reunião de equipe e aqui a gente discuti. Faço o relatório - FAD 01. Participo da reunião de equipe. Realização de VD, as fichas, nossos cadernos e relatórios, cartão da Ge, caderneta de vacina, qualidade de vida do idoso. também diariamente nos atendimentos com os pacientes. Normalmente a gente anota nosso caderno e nas fichas e o SIAB. Essas informações mostra que a gente trabalha, mas ela leva pra fora todo o nosso trabalho, pra mostrar como que é dentro da comunidade e gera todo um processo financeiro. serve ao poder público. Serve pra gerar dados para o MS, se a estratégia esta sendo eficiente, se esta fazendo certo”.

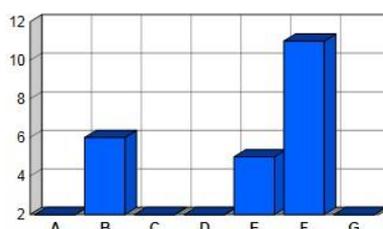
- **Categoria F** – Utilização de instrumentos oficiais e serve para todos

DSC P7F – “A produção da informação ocorre atendendo ao o que o siab propõem que você busque, visitas, consultas. Todos os profissionais fazem VD. através da ficha, A b ACS, gestante, Hipertdia, dos dados dos agentes. Essas informações eu acho que serve pra enviar para Brasília, pra CAP, pra vir mais verba para o posto. Pra todos. As fichas são muito importante, pra gente, pra equipe, pra todos. E também para a prefeitura poder fazer as intervenções. Pro governo geral, pro estado do RJ geral, pra que eles possam ta fazendo uma intervenção, tanto na parte da saúde como na parte social. Brasília, enfim pra todas esferas competentes do nosso país. Todo esse trabalho serve para nós mesmos e para a CAP. A cap comunica aos outros órgãos. É uma cadeia de interessados, a comunidade, a equipe e podemos dizer todo o Estado”.

- **Categoria G** – Reconhecimento territorial e serve para todos

DSC P7G – “Nos procedimentos coletivos que fazemos, nos grupos, nas VDs as família, mas também em toda a comunidade e atendimento individual. As reuniões sejam reunião de equipe, do colegiado ou com a comunidade ou escolas. Todas as nossas atividades produzimos informações, as diversas ações no território produz informação. Com certeza todo essa informação produzida serve para a equipe planejar o trabalho, para a comunidade, que com certeza terá bons resultados e para os órgãos públicos e para a própria política de saúde. Não usamos bem todos os instrumentos, mas servem para planejar as ações e é o que a gente faz na nossa unidade, para a comunidade e para todo o Sistema de Saúde”.

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
8) Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a informação produzida?		
A	Instrumentos Oficiais e serve para o profissional	2 6,67 %
B	Instrumentos Oficiais e serve para a equipe	6 20,00 %
C	Instrumentos Oficiais e serve para a comunidade	2 6,67 %
D	Instrumentos Oficiais e serve para a CAPI/Prefeitura	2 6,67 %
E	Instrumentos Oficiais para o Estado	5 16,67 %
F	Instrumentos Oficiais e serve para todos	11 36,67 %
G	Reconhecimento Territorial e serve para todos	2 6,67 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		30



Quanto ao processo de produção de informação e a quem serve a informação produzida construímos sete categorias de análises, o que demonstra uma pluralidade de compreensão sobre o processo de trabalho, chegando à categoria mais frequente a 36,67%, referindo o uso de instrumentos oficiais e a possibilidade do benéfico desta produção para todos, incluindo o usuário, a equipe e o Estado.

Q8 – Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve essa informação produzida?

- **Categoria A** – Análise do SIAB

DSC P8A – “Nas nossas reuniões de equipe usamos o registro na ficha A, que é a ficha de cadastro do SIAB, tem a ficha B, a ficha B. A equipe faz VD, usa as fichas e as livres demandas. Usamos as fichas dos agentes SS2, a das equipes PMA2 e ficha de acompanhamento. Também as VD, acompanhamento de TB e hanseníase. Nossos instrumentos são essas fichas”.

- **Categoria B** – Análise do SIAB e outros instrumentos oficiais

DSC P8B – “São as visitas, as campanhas e através da VD dos ACS, com as campanhas Todos os instrumentos o SIAB, toda informação produzida nós usamos pra cuidar da nossa população. A gente conversa muito sobre tudo isso na reunião de equipe onde colocamos as dificuldades e pedimos apoio. Então usamos o SIAB e outros instrumentos que são colocados na prática para atender a outros programas”.

- **Categoria C** – Análise do SIAB e outro instrumento não oficial

DSC P8C – “Usamos toda a informação do caderno e das fichas. Demanda que os usuários, observação no território. siab acaba sendo semanal e discussão na equipe. Usamos basicamente no SIAB os indicadores como referência de trabalho, as fichas, o caderno, os relatos, as visitas, trazendo as informações pra equipe. São muitas informações preciosas que não temos como disponibilizar para a prefeitura que trocamos na reunião de equipe. Usamos basicamente no SIAB os indicadores como referência de trabalho”.

- **Categoria D** – Outros Instrumentos

DSC P8D – “O instrumento usado é a reunião de equipe mesmo. Panfletos, caminhada da dengue. Utilizamos nossa planilhas próprias. Grupos pra aproximar e compreender, porque eu tinha adolescente que falou pra mãe que não sabia pra que fazer pré natal.. As informações dos ACS, o que a gente vê o que vivencia o que trocamos, a comunicação. Uso meu caderno com todo território - família e ruas. Lá eu tenho tudo anotado A gente conhece a comunidade na reunião de equipe com as trocas”.

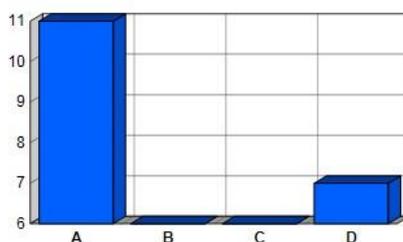
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território

9) Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde - doença no território?	
A	Análise do SIAB 11 36,67 %
B	Análise do SIAB e outros instrumentos oficiais 6 20,00 %
C	Análise do SIAB e outro instrumento não oficial 6 20,00 %
D	Outros instrumentos 7 23,33 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA

30



Quanto aos instrumentos utilizados pelos profissionais para compreensão do processo saúde – doença no território construímos quatro categorias de análises e ressaltamos a importância de 76% dos entrevistados referirem a utilização do SIAB, instrumento oficial do MS e 40% utilizar o SIAB e outros instrumentos.

Q9 – Como você avalia a comunicação entre a equipe de saúde, a população e as demais esferas de gestão da ESF?

- **Categoria A** – Existe uma boa comunicação

DSC P9A – “ Temos uma boa comunicação dentro do posto. Eu acho que assim tem funcionado bem. A nossa comunicação é muito boa, a direção é muito presente. o diálogo com a prefeitura é através da CAP. Todo mundo interage. A gente tem todo acesso a gerencia. A cap e mais difícil e a gerencia e o nosso elo e sempre que agente precisa elas estão La. A comunicação com o usuário é boa e com a gerência também. A comunicação flui bem, minha relação com o usuário é boa. Eu não tenho problema nenhum com a direção. Aqui tem muita união. O médico tem muito cuidado em informar tudo. Nossa comunicação interna é boa, rápida com o usuário. Temos uma boa relação com as equipes e com a gerência. Hoje a cap esta mais distante, antes trabalhava mais perto. O usuário fala bem com a gente. A gerente ta sempre aqui. Temos um bom canal de comunicação. Temos uma relação boa com os usuários. A comunicação é muito boa e de total liberdade. Antes tínhamos mais contato com a CAP agora ela ficou mais restrita. A comunicação na equipe é boa. A comunicação é muito boa com os usuários a participação no grupo é livre. uma equipe ajuda a outra. É claro que tem uns que trabalham muito melhor do que outros, com suas características mas o trabalho flui. Eu me dou bem com todos. Nossa comunicação é ótima. Ate com a outra equipe sempre que precisa a gente ta sempre ajudando”.

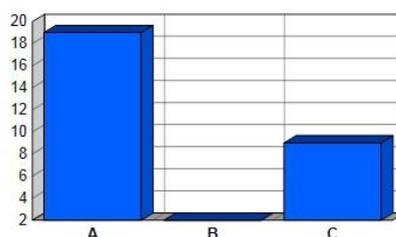
- **Categoria B** - Existe pouca comunicação

DSC P9B - A comunicação é um pouco ruim. Tem momentos que acho que a gente não fala a mesma língua. Falando diferente isso complica. Sinto falta de feed back positivo. A comunicação com as equipe não é boa.

- **Categoria C** – A comunicação precisa melhorar

DSC P9C – “Gostaria que a comunicação fosse melhor. Tem algumas coisas que não flui bem. A comunicação com a comunidade não flui, ela não participa muito. Precisamos melhorar. Fazemos grupos com a comunidade para fortalecer a comunicação, mas ainda é muito falha. É preciso ser trabalhada um pouco, mas não só a nossa equipe, mas todas. A comunicação não é excelente. Eu acho uma coisa meio monetária, muito financeira. Acho até que tem que ser, mas já foi bem melhor. A comunicação é complicada, às vezes eu vejo mais complexa. a comunicação do trabalho é um pouco de confusa da parte da empresa e da parte da cap, mas o trabalho flui e também não vejo a CAP fechada pra ouvir e o posto também. CPM05 - A comunicação em relação ao posto aqui a gente tenta atender dentro do que é possível, mas é preciso melhorar. a gente não recebe um feed back da secretaria, a gente recebe informações muito truncadas, informações que as vezes a gente tem que acessar a internet ou que a gente tem que telefonar . é um pouco falha é muito distante e sempre truncada. A comunicação é um grande nó. Aqui usamos muito o recurso da reunião de equipe com ata para garantir o que foi pactuado, mas é muito difícil”.

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
10) Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF?		
A	Existe uma boa comunicação	19 63,33 %
B	Existe pouca comunicação	2 6,67 %
C	A comunicação precisa melhorar	9 30,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		30



Quanto a avaliação da dos profissionais sobre o processo de comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF, construímos três categorias de análises, onde ressaltamos a categoria A - que refere a existência de uma boa comunicação – o que aponta um diferencial do trabalho realizado pela ESF que tem como princípio, entre outros a construção de vínculos e a troca de saberes.

CONJUNTO 2 - Gerentes

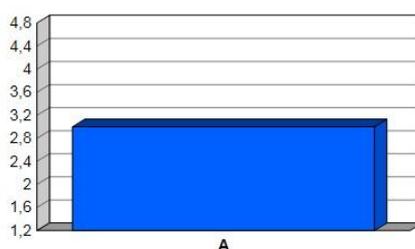
Q6 – Como ocorre o processo de produção da Informação no território de atuação da Unidade de Saúde da Família e a quem serve a informação produzida?

- **Categoria A** – Instrumentos Oficiais e serve para todos

DSC G6A - “A Produção de Informação é uma grande fragilidade nossa ainda. O SIAB a gente entrou todo mundo inexperiente e ainda pegamos um sistema muito ruim, que foi o alerta. Produzimos muito mais

do que apresentamos. E tudo isso serve principalmente para o usuário, pra equipe e também para a Prefeitura e o MS”.

Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
16) Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a informação produzida?		
A	Instrumentos Oficiais e serve para todos	3 100,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		3



Quanto ao processo de produção de informação e a quem serve a informação produzida para os gerentes, construímos uma categoria de análise onde destacamos a referência aos instrumentos oficiais como a única forma de produção da informação.

Q7 – A respeito dos instrumentos utilizados para compreensão do processo saúde-doença no território.

- **Categoria A** - SIAB e outros instrumentos Oficiais

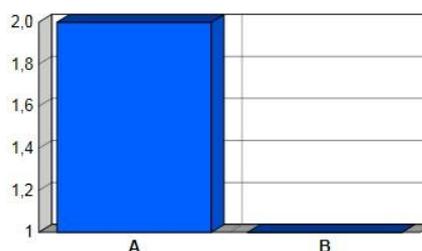
DSC G7A – “Reunião mensal com as lideranças comunitárias, que é um trabalho com pouca participação, mas estamos caminhando e as informações do SIAB e dos programas. Também usamos a AMQ”.

- **Categoria B** – SIAB

DSC G7B - “O processo de trabalho é todo planejado em cima do que a gente tem ali. Por isso é tão importante que o cadastro esteja atualizado e completo. trabalhamos sempre em cima das informações produzidas no SIAB”.

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

A Qualificação da Prática dos Profissionais da ESF para o trabalho no Território		
17) Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde - doença no território?		
A	SIAB e outros instrumento Oficiais	2 66,67 %
B	SIAB	1 33,33 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		3



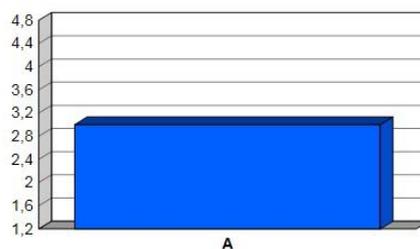
Quanto aos instrumentos utilizados para compreensão do processo saúde – doença no território construímos duas categorias de análises. Ressaltamos a referência da maioria de utilização da análise do SIAB e outros instrumentos oficiais, o que demonstra uma aproximação maior da realidade do território.

Q8 - A respeito da comunicação no processo de trabalho.

- **Categoria – A - A comunicação como uma dificuldade**

DSC G8A – “A comunicação dentro do trabalho é ainda difícil, mesmo sendo uma direção que incentiva a participação e tenta dividir muito, ainda assim é complicado o processo de trabalho. Sempre tem aquele que diz que não sabia e não foi informado. Eu gosto muito de trabalhar com a CAP a comunicação flui bem. Com a secretaria eu tenho pouco contato”.

18) Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF?	
A - A comunicação como uma dificuldade	3 100,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	
	3



Quanto a avaliação da gerência sobre o processo de comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF, construímos um categoria de análise onde a comunicação é referida como uma dificuldade.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES – articulando conceitos com o DSC

“Cada homem vale pelo lugar onde esta: o seu valor como produtor, como consumidor, cidadão, depende de sua localização no território”. (Milton Santos, 1998)

O primeiro eixo norteador do estudo refere-se à educação permanente, cujo objetivo foi conhecer a qualificação e as concepções dos profissionais e dos gerentes sobre os processos de educação permanente, tendo como referencial a própria política de Educação Permanente implantada a partir de 2004, que busca nos cotidianos de trabalho, mediada por uma metodologia problematizadora, refletir e construir os processos de ensino aprendizagem.

Para a Estratégia Saúde da Família, a Educação Permanente deve promover junto aos profissionais um espaço emancipatório para que ocorra mudança nas práticas realizadas, possibilitando uma potente revisão na organização e nos processos de trabalho, resultando em efetiva mudança no modelo de atenção vigente de acordo com a PNAB (2011).

A consolidação e o aprimoramento da atenção básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. (PNAB, 2011: 38)

Identificamos no discurso do sujeito coletivo (DSC), que a qualificação profissional, como processo estratégico e contínuo para mudança de paradigma e reorganização dos processos de trabalho, foi destacado tanto pelos Profissionais quanto pelos Gerentes de Unidades entrevistados, como um grande desafio ainda a ser enfrentado na esfera da Atenção Básica.

- **DSC P2A** - *“Fiz o curso Introdutório que foi muito bom e ajudou bastante a gente para o mapeamento, para a orientação do trabalho... Fiz várias capacitações que eu avalio como fundamentais para o desempenho do nosso trabalho... Os cursos são bons e importantes para a nossa prática... O curso foi ótimo por que acrescentou mais na nossa qualificação e no nosso crescimento pessoal”.*

Na perspectiva da educação permanente dos trabalhadores da saúde, confirmamos uma enorme descontinuidade dos processos de qualificação se tomarmos como parâmetro para oferta de cursos a recomendação da lei 11.350, de 05 de outubro de 2006, onde constam nos artigos abaixo:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

E temos ainda, para as duas profissões, como um dos requisitos para exercer as atividades:

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada.

Na organização das expressões chaves, frações de falas que emergem dos discursos individuais, aos ser perguntado sobre a oferta de qualificação aos profissionais das equipes da ESF, encontramos muitas referências de satisfação ao Curso Introdutório oferecido pela SMSDC por aqueles que o fizeram e nos demais percebemos um desejo de que possam vir a fazê-lo.

Os profissionais referem-se ao curso Introdutório como o espaço onde foi possível se aproximar mais da discussão do processo de trabalho, construção do diagnóstico de saúde sobre as condições de vida e situação de saúde da comunidade. Mencionam que e se ressentem das oficinas deste curso, como uma necessidade para o aprimoramento do seu trabalho.

Na verdade encontramos dentro da amostra pesquisada, entre os ACS e ACE, 06 profissionais que ainda não haviam realizado o curso introdutório e 80% deles sente falta de não ter as capacitações de forma permanente no trabalho e refere como apoio fundamental a troca de conhecimento com os colegas de serviço.

- **DSC P2C** – “O trabalho já tinha começado e eu não fiz o introdutório. Eu não fiz nenhum curso depois que entrei aqui”.

O curso introdutório é preconizado pelo Ministério da Saúde como uma fase inicial do processo de qualificação dos profissionais com objetivo de apresentar a discussão e compreensão do objeto de trabalho e promover a integração das equipes. Também ressalta que este deve ser a inauguração do processo de qualificação dos profissionais, por não ser o suficientemente largo e robusto para preencher todas as lacunas existentes para uma

reorientação do modelo assistencial. Portanto, há necessidade de várias idas e vindas ao objeto para que seja possível refletir e sistematizar as informações necessárias em um processo de educação permanente. (Brasil, 1997).

Entre os médicos, enfermeiros e dentista entrevistados 50% realizaram algum curso antes de iniciar o trabalho na ESF. O que nos faz refletir sobre o despreparo dos profissionais para o trabalho proposto pela ABS/ESF, prevalecendo o conhecimento pré-existente e suas repetidas práticas centradas no modelo curativo e hospitalocêntrico, voltado para doentes e doenças, os procedimentos e tecnologias médicas, com pouco impacto sobre as condições produtoras dos problemas e das necessidades de saúde e com baixa resolutividade.

- **DSC PIB** - *“Sim. Sanitarista - FIOCRUZ,... Residência Multiprofissional em Saúde da Família - FIOCRUZ e Gestão em Saúde da Família - UERJ.”*

Nesta mesma direção também observamos em anotações das Unidades e na síntese das expressões chaves, uma frequência maior na programação de capacitações para os profissionais de nível superior em relação aos de nível médio, agravando-se a situação na baixa oferta de qualificação para os técnicos de enfermagem e TSB.

Constatamos ainda que as atividades de ensino estão voltadas, em sua maioria, para os programas e para a assistência a saúde, mantendo o olhar para os procedimentos e a atenção médica curativa.

- **DSC P3A** – *“Sinto falta de não ter capacitações em educação permanente, por que as coisas mudam e precisamos de apoio. Gostaria que tivesse uma orientação sobre o fluxo do trabalho. Aqui nunca mais teve nenhuma capacitação. Eu sinto falta por não ter feito curso introdutório, de um aperfeiçoamento em AD, Primeiro socorros, saúde mental, feridas, Cuidado com idoso e vacinas. Com as capacitações você sente mais segurança e é mais resolutivo”.*

Franco e Merhy (2000), quando trazem para o debate a discussão sobre as contradições e os novos desafios do PSF, afirmam que é preciso que ocorra uma aposta na mudança dos processos de trabalho e a preparação das equipes, com visões mais integralizadora para que o novo modelo de assistência à saúde, possa modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar com “tecnologias leves dependentes”, superando as estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado. Para Giovanella, Ligia et al, 2009

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e capacitação dos profissionais para atuarem no âmbito das ESF, seja pela questão dos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja

ainda pela adesão desses profissionais à proposta do SF. Giovanella, et all 2009:15).

Para a mudança de prática é fundamental a compreensão do processo e fortalecimento do vínculo com os usuários. Vínculo como um recurso terapêutico, como uma técnica que qualifique o trabalho em saúde. Para Campos (2003),

A construção de vínculo depende, portanto, do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma microrregião. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular. Um duplo movimento, nem sempre fácil de ser realizado: um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente dos mais vulneráveis. (Campos, 2003:69)

O processo de construção de vínculos não é uma tarefa simples para a equipe de saúde, mas implica em conhecimento e práticas que possa fortalecer esta relação e interação com a população para construção do projeto terapêutico singular, familiar e comunitário, de acordo com a necessidade e especificidade de cada região.

Observamos um encontro entre os discursos dos profissionais das equipes e dos gerentes de Unidades de Saúde da Família que compuseram a amostra do estudo, quando se referem às limitações do processo de educação permanente implementado pela CAP, para subsidiar as inúmeras atividades e discussões realizadas pelos profissionais da ESF junto ao conjunto diverso de atores sociais que produzem e vivem o território (creches, escolas, passeios com os grupos de educação em saúde de idosos, crianças, adolescentes, hipertensos e diabéticos, reunião com a comunidade, associação de moradores, subprefeitura e ONGS) seus problemas e necessidades.

- *DSC G2A*—“Acho que a gente esta precisando melhorar essa questão da formação, da educação permanente. Os setores me parece que não conversam, então as capacitações eram muitas e ao mesmo tempo sem ter uma agenda mais organizada. Diante da necessidade do serviço é um pouco lento, mas ao mesmo tempo temos algumas confusões, assim alguns atropelos e o nosso ritmo na ponta é acelerado. Alguns temas são muito teórico, na prática eles ainda ficam muito perdido. Eles não conseguem fazer uma relação da teoria com a prática.. Acho que é por causa dessa não renovação das capacitações que a gente acaba tendo algumas dificuldades no processo de trabalho, já que a maioria dos profissionais vem aprender aqui como trabalhar. O que fazer na Estratégia”.

A partir da observação sobre a organização do processo de trabalho, identificamos os fóruns, as oficinas sobre temas do cotidiano como potentes espaços de trocas e aprendizados. É possível constatar que vem ocorrendo, mesmo com algumas limitações, o cuidado integral

em saúde, possivelmente pela reconstrução do conhecimento científico adquiridos nos poucos processos de formação, articulados com os conhecimentos tácitos e o desejo subjetivo de mudança na direção da produção da saúde.

Quanto às perguntas relacionadas ao processo de trabalho da equipe de saúde da família no território, tínhamos como objetivos: a) para os profissionais conhecer sua relação profissional com a comunidade e sua prática com o trabalho no território e b) para a gerência, conhecer sua avaliação sobre o processo de implantação da ESF e o trabalho desenvolvido no território por sua equipe.

Para compreender e desenvolver o trabalho territorializado como eixo estruturante da Estratégia Saúde da Família, Monken e Barcellos (2007:177) chamam a atenção para as possibilidades do uso da categoria território no campo da saúde, a qual pode ser útil, *“tanto na análise como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como: conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar – o que frequentemente acontece de forma desarticulada, incompleta ou deficiente”*. Para tanto, Barcellos e Pereira (2006) indicam a territorialização como caminho a ser seguido para atingir os objetivos proposto pela da ABS/ESF.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (Barcelos e Pereira, 2006: 48)

Portanto, conhecer o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família, de delimitação do território e adscrição da clientela é muito mais que uma atividade meramente administrativa, é importante para os profissionais e os gerentes das Unidades para iniciar a aproximação e o reconhecimento do potencial do conceito, identificar os problemas de saúde e estabelecer as parcerias e reponsabilidade. É possível dizer que a partir dessa compreensão inicial do território acontecerá a inclusão deste na sua prática.

- **DSC P4A** - *“A gente fez o desenho do mapa e teve que ir à área e contar para depois dividir quantos domicílios para cada área, em quarteirões. Então o território foi dividido fisicamente, geograficamente. As casas foram contadas e foi dividida a quantidade de famílias para cada equipe, quando dava 150 a 180 famílias fechava um agente. Então as famílias foram contadas para dividir por equipe”*.

Ter a categoria território como atribuição no trabalho das equipes de saúde da família não é uma tarefa simples, como já discutida anteriormente, portanto quando a maioria dos profissionais e gerentes desconhece este processo, quando o menor tempo de trabalho no território é de dois anos, nos faz retomar a questão da falta de qualificação para este trabalho, dado que o território com as suas pluralidades e singularidades convoca a todos a pensar para além do espaço geográfico delimitado: no contexto, nos atores sociais, nos problemas, nas necessidades, nos conflitos e contradições da existência humana e do próprio sistema de saúde e seus modelos de atenção.

- **DSC P6A** – *“Foi uma superação... Mas é legal você ver as pessoas e poder ajudar de alguma maneira. Foi uma novidade, difícil, é um trabalho árduo, mas com o tempo a gente foi aprendendo que o território é um território vivo, onde as coisas acontecem, pessoas morrem, nascem. Eu gosto do meu trabalho, mas é um desafio a cada dia. Na verdade você tem toda uma família, a comunidade que você tem que acompanhar, mas é muito gratificante pra gente. Você pode atender com mais frequência àquele que não pode andar. Eu gostei por que uma coisa é o usuário vir aqui e contar as coisas pra você, outra é você esta lá e ver como ele vive. É muito legal, muito diferente. Por mim eu ficava lá o dia inteiro. Você é útil. Eu acho que o meu trabalho é muito importante. Eu conheço os moradores e eles já me conhecem. Território é uma extensão. É conhecer as equipes e conhecer a comunidade toda. Não tem a ver só com a questão do trabalho, porque é muito além disso, é mais do que isso. É o conhecimento de cada família, do relacionamento de cada família. é trabalhar com prioridades é uma vida dinâmica. É uma oportunidade de conhecer as realidades, de estar mais próximo das pessoas, é uma responsabilidade, é como se você fizesse parte. Território eu acho que é a parte viva do trabalho é a possibilidade de cuidar das necessidades de saúde acumuladas da população. Vai além do processo de trabalho. Território é onde acontece tudo. É o que tem de mais importante para o nosso trabalho. É vivo, é onde as coisas acontecem e as coisas mudam o tempo todo. Essa parte prática pra mim foi importante. Eu gosto de trabalhar dessa maneira. Território vai além do físico daquele mapa. Você tem que trabalhar a família como um todo. É aquele local em que a gente trabalha que a gente tem um relacionamento com as pessoas. É importantíssimo, você conhecer a cultura, pontos fortes e os pontos fracos. É onde as pessoas residem, muito deles tem os seus ofícios, produzem, trabalham e interagem com outros. É uma segunda família. Cada dia que eu subo o morro eu me sinto mais velho, crianças que eu vi pequena hoje já esta grandonas. Território é como se fosse uma extensão da família. Território é conhecer os moradores saber os seus problemas e poder ajudar de alguma forma. Eu acho que território é uma área física geográfica, com pessoas, parte humana e com os incrementos que geram saúde e/ou doenças. É uma extensão daqui de dentro. A partir do território que você conhece o processo de saúde doença da comunidade, então a gente conhecendo o território a gente pode atuar. A partir desse território a gente pode desenvolver estratégias de atenção a saúde, de forma que realmente a gente possa atuar de forma mais eficaz nesse território em questão”*.
- **DSC G4A** – *“Território é vida. Não é território é vivo. É vida tem movimento. Vida tem conflito. A vida segue ela tem um curso. Então assim quem esta gerenciando, junto com a sua equipe, tem que esta sempre de olho nesse território. Então território é isso território é o nosso cotidiano de trabalho junto com a vida das comunidades. Território é o diferencial do nosso trabalho e ele ferve o tempo todo com muita coisa acontecendo. Eu acredito que diante das informações que temos em loco em tempo real que a gente vai planejar”*.

Para o trabalho de intervenção no território de uma forma integral é fundamental o conhecimento do contexto e os determinantes sociais, econômico, cultural, demográfico e ambiental no desenvolvimento do processo saúde – doença. Para além do orgânico é importante conhecer como a população constitui suas relações interpessoais, os valores, crenças, as práticas locais do cotidiano de vida da comunidade, dos processos utilizados pela

população local para lidar com o adoecimento e as dificuldades que se apresentam - suas crenças e valores. O reconhecimento do território é fundamental para pensar e planejar as ações intersetoriais e o fortalecimento da rede de assistência com novas práticas em saúde voltadas para um trabalho de vigilância a saúde.

A normatização relativa à organização da atenção básica refere-se constantemente à adscrição de clientela, espaço territorial, área de abrangência, termos estes que remetem à demarcação do território de atuação. Essa compreensão assume dois enfoques que referem tanto à inserção da população, suas relações sociais e econômicas que interferem no seu processo saúde-doença, como também à necessidade de criar condições para promover o controle a regulamentação, o monitoramento e a organização do território para intervir nos problemas e nas necessidades de saúde apresentadas pela população. (Gondim et al, 2008).

Isso afirma que o conceito ampliado de saúde convoca aos profissionais para uma compreensão do trabalho a ser desenvolvido pela ESF no território, esteja para além da compreensão de espaço como extensão geográfica e político – operativo do sistema de saúde. O conhecimento do território proporciona a ESF a compreensão ampliada do processo saúde-doença relacionando-o aos determinantes sociais da saúde na esfera individual, da comunidade, das políticas públicas e dos sistemas produtivos e políticos.

Portanto, faz-se necessário compreender o território no campo da saúde como lócus de acumulação histórica, dinâmico e vivo, que se constrói e reconstrói o tempo todo, impulsionando os profissionais a uma perspectiva de inovação das práticas realizadas para além do trabalho prescrito incluindo o diálogo com o usuário do serviço, que é o principal sujeito desse processo, como fundamental para ampliar a forma de se atuar em saúde com a implementação de novas práticas.

Foi possível identificar no DSC dos profissionais alguma convergência no que tange a necessidade de se estabelecer um diálogo com os atores sociais do território no processo de trabalho, no entanto o DSC da gerência em relação a comunicação com a população, desvela certa dificuldade, algo que precisa melhorar.

- **DSC P5B** – *“A participação é pouca. Estamos conseguindo entrar melhor na comunidade, mas ainda tem pouca participação. Tinha muita gente que não acreditava no SUS. A equipe faz um movimento de aproximação da comunidade, incentiva a participação. A unidade é bem aberta. Tem reuniões abertas com a comunidade para o acompanhamento desse trabalho. Acho que ainda falta um pouco de participação maior da população. Ainda falta uma conscientização da população sobre a estratégia Talvez porque que ainda estamos na unidade mista. Acho muito importante a participação da comunidade, mas hoje eles participam menos. Ela já foi mais participativa. Até a associação já foi mais presente. Acho que a gente ainda não sabe trabalhar com a comunidade, e a comunidade ainda não se apropriou de que eles têm esse direito de estar planejando e organizando o serviço junto com a gente”.*

No que tange as ações de comunicação e informação, as perguntas aplicadas aos dois conjuntos de sujeitos (profissionais e gerentes) ensejavam estabelecer uma sincronidade entre elas, de modo a identificar coerência e/ou aproximação entre o pensar e o agir.

Observamos que os profissionais das equipes da ESF referem uma quantidade significativa de instrumentos para serem trabalhados e respondidos no cotidiano de trabalho, tanto na coleta quanto na análise, os quais estão para além daquilo que se estabelece no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que identificam como o principal instrumento de informação. Há uma demanda maior para coleta dos dados do que para a sua análise, e afirmam também, sentirem falta de retorno ao trabalho produzido. Principalmente um retorno positivo, afirmam que negativo a todo tempo estão a receber.

- *DSC G6A- “A Produção de Informação é uma grande fragilidade nossa ainda. O SIAB a gente entrou todo mundo inexperiente e ainda pegamos um sistema muito ruim, que foi o ALERT. Produzimos muito mais do que apresentamos. E tudo isso serve principalmente para o usuário, pra equipe e também para a Prefeitura e o MS”.*

Para melhor compreensão da discussão sobre a coleta de dados e sua análise de dados Barcellos e Monken (2007) oferecem alguns elementos centrais:

A produção de informação passa pela coleta e análise de dados visando ao fornecimento de informações úteis para a tomada de decisão. ...Há uma distinção que devemos fazer entre dado e informação: Dado: é definido como um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância ou o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico, ou a matéria – prima da produção da informação. Por exemplo, o número de óbitos ocorrido no último mês, no seu município. Informação: é entendida como o conhecimento obtido a partir dos dados, dado trabalhado, ou o resultado da análise e combinação de vários dados, o que implica em interpretação, por parte do usuário. É uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático.

A maioria dos entrevistados fazem uma relação entre o que produz e sua utilização na construção do diagnóstico de situação de saúde e condições de vida da população assistida, mas referem uma pressão do tempo e da demanda por assistência que muitas vezes precisam priorizar.

Observamos que durante as entrevistas a visita domiciliar e a reunião de equipe foram amplamente citados pelos profissionais das ESF e gerentes das USF, como sendo um dos principais instrumentos utilizados no processo de trabalho para construção conhecimento sobre o processo saúde doença.

A PNAB/2011, caracteriza a visita domiciliar como uma atividade da equipe de saúde da família, a realização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em

locais no território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada.

Na organização do DSC, a visita domiciliar também aparece pelos entrevistados, como uma atribuição comunicativa específica que necessita de uma qualificação maior, por que ainda é identificado por alguns a permanência da prática centrada na doença, tanto pelo médico quanto pelos demais profissionais, que ainda apresentam o seu trabalho estruturado pelo saber médico.

- **DSC G5A** - *“É o grande desafio. É preciso qualificação de visita domiciliar. Os profissionais ainda vão muito focado numa queixa. Levanta as vulnerabilidades, mas se a VD é na casa de um hipertenso eles pensam só naquele hipertenso, eles não vão olhando aquela família como um todo. Agora território é um lugar onde encontramos muito sofrimento e o trabalhador entra também em sofrimento e não temos uma retaguarda de apoio, eu faço do meu jeito, mas isso deveria ser pensado pela CAP, uma forma de apoio para os trabalhadores por que é muito difícil lidar com tantas descobertas de sofrimento no território.... Trabalhar no território esta sempre na nossa pauta, mas é difícil é realmente desafiador. Existe sempre uma pressão da demanda em relação ao território. Para algumas categorias tem um valor maior. Os ACS valorizam muito a presença da equipe técnica no território. Mas ainda existe uma prioridade em relação aos atendimentos das demandas e não se apropriam do território”.*

A priorização pela equipe do objeto de trabalho em questão – a visita domiciliar, precisa ser instaurada pela nova lógica do trabalho em saúde – da promoção e proteção, para todos os profissionais, incluindo também o ACS, para que este não seja absorvido e rapidamente institucionalizado na rotina do serviço sem planejamento e focado no levantamento de produção de dados referentes a doenças.

Para o trabalho em equipe multiprofissional, o DSC revela a importância das diferentes composições de dados para análise da necessidade de saúde da comunidade, para que não seja construído uma informação reduzida do diagnóstico de saúde priorizando somente instrumentos oficiais com indicadores epidemiológicos sobre doenças e agravos. Todas as equipes entrevistadas têm espaço semanal de reunião de equipe, com registros em ata dos relatos da reunião e todas as decisões. Como foi possível observar, este se constitui como um espaço de trabalho fundamental para o profissional e rico de construção coletiva, com trocas e interação das atividades realizadas durante a semana e construção de conhecimento para intervenções necessárias aos processos de trabalho.

Os profissionais também trouxeram como grande importância para construção da produção de informação, os grupos de educação em saúde, que são realizados com os usuários na unidade ou em espaços dentro da própria comunidade. Valorizaram muito como espaço de troca e fortalecimento do vínculo entre os profissionais e para a própria rede de apoio entre eles, os usuários. Afirmam a possibilidade de uma compreensão melhor das dinâmicas de vida a partir da interação e dos diálogos que ocorrem no grupo e destacam como fundamental a

participação do ACS, como um segundo profissional na coordenação do grupo, diante da facilidade que este profissional tem em se comunicar e compreender as demandas e dificuldades da população, por ser este um protagonista também dessa história.

- **DSC P7B** – *“Principalmente com as visitas as famílias. Com informação da área, com informações que chegam aqui. A demanda livre, grupos, dados de produção mensal dos instrumentos do SIAB. Também temos alguns registros nossas planilhas de Excel para acompanhamentos dos hipertensos, diabéticos e gestante. conversar com os moradores para fazer as listagens dos problemas e escrever no livro preto lista de hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose. Tudo isso serve para melhoria do trabalho para médico, enfermeiro, pra mim, para a equipe trabalhar”*.

A utilização das fichas do SIAB foi amplamente destacada. O mapa é muito usado inicialmente e a utilização de outros instrumentos oficiais esta muito relacionada ao perfil da equipe. Também observamos a construção e utilização de outros instrumentos não oficiais, como cadernos, atas e planilhas criadas pelos próprios profissionais das equipes.

- **DSC P8C** – *“Usamos toda a informação do caderno e das fichas. Demanda que os usuários, observação no território. SIAB acaba sendo semanal e discussão na equipe. Usamos basicamente no SIAB os indicadores como referência de trabalho, as fichas, o caderno, os relatos, as visitas, trazendo as informações pra equipe. São muitas informações preciosas que não temos como disponibilizar para a prefeitura que trocamos na reunião de equipe.*
- **DSC G7A**– *“Reunião mensal com as lideranças comunitárias, que é um trabalho com pouca participação, mas estamos caminhando e as informações do SIAB e dos programas. Também usamos a AMQ”*.

O uso da Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) surge no discurso como instrumento de autoavaliação que direciona de uma forma positiva a organização do trabalho para garantia de uma nova prática com um novo sentido na forma de produzir informações em saúde.

Para os entrevistados, observamos que a prática da visita domiciliar vem se constituindo como uma prática em busca da integralidade do cuidado. Existe um esforço para a compreensão ampliada do cuidado a população assistida, sendo priorizado mais do que o normatizado e busca oficial por informação. Ocorre fora do padrão estabelecido uma da interação da equipe com o território, com a vida das famílias e suas dinâmicas próprias. Estes inúmeros trabalhos realizados com a comunidade não são informados oficialmente como produção, por não existir um espaço de registro oficial, o que reforça para os profissionais uma valorização dos indicadores prescritos e uma desvalorização das práticas diferenciadas que são realizadas com o coletivo e a riqueza do aprendizado com essas trocas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área de planejamento 3.1, no município do Rio de Janeiro, a Estratégia de Saúde da Família está implantada há 13 anos e atualmente cobre 54 % da população. Frente ao contexto de implementação e o trabalho desenvolvido pelas equipes, nos aproximamos dessas experiências para conhecer o que orienta a prática dos profissionais nos territórios para assistência a população adscrita.

O SUS como ordenador da formação de recursos humanos como previsto na Constituição Federal de 1988, possui um papel importante na reorientação das estratégias de educação em saúde e historicamente tem proposto mudanças nesta área. É possível considerar como um avanço a implementação da Política de Educação Permanente, mas também precisamos reconhecer que ainda existe um caminho longo a ser percorrido entre os atores envolvidos, gestão, trabalhadores, instituições formadoras e controle social, para se ter uma resposta a altura das necessidades loco regionais, para que assim possamos redesenhar as relações do sistema de saúde e os fluxos de trabalho.

Observamos que os processos de educação permanente ainda não são permanente, alguns conteúdos são apresentados somente no curso introdutório, os temas mais trabalhados apresentam um direcionamento para ações programáticas e grupos prioritários. Havendo também uma concentração de ofertas para o nível superior e poucas ofertas para o nível médio.

Vieira. M. (2013), chama atenção para a necessidade de implementação da Política de Educação Permanente de uma forma que interfira na redução da precariedade das relações de trabalho ao contrário de um reforço nas possibilidades da micropolítica no ambiente de trabalho e na minimização das tensões vividas pelos trabalhadores.

Desse modo, é preciso fazer uma reflexão mais profunda sobre o processo de Educação Permanente implementado, para que este dispositivo como facilitador possa efetivamente contribuir com mudanças organizacionais nos processos de trabalho e nas práticas profissionais. As rodas de educação permanente deverão fortalecer uma potente reflexão sobre a organização dos processos de trabalho, porém não somente em suas estruturas, mas na forma em que cada profissional atua e como se dá o trabalho em equipe.

A construção do diagnóstico de condições de vida e situação de saúde da população adscrita é uma ferramenta que a ESF utiliza para o (re)conhecimento do território e das necessidades da população. O que favorece o início da construção do vínculo e

responsabilização da equipe junto a sua população, que são os princípios da Estratégia Saúde da Família. (Brasil, 2006).

A responsabilidade territorial pela população adscrita, com o diagnóstico situacional permite que a ESF trabalhe coma a vigilância a saúde. O que implica em conhecer os diversos fatores e formas de adoecimento, para a micro-área de maior risco epidemiológico e social, onde a partir da classificação possa atuar de forma equânime, com possibilidades de uma melhor distribuição dos recursos e potencializar o trabalho dos profissionais. Muitas vezes os diferentes riscos encontrados não acompanham a delimitação geográfica e a ESF precisa ter este conhecimento. Ter o cenário de organização do processo de trabalho da equipe o território, aponta a necessidade de ações intersetoriais, com os equipamentos sociais, as lideranças comunitárias, as escolas as associações de moradores, clubes, igrejas e todos que possam somar no conhecimento e construção coletivas para intervenções na direção da melhor qualidade de vida da população local.

Para tanto, é preciso qualificar os profissionais que atuam na ESF. A mudança de paradigma de modelo de atenção com a Estratégia Saúde da Família, foca sua atenção na complexidade multifatorial que envolve o processo saúde doença e traz para o centro de atuação dos profissionais o indivíduo, a família e o território. (Ponte et al, 2010, p.87)

“Para Pereira e Barcelos (2006), ainda há um predomínio da concepção de territorialização como adscrição e cadastro da clientela, prevalecendo a concepção cartográfica dessa estratégia, onde se considera as outras territorialidades existentes no momento da definição de áreas e microáreas. Isso gera uma visão de território reducionista enquanto espaços epidemiológicos, reforçando o modelo hegemônico que tentamos superar, prevalecendo o modelo de atenção à saúde voltada a demanda de doenças e organização de serviço em microárea de risco”.

“Gondim et al (2008), afirma que a ESF tem como foco de atuação as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas às famílias, o que acaba por representar o enfoque sobre os ambientes de reprodução social delas. Este território tem como função, então, fornecer o olhar demográfico, epidemiológico e das condições de vida da sua população, incluindo todos os complexos processo envolvidos”.

Para garantir um cuidado longitudinal, é importante o fortalecimento do vínculo e responsabilização da ESF pela população adscrita, mas também é muito importante uma rede

de atenção integrada e coresponsável. A tecnologia da comunicação deve ser amplamente implementada e trabalhada por todos os sujeitos envolvidos, população, equipe de saúde e gestores. Ressaltamos que o espaço da reunião de equipe também deve ser bem aproveitado para reflexão sobre as práticas e potencializar a organização e planejamento do processo de trabalho, não se deixando atravessar no cotidiano de trabalho por uma agenda tomada por organizações administrativas.

Durante o processo de pesquisa, entrevista e observação, concluímos que existe um trabalho de construção do diagnóstico de saúde e condições de vida, porém ainda existe uma fluidez na organização do processo de trabalho com a utilização deste diagnóstico influenciado pelo perfil do profissional, processo de educação permanente e monitoramento dos processos de trabalho.

O estudo realizado com as equipes de saúde da família da AP 3.1, permitiu ao final reconhecer elementos que apontam para uma prática de trabalho no território, mesmo na ausência de uma qualificação própria para os profissionais. Existe uma preocupação com as variáveis e o resultado do desempenho alcançado, mas existe também um desejo que organiza o manejo para o trabalho no território, com a riqueza da criatividade e reinvenção das equipes para inúmeras situações adversas.

As especificidades do trabalho territorializado é o diferencial desse modelo de atenção e são os elementos que diferenciam essa prática e como apontado na pesquisa é um desafio e uma superação onde um processo de qualificação é fundamental. Existe no cotidiano de trabalho, uma potencialização no vínculo e responsabilização entre a comunidade e as equipes, o que caracteriza um redesenho das práticas de trabalho e novas possibilidades de construção em saúde.

Em resposta a questão central deste estudo sobre o conteúdo teórico, metodológico e operacional das qualificações oferecidas aos profissionais para compreensão e apropriação do território como espaço privilegiado para a mudança das práticas de saúde, Identificamos que os profissionais não chegam com essa formação e também não recebem essa qualificação. Contudo, no trabalho realizado pelos profissionais, existe um compromisso com a integralidade do cuidado em saúde, que vem apresentando resultados positivos sobre a saúde da população adscrita, verificando-se a correlação do trabalho desenvolvido com a implementação dos princípios do SUS.

Como já estudado e apresentado por vários autores, FRANCO, T.B.; MERHY, E.E.(2004); Silva, Batistela e Gomes (2007); GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM,

ESCOREL S, ALMEIDA PF et al. (2009); GONDIM. G. M (2011), ainda existe algumas lacunas que precisam ser corrigidas e um longo caminho a ser percorrido para que a Estratégia Saúde da Família se consolide como um novo modelo de atenção, com transformação das práticas de saúde e interação entre a equipe interdisciplinar com o foco do seu trabalho no território adscrito. Mas apostando nas dimensões de suas possibilidades afirmamos a necessidade de reflexão para três pontos importantes que se destacaram com este estudo: a formação acadêmica que precisa estar voltada para a compreensão e crítica dos determinantes sociais e do processo saúde-doença para realização de novas práticas de cuidado e valorização do usuário como cidadão; Uma Gestão compartilhada e comprometida com as práticas territorializadas, que qualifique o profissional do serviço dos diferentes níveis, para compreensão do processo de trabalho, para além das práticas do cotidiano e uma reestruturação na forma de compreensão do trabalho realizado, com o reconhecimento das novas práticas de saúde contra – hegemônica, porém comprometida com as diretrizes e os princípios do SUS, para resolver problemas e atender as necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em Pesquisa e Avaliação Educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, Série Pesquisa, vol. 13, 68 p., 2005.

ARAÚJO. J.W.G, STOTZ. E.N. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso .In. **Saúde e Sociedade** v. 13, n.2, p.5 – 19, maio – agosto 2004.

AROUCA, Sergio. **O Dilema Prventivista. Contribuição para Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: editora UNESP; RJ: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. **Constituição Federal, 1988**. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 28 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N.2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. 2012, p.19.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*/Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BATISTELLA, C.E.C. **Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde**. 2009. 255f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

_____. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A. e Corbo, A. **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. O território e o Processo Saúde Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

CAMPELLO, A.M. & LIMA, D. L. Educação Profissional. in PEREIRA, I.B. & FRANÇA, J. C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2009, P 175 A 182.

CAMPOS, F.E., Aguiar R. A.T, **A expansão da Atenção Básica nas grandes cidades brasileiras e a especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade**. Cadernos RH Saúde, V.3, p. 103-108, 2006.

CAMPOS, G. W. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo. Ed. Hucitec, 3ª edição, 2006, 217 p.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo. Ed. Hucitec, 3ª edição, 2003, 185p.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo. Ed. Hucitec. 3ª edição 2000 .

CAMPOS, M.,R.,M & MATTA, G. C. A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. In MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A. (Org).**Educação Profissional e Docência em Saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. Modelos de Atenção a saúde da Família. Rio de Janeiro, EPSJV/ FIOCRUZ , 2007.

CANEN, A. & MOREIRA, A. F. (1999), **Multiculturalismo, Currículo e Formação Docente**, texto de apoio utilizado no mini-curso: Multiculturalismo, Currículo e Educação, 22 a Reunião Anual da ANPED, Caxambu, MG, setembro de 1999 (impresso).

CANEN, A. & CANEN, A.G. ROMPENDO FRONTEIRAS CURRICULARES: o multiculturalismo na educação e outros campos do saber. **Currículo sem Fronteiras**, v.5, n.2, pp.40-49, Jul/Dez 2005

CANAU, V. M. (Org.). **Multiculturalismo e educação: questões, tendências e perspectivas em sociedade, educação e cultura (s): questões e propostas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V 09 nº 16, p. 161 – 77. Set.2004/fev. 2005.

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa polêmica do nosso tempo**. Campinas: Editora Autores Associados,1995.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção Primária à saúde: Histórico e Perspectivas**. In MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A. (Org). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. RJ: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007, v.4, p. 43 -67.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios**.In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. *Anais*. São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde : olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

FRIGOTTO, G. **Educação e a Crise do Capitalismo Real**. São Paulo: Cortez, 1995
Gil, I.C. **Territorialidade e Desenvolvimento Contemporâneo**. Revista Nera. Ano 7, n.4 jan/jul.2004.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, ESCOREL S, ALMEIDA PF et al. **Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis/Belo Horizonte/Aracaju/Vitória**. [relatório de pesquisa].Rio de Janeiro Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2009.

GOMES, M.L.; MORENO, A, B; SOARES, M.S. Sistema de Informação da Atenção Básica. . In MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.A. (Org). **Educação Profissional e Docência em**

Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde Modelos de Atenção e a Saúde da Família. RJ: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007, v. 4, p. 199 – 214.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. **Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI - a experiência do PROFORMAR.** Revista trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Territorialização em Saúde. in PEREIRA, I.B. & FRANÇA, J. C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2009, P 392 a 399.

GONDIM, G.M.M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** (Tese de Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2011, 254p.

HAESBERT, R. **A Multiterritorialidade do mundo e o exemplo do Al Qaeda.** Terra Livre, São Paulo, V. 1, n.18, 2002, p. 37 – 46.

LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Líber Livro Editora, 97p. 2005a.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 256p. 2005b.

LEVCOVITZ, E. ; GARRIDO, N. G. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado.** Cadernos de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, V. 1, p.3. 1996

LIMA, J.C.F. **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?** In: PONTE, Carlos F. e FALLEIROS, Ialê . Na Corda Bamba da sombrinha – a saúde no Fio da História. Rio de Janeiro: COC/ EPSJV, 2010.

_____. **Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde.** In: Trabalho Necessário, ano. 5 n.5, 2007

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política.** São Paulo; Editora Martins Fontes, 1983.

MATTOS, R. **O incentivo ao Programa de saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades.** PHISIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, V.12, n.1, p,77 – 104, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos Sanitários; Processo Social de mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo Hucitec – Abrasco, 1993.

MÉSZÁROS, István. **A Educação para além do Capital/ István Mészáros; [tradução Isa Tavares].** 2ª edição – São Paulo: Boitempo, 2008 – (Mundo do Trabalho)

MONKEN, M. ; BARCELLOS, C. **Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cadernos de Saúde pública. V. 21, n 3, p. 898 -906, 2005.

_____. **O Território na Promoção e vigilância em Saúde.** In: FONSECA, A. F.; CORBO, A.A. Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. O território e o Processo saúde-doença. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

NEVES, Lucia Maria Wanderley. **A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégia do capital para educar o consenso.** São Paulo: Xamã, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: Conferência Internacional sobre promoção da saúde, 1 nov. 1986. Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa.pdf>. acesso em 20 nov de 2012

PAIM, J. S. **Recurso Humanos em Saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública / USP, 1994, 80p.

PEREIRA, M.P.B; BARCELOS, C. **O Território no Programa Saúde da Família.** Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Hygeia, 2 (2); 47 – 55, junho, 2006. Disponível em: <http://www.hygeia.ig.ufu.br/>

PEREIRA, I.B e LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde/** Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2.ed.rev.ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 182 p.

RAMOS, Marise; PEREIRA, Isabel B. **Educação profissional em saúde.** RJ: Editora Fiocruz, 2006.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 2ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 25-69

SANTOS, M. **Por Uma Geografia Nova.** São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

_____. **A Urbanização Desigual.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2010

_____. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012, 377p.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicidade. **Trabalho, Educação e Saúde.** v.1, p.131-52, mar.2003. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.6 Rio de Janeiro jun. 2013

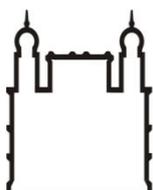
SOUZA, M.A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: SPERANDIO, A. M. G.(Org). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis.** Campinas: IPES Editorial, V2. P 57 – 77, 2004.

VIEIRA, M. e Chinnelli, F. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento:** repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. ciência e saúde coletiva 2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 3.ed. São Paulo: Bookman, 2005.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600011>

ANEXO 1 – Roteiro de entrevistas para profissionais



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROFISSIONAIS DA EQUIPE ESF

Perfil do Entrevistado:

Sexo: _____ **Idade** _____ **Naturalidade** _____

Estado Civil _____ **Escolaridade** _____

Profissão _____

Local de Trabalho _____ **Vinculo de Trabalho** _____

Jornada de Trabalho _____ **Tempo na ESF** _____

EIXOS NORTEADORES PARA ESTRUTURAÇÃO DAS ENTREVISTAS

EIXO I – Quanto ao Processo de Educação Permanente

- 1.1 – Você fez alguma qualificação profissional para atuar na Estratégia Saúde da Família?
Em qual instituição?
- 1.2 – Qual a sua avaliação das qualificações recebidas durante o processo de trabalho na ESF?
- 1.3 – Você sente falta de algum conteúdo para o desempenho do trabalho?

EIXO II – Quanto ao Processo de Trabalho na ESF

- 2.1 – Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?
- 2.2 – Como você avalia a integração da equipe de saúde e a comunidade no processo de gestão e planejamento?
- 2.3 – Como foi pra você ter a categoria território como atribuição e como você conceitua território no trabalho da Estratégia?

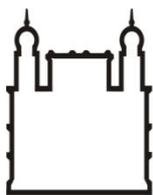
EIXO III – Quanto ao Processo de Produção da Informação

- 3.1 – Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a informação produzida?
- 3.2 – Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde – doença no território?
- 3.3 – Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF?

Pesquisadora: Fátima Virgínia fatimavirginiams@gmail.com – 3865-9732/33

Orientadores: mmonken@fiocruz.br; gracia28gondim54@gmail.com tel: 3865-9732/33

Comitê de ética da EPSJV/ FIOCRUZ – cep@epsjv.fiocruz.br - 3865-9710



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA - GERENTE DA UNIDADE DE SAÚDE

Perfil do Entrevistado:

Sexo: _____ Idade _____ Naturalidade _____

Estado Civil _____ Escolaridade _____

Profissão _____

Local de Trabalho _____ Vinculo de Trabalho _____

Jornada de Trabalho _____ Tempo na ESF _____

EIXOS NORTEADORES PARA ESTRUTURAÇÃO DAS ENTREVISTAS

EIXO I – Quanto ao Processo de Educação Permanente

- 1.1 – Como você avalia a qualificação dos profissionais para o trabalho na ESF, ao serem admitidos?
- 1.2 – Como você avalia o processos de qualificação dos profissionais implementados pela AP 3.1?

EIXO II – Quanto ao Processo de Trabalho na ESF

- 2.4 – Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?
- 2.5 – Como a gerência conceitua território para o trabalho ESF?
- 2.6 – Como a gerência avalia o manejo dos profissionais das ESF com a categoria território como atribuição?

EIXO III – Quanto ao Processo de Produção da Informação

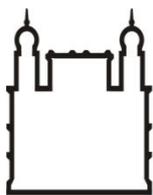
- 3.1 – Como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a informação produzida?
- 3.2 – Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde – doença no território?
- 3.3 – Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF?

Pesquisadora: Fátima Virgínia –fatimavirginiam@gmail.com 3865-9732/33

Orientadores: mmonken@fiocruz.br; gracia28gondim54@gmail.com tel: 3865-9732/33

Comitê de ética da EPSJV/ FIOCRUZ –cep@epsjv.fiocruz.br 3865-9710

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa, a qual após leitura dos objetivos e métodos do projeto, caso concorde em fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma das vias é sua e a outra da pesquisadora responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

A pesquisa intitulada, “A qualificação da prática dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família para o Trabalho no Território: Um estudo de caso com ESF da AP 3.1, no município do Rio de Janeiro - período de 2008 a 2012”, sob a responsabilidade de pesquisadora - mestranda Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva, do curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional e Saúde da EPSJV/FIOCRUZ, que tem como orientador o Professor Dr. Maurício Monken e o Co-orientadora a professora Dra Grácia Ma de Miranda Gondim. Este estudo tem como objetivo compreender os processos de qualificação da prática dos profissionais da ESF para o trabalho no território, na AP 3.1/ RJ, com a perspectiva de que possa contribuir com o processo de educação permanente dos profissionais, para uma construção efetiva nos processo de trabalho.

Quanto a metodologia, será realizado a revisão bibliográfica, estudo dos documentos oficiais do MS e da SMS/RJ e também uma pesquisa de campo com entrevista semi-estruturada, previamente testada, com a duração de aproximadamente 40 minutos, em data, horário e local, previamente acordado, conforme a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas serão gravadas e transcritas pela pesquisadora, com garantia de total anonimato.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “A qualificação da prática dos profissionais da Estratégia saúde da Família para o trabalho no Território: Um estudo de caso com ESF da AP 3.1, no município do Rio de Janeiro - período de 2008 a 2012”. Fui devidamente informado, esclarecido pela pesquisadora Fátima Virgínia Siqueira de Menezes Silva, sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o sigilo das informações pessoais e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o pesquisador responsável ou seu orientador e co-orientadora ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ.

Local e Data: _____, ___/___/___

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Pesquisadora: Fátima Virgínia –fatimavirginiams@gmail.com 3865-9732/33

Orientadores: mmonken@fiocruz.br; gracia28gondim54@gmail.com tel: 3865-9732/33

Comitê de ética da EPSJV/ FIOCRUZ –cep@epsjv.fiocruz.br 3865-9710

ANEXO 4

Quadro de sistematização das expressões chaves e ideias centrais

Eixo I - Quanto ao Processo de Educação Permanente – Objetivo: Conhecer se antes de iniciar o trabalho na Estratégia os profissionais realizaram algum curso relacionado a este trabalho. Conhecer a avaliação dos profissionais sobre as capacitações oferecidas durante o processo de trabalho na ESF?

- 1- Você fez alguma qualificação profissional para atuar na Estratégia Saúde da Família? Em qual instituição?
- 2- Qual a sua avaliação das qualificações recebidas durante o processo de trabalho na ESF?
- 3- Você sentiu falta de algum conteúdo para o desempenho do trabalho?

Código	Discurso – Expressões Chaves	Sentido – ideia central categoria
A/Pm0	Antes de trabalhar não. Fiz o curso Introdutório, que foi dado pela Cap/ Prefeitura, a horária eu não me lembro. Ajudou bastante a gente para o mapeamento. O curso foi ótimo que acrescentou mais na nossa qualificação, que a gente não tinha feito curso nenhum. Eu sinto falta de conteúdo. Eu não senti muita dificuldade por que eu já moro ai na comunidade. A gente já conhece os becos, quantas ruas tinham, já conhecia os moradores. Então eu classifico que pra gente foi um bicho de sete cabeças. Agora se tivesse colocado a gente em outra área, seria complicado para desenhar o mapa, colocar ruas e contar as casas. A moradora me facilitou muito.	Não teve curso anterior. As capacitações foram ótimas. Ajudaram no mapeamento. Não sente falta de conteúdo.
A/Pm0	Não fiz curso antes e ainda não fiz o curso introdutório, todo mundo fez, mas eu não fiz. Fiz nudec e capacitação de dengue e agora eu fiz IUBAM, foi muito bom.. Eu sinto muita falta por não ter feito o introdutório. No IUBAM na avaliação eu falei que quero fazer Introdutório mas também acho que tinha que ter de 6 em 6 meses, deveria ter uma reciclagem. Eu não sinto diferente, mas tenho coisas que sinto falta. Mas quando fico no acolhimento sinto falta de fazer outra abordagem.	Não teve curso anterior. As capacitações são importantes para o trabalho. O curso introdutório traz diferença prática. As capacitações deveriam ser de 6 em 6 meses e reciclagem.
A/Pm0	Eu trabalhava como faturista e não fiz curso antes de entrar. Depois que entrei aqui fiz o introdutório, IUBAM, nossos enfermeiros também nos capacitaram bastante. Tivemos muitos cursinhos bem bacanas. O introdutório quem deu foi a cap e a OS. Eu não sinto falta de conteúdo.	Não teve curso anterior. Os cursos são bacanas. O curso é bom para o trabalho. Não sente falta de conteúdo.

	conteúdo porque os temas foram muito trabalhados pelos enfermeiros	conteúdo.
A/Pm0	Não fiz nenhum curso antes, fiz o introdutório. E depois dengue, NUDEC, IUBAM- ac posto nunca mais teve nenhum curso e isso faz muita falta. Os cursos foram rápidos e pela cap ou aqui mesmo pelos nossos enfermeiros, mas foram muito importante. Aprendo na prática e também você vai aprendendo com o tempo.	Não teve antes. Os cursos foram importantes. Não mais teve e isso faz muita falta.
A/Pm0	Não fiz nenhum curso específico para trabalhar na Estratégia. Depois que iniciei o trabalho na ESF fiz o curso introdutório, TB, hanseníase, IUBAM, na utilização prática esses cursos foram muito importante. Nos cursos não senti falta de conteúdo. Eu sinto falta de aperfeiçoamento em AD que ficou um pouco esquecido. Por que dentro da comunidade tem muitos usuários de drogas e álcool.	Não fez curso para trabalhar. Fiz vários cursos bons. Esses cursos são úteis para a prática do trabalho. Sinto falta de curso em AD
A/Pm0	Eu não fiz curso. Logo quando começamos tivemos capacitações. Nós tivemos um curso introdutório, que foi uma parte interessante, que a gente aprendeu como funcionava a atenção básica e a questão da estratégia saúde da família foi pautado. Tivemos algumas capacitações sobre grupo de doenças, hipertensão, diabetes. Tivemos capacitações de sobre amamentação e tudo que envolvia o nosso trabalho diário no campo. - pra gente isso foi algo que determinou como a gente ia agir no território, Foram muito importantes por que sem isso o agente não ia conseguir fazer o trabalho que a gente desenvolve hoje na comunidade. É importante ter sempre por que as coisas sofrem mudanças. Tem alguma coisa que a gente precisa ter uma capacitação mais expressiva.	Não fez curso antes. Os cursos são importantes. O curso Introdutório foi interessante e os cursos são importantes pq é necessário como agir no território. Precisamos de capacitação sempre por que as coisas sofrem mudanças.
A/Pm0	Não tive curso antes de trabalhar. Depois que comecei a trabalhar na estratégia fiz capacitação de dengue, IUBAM, que engloba tudo amamentação. Eu que entrei depois não fiz o introdutório e sinto falta. . Eu avalio como sendo muito bom, tinha que ter mais. Quanto mais tivesse seria melhor, por que a gente tá sempre na área e as pessoas às vezes perguntam alguma coisa pra gente e como eu não sou capacitada pra aquilo, eu não falo.. Eu sinto falta das capacitações que meus amigos tiveram de Primeiro socorros, e outros cursos que a gente chegou depois não teve.	Não teve curso antes. As capacitações são boas. As capacitações são importantes para responder as dúvidas da população.. Todos devem fazer as mesmas capacitações. Sinto falta do curso introdutório.
A/Pm0	Não fiz nenhum curso. Nós tivemos um curso sobre o nosso trabalho, que a DVS da CAPS deu. Eu também fiz o curso do PRORMAR e depois fiz o curso técnico de vigilância em saúde, lá na Escola Joaquim Venâncio. Foi muito bom. Nós tivemos uma semana de integração e comecei a compreender melhor como seria o trabalho. Para o meu trabalho não sinto falta de conteúdo não, mas eu acho que se eu fosse trabalhar como técnica de enfermagem eu acho que o curso deixa um pouquinho a desejar, mas para agente de endemias eu acho que responde bem.	Não fiz curso antes. O curso oferecido foi bom. O curso foi uma compreensão melhor. Não sinto falta de conteúdo para execução do trabalho.
B/Pm0	Eu não tive nenhuma qualificação para entrar. Depois que eu entrei eu fiz qualificação em terapia comunitária integrativa – DST, primeiros socorros Tb – hanseníase – de introdução. As capacitações foram ótimas e me ajudaram muito no conhecimento, de fazer, com isso o que não sabia falar fui aprendendo. Eu não sinto falta de conteúdo não para o trabalho. É importante ter sempre.	Não teve curso antes. As capacitações foram ótimas. Ajudaram muito no conhecimento. É importante ter sempre.

B/Pm0	Eu nunca trabalhei em nada na área da saúde e ainda não tive nenhuma capacitação mesmo o introdutório. Eu não fiz nenhum curso depois que entrei aqui. Mas não sinto falta não. Quero fazer o introdutório. Os enfermeiros e os colegas me ajudam e não sinto nenhuma dificuldade.	Não fez curso Não fez nenhum curso. Sente falta do introdutório. sente falta de conteúdo. Se apoiada pelos colegas
B/Pm0	Não fiz nenhum curso antes na área da saúde. Fiz o concurso e depois que entrei fiz o curso que foi dado pela CAP 3.1. foi bom passaram bastante informação prática sobre o serviço e eu deveria fazer e teoria também. Fizemos a parte de ir à casa procurar por foco e investimento e Trabalho e também a parte teórica, eles passaram bastante coisa.. Eu tive outros cursos direcionados, dentro da minha área mesmo, Mas para trabalhar com risco biológico, trabalhar com abelhas marimbondo e outros bichos assim. Eu não fiz o introdutório com os colegas mas não sinto falta não, pelo que foi passado da para trabalhar no campo legal.	Não fez curso Os cursos são bons Os cursos passaram bastante informação prática do serviço Não sente falta de conteúdo.
B/Pm0	Não fiz curso para trabalhar na área de saúde. Depois que cheguei aqui, fiz curso de hanseníase, TB, dengue. Foi curso rápidos, dados pela CAP e pelos enfermeiros. ,mas sinto falta de mais curso útil para o trabalho e também para dia a dia. Sinto falta de ter mais, principalmente em termos de conhecimento mental.	Não fez curso antes Os cursos são bons Os cursos são úteis para o trabalho e para o dia a dia Sente falta de ter mais cursos principalmente de conhecimento mental.
B/Pm0	Não fiz antes e depois que entrei, como o trabalho já tinha tempo que tinha começado, não veio pra mim fazer o introdutório. Eu fiz alguns cursinhos rápidos aqui na unidade mesmo, as campanhas que temos já tem bastante esclarecimento. As dúvidas eu tiro aqui com os colegas, médico e enfermeiro. Mas estamos levando. Acho que não fazer o curso é ruim poderia ta melhor. Eu sinto falta de não ter feito, por que, as vezes eu fico meio perdido que se fala muito no técnico.	Não fez curso Fez alguns cursos bons. Os cursos trazem esclarecimentos, fiz o introdutório Não fazer o curso ruim te deixa perdido Sinto apoio dos colegas
B/Pm0	Não tive nenhum curso na área da saúde antes de entrar aqui. Depois que entrei fiz o introdutório, Tb, hanseníase, TB, dengue. Foram boas. Me ajudaram muito. A gente sempre melhorar. Sinto falta de atualização, pra não parar no tempo.	Não fez curso As capacitações são boas e ajudam bastante no trabalho sente falta de atualização para não parar no tempo.
B/Pm0	Antes eu não fiz não. Depois que entrei passei pelas capacitações aqui na unidade IUBAM, Hanseníase, que me ajudaram bastante, por que esclarece dúvidas que antes eu tinha e não sabia. Sinto falta, por que tem tempo que não temos mais capacitações. Com as capacitações você sente mais segurança para falar para o paciente sobre as informações.	Não fez curso antes A capacitação é importante e ajuda bastante. capacitações trazem segurança para falar com o paciente. É preciso sempre atualizar.
B/Pm0	Antes de começar não. Depois fiz o curso introdutório. Fiz muitos cursos, uma infinidade de cursos. Introdutório, tabagismo, vários cursos. Foi muito importante. O introdutório foi muito bom.	Não fez curso antes Os cursos ajudam bastante

	me deu outra visão da vida. Sinto muita falta de conteúdo. Depois que as coisas mudaram aqui, o Alemão praticamente mudou a cara, eu sinto totalmente falta, porque eu nunca mais nenhuma capacitação. Eu nunca mais fui chamada para me capacitar de nada. Mas chamam para atualização do alert.. o profissional de saúde precisa sempre se atualizar.	para o trabalho e a vida. Senti falta complementar conhecimento
B/ Pm0	Eu não fiz nenhum curso para o trabalho na estratégia. Eu já fiz vários cursos aqui, mas sinto falta de alguns como ferida. alguns curso ainda não tivemos, mas estamos caminhando. Eu não fiz o introdutório. Cuidado com idoso, vacinas. Os cursos me acrescentaram bastante. São bons.	Não fez curso aqui. Os cursos acrescentam informações. falta de alguns conteúdos introdutório, falta de vacina e cuidado com o idoso.
C/Pm0	Não eu não fiz curso para entrar eu fiz depois o introdutório e outros cursos aqui no trabalho. Avalio como muito bons. É uma ajuda imensa, porque a primeira área que eu peguei é carente, muito carente e tudo que eu aprendi, e serviu muito, sabe muito mesmo. Na época eu entrei assim sem saber nada. Eu fui participando, participando, participando e fui aprendendo. Eu aprendi muita coisa assim na área de saúde, que é muito bom pro agente comunitário. Deveria ter mais. Eu sinto falta, porque as vezes, por motivo assim de muita demanda do enfermeiro da gente. As vezes a gente precisa injetar alguma coisa no nosso conhecimento pra passar pro paciente, porque as vezes o paciente te pergunta alguma coisa aí eu digo vou informar melhor, pra te falar e se tivesse mais curso a gente ficava mais ágil.	Não fez curso aqui. Os cursos são bons e dá uma ajuda imensa para o trabalho. Deveria ter mais curso para ficar mais ágil no território.
C/Pm0	Antes não. Aqui fiz capacitação em tuberculose, hanseníase, IUBAM e o Introdutório. Os cursos são bons. Que para o meu trabalho esclareceu bastante coisa, porque a gente fica na rua e também para ao meu crescimento pessoal. Os cursos foram dados pela cap. Eu sinto falta de ter mais curso ainda, pra desenvolver melhor o trabalho na comunidade. Tem bastante tempo que a gente não tá tendo um curso.	Não fez curso aqui. Os cursos são bons. Esclarecem o trabalho e promovem o crescimento pessoal. Deve ter mais curso para desenvolver melhor o trabalho.
C/Pm0	Depois que entrei fiz o curso introdutório, hanseníase, tuberculose, cidadania. Foram dados pela CAP, por uma ONG e pelo nosso enfermeiro. Como base o introdutório foi muito importante, você estando de fora você acha que a saúde tem que ser aquela saúde imediatista, com aquele hospital grande, todo aquele preparatório. Os cursos foram muito importante, foram a base do trabalho. Eu sinto falta de uma continuidade, porque as coisas estão sempre mudando.	Não fez curso aqui. Os cursos são importantes. Esclarecem a compreensão e ajudam sobre o que é realmente cuidar da saúde. É importante ter cursos em função das constantes mudanças.
C/Pm0	Antes eu não fiz não. Depois que entrei na estratégia eu fiz introdutório, hanseníase, tuberculose, dengue, DST/AIDS, planejamento da mulher e planejamento familiar. Eu achei esses cursos fundamentais, eu acho a educação continuada muito importante, porque sempre acontecem coisas novas e a demanda vai surgindo e você vai aprendendo. Os cursos eram dados pela cap e pelos enfermeiros da própria unidade.	Não. Fez curso aqui. Os cursos são fundamentais. A educação continuada ajuda na atualização das novas demandas.

C/Pm0	<p>Não fiz não. Eu fiz o PROFORMAR , 1ª etapa, mas ainda falta as o etapas, na verdade eles estão querendo formar a gente como técnico. tivemos uma qualificação pra que tipo de serviço junto no posto a gente faz junto com o PSF. É lógico que nós temos o serviço, que é do combate dengue. Para o nosso serviço é específico dengue o curso foi bom, mas integração com a equipe a gente faz no dia a dia mesmo.</p>	<p>Não fez curso O curso é bom p trabalho. sente de um curso integração com ESF.</p>
C/Pm0	<p>Antes não. Depois de estar na estratégia, fiz o curso de dots, hanseníase, ainda não fiz o introdutório e fiz o IUBAM.. O dots pra mim foi muito bom por que eu tive caso na área, para levar o conhecimento, eu também levei medicação para um rapaz e ajudou bastante, eu uso do IUBAM, hanseníase eu não tive nenhum caso.. vou orientar sobre amamentação. Sinto enriquecimento mesmo por que eu vou esta aplicando no meu trabalho. Sinto falta do curso do teste do pesinho.</p>	<p>Não fez curso Os cursos enri o trabalho e pode aplicar. Sente falta capacitação pa teste do pesinho</p>
C/ Pm0	<p>Não. Antes eu não fiz nenhum curso. Fiz o curso introdutório, hanseníase, TB, enfrentando o Crack, fiz muita coisa. Os cursos foram dados pelo nosso enfermeiro e também foram cursos são muito proveitosos, o conhecimento que a gente ganha fica com a gente e a gente pode esta passando. É muito enriquecedor .Ajuda bastante mesmo. Sinto falta de continuidade, onde mesmo a gente teve um curso da amamentação da IUBAM, que foi muito boa. Baixa, La no Augusto Boal .</p>	<p>Não fez capac antes. Os curso proveitosos pa vida e par trabalho. Sente falta continuidade</p>
A/PS0	<p>Eu fiz especialização em saúde da família depois de iniciar o trabalho na estratégia, depois três anos de atuação. No município que eu atuava tinha capacitação constante e as capacitações eram preconizadas de acordo com as orientações do MS. Tive muitas capacitações de acordo com a necessidade do serviço e isso é muito bom. Participei do curso de diretor. Aqui sinto necessidade de ser orientada sobre o fluxograma, orientação sobre o trabalho.</p>	<p>Não fez curso As capacitação boas e responde necessidade serviço. Sente falta fluxograma unidade</p>
A/PS0	<p>Eu fiz a especialização em medicina de família e comunidade na UNIFESP, foi bem válida pra mim foi ai que eu me encontrei. Foi uma experiência válida e gratificante. As capacitações respondem bem, mas nem sempre a teoria tem muito da prática. Em SP além do curso de especialização tive muitas capacitações, parecidas Tb com as que tenho aqui. Lá fiz uma capacitação interessante promovida pelo Mc Donald sobre a prevenção de neoplasias em crianças e jovens. As capacitações são boas e precisa acontecer sempre.</p>	<p>Não fez curso As capacitação boas. As capacitações devem descol teoria da práti capacitações precisam permanente.</p>
	<p>Eu fiz pós em saúde pública com ênfase em saúde da família já depois que entrei pra trabalhar na Estratégia saúde da família. Depois que comecei a trabalhar tive algumas capacitações foram oferecidas pela prefeitura, como hipertensão, Saúde mental. Ginecologia e obstetrícia. Também tivemos várias capacitações, não como especialização ou mestrado, mas ajudaram muito, a que eu mais gostei foi a de Tb. essas capacitações são fundamentais pra gente trabalhar.</p>	<p>Não fez capac As capacitação fundamentais ajudam muito p trabalho. As capacit devem ser atuali</p>

	trabalho. Com certeza as capacitações deveriam ser sempre atualizadas.	
B/PS03	Eu fiz o curso de sanitaria antes de entrar na estratégia. Depois fiz o curso introdutório foi bacana para entender como se movimentar dentro da estrutura da estratégia e como a estratégia é pensada no RJ e outros cursos pontuais para acrescentar assim essa atenção programática, a atenção a hanseníase, atenção a tuberculose, atenção a criança. Me conheci como uma profissional assim com uma visão sistêmica, isso é bastante interessante, então quero pra mim a formação não é uma perda de tempo. Eu acho que é uma situação de informação e enriquecimento, agora eu acho que a gente tende a ficar um pouco rodando em círculo. Não falta com certeza. Eu acho assim que a prática da gente é uma vida. O tempo todo na prática com o paciente eu estou em constante aprendizado e gostaria de continuar.	Sim eu fiz o curso de sanitaria na EBSERJ. As capacitações são boas. As capacitações são boas e rodando em círculos. A necessidade de aprender sempre.
B/PS03	Um pouco antes eu comecei a fazer o curso de gestão em saúde da família. Depois eu só fiz capacitações mesmos. Eu não fiz mestrado, pós-graduação não. Eu fiz muitas capacitações AIDPI, saúde da mulher, planejamento familiar, tabagismo, foram tantas durante esse período de anos. Sempre tem alguma coisa que você aprende que vai enriquecer o trabalho. Eu gosto muito de participar das capacitações. Talvez o que eu sinto dificuldade ainda é diferenciando talvez não seja muito da prática do enfermeiro, seja uma conduta mais médica mas a gente sabe que com essa dificuldade de médico nas instituições às vezes a gente precisa ajudar um pouco mais.	Sim. Gestão em saúde da Família UERJ. As capacitações são boas por que abre mente. Sente falta de conhecimentos que possa suprir a necessidade de médico.
C/PS03	Fiz a residência multiprofissional em saúde da família da FIOCRUZ. Quando entrei para trabalhar na saúde da família eu já entrei com experiência e sabia como que era o trabalho na saúde da família, então isso foi muito bom pra minha prática profissional. Depois que comecei o trabalho tive bastantes qualificações, atualmente é que tem tido poucas qualificações assim que entrei na saúde da família, além de ter tido várias qualificações, por que a residência foca os ciclos de vida, então eu passei em todos os ciclos de vida na residência, então fiz treinamento em saúde da mulher, do idoso, puericultura, abordagem da síndrome, tabagismo, então foi assim uma gama de conhecimento muito grande que eu adquiri no passado na residência, ai quando eu comecei no saúde da família aqui rio de Janeiro, começaram a surgir novas oportunidades de capacitações. A minha avaliação é muito positiva sobre a qualificação. Quando eu entrei a gente tinha muitas capacitações, não sei se a política é de capacitar quem esta chegando novo no saúde da família, ma hoje eu tenho sentido falta de treinamentos e também de uma padronização. Desses treinamentos, eu percebo que a prática profissional hoje da saúde da família tem uma pratica e isso é perigoso que acaba gerando choques as vezes o medico tem uma pratica o enfermeiro tem outra, não existindo um padrão esse padrão só surge quando você tem uma rotina. Um programa bem elaborado e bem estabelecido. A educação tem que ser permanente, a gente tá envolvido aqui com diversas atividades e as vezes a gente fica esquecido ou com pouca propriedade de certos assuntos. Então essa educação tem que ser continuada. Até mesmo por que a rotina às vezes muda, então ai a gente tem que ir se atualizando.	Sim. Residência Multiprofissional ENSP. As capacitações são positivas. As capacitações precisam ser padronizadas. Sente falta de capacitações de educação permanente.
	EIXO II – Quanto ao Processo de Trabalho na Equipe de Saúde da Família _Objetivo: Conhecer a relação do profissional com a comunidade_	

	<p>e a sua prática com o trabalho no território.</p> <p>2.1 – Você conhece como se deu o processo de implantação da USF e qual metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e a delimitação do território?</p> <p>2.2 - Como você avalia a integração da equipe de saúde e a comunidade no processo de gestão e planejamento?</p> <p>2.3 – Como foi pra você ter a categoria território como atribuição e como conceitua território no trabalho da Estratégia?</p>	
A/Pm0	<p>Dividiram em 4 equipes os agentes. Então o critério que usamos para fazer o mapeamento foi por rua. Começamos pela rua principal e depois pelas outras e como eu trouxe o mapa facilitou. Depois que fizemos o desenho fomos à casa, batemos de porta em porta para ver quantos usuários tinham, quantas pessoas moravam e depois é que fomos cadastrando os usuários não participaram do processo somente a equipe. Trabalhar no território foi uma novidade. Pra gente foi um pouco diferente trabalhar lá, depois agente se acostumou e ficou bom. Os usuários oferecem a Igreja para fazer palestra, mas algumas vezes eles não vão, né? Não vão à comunidade eles preferem vir aqui no posto. Trabalhar no território é gratificante pra gente. Porque o médico pode ir na casa com mais frequência daquele que não pode andar. Outros porque é obeso não pode sair de casa. Outro porque é deficiente visual. Território, eu não entendi muito bem, mas é onde acontece tudo.</p>	<p>O critério usado para o mapeamento foi por rua. Os moradores são participativos. O trabalho no território é gratificante e a gente conhece mais as necessidades dos usuários. Território é onde acontece tudo.</p>
A/Pm0	<p>Como moradora eu também participei do processo de implantação antes de ser chamada para trabalhar, porque primeiro eu fiquei em um banco de reserva e depois que eu fui chamada antes também a gente era usuária daqui. Eu acho a comunidade bem participativa. Eles procuram, eles querem saber o que está acontecendo, como funciona. Para passar por esse horário estendido, a Diretora ouviu muito o usuário e eles gostaram muito. Por que a gente sai 6h. do trabalho e quando chegava aqui já estava fechado. No caso funcionando até 7h. muita gente procura este horário de 6 as 7h. por causa do trabalho. O critério usado para a delimitação das equipes e micro áreas foi a classificação de risco. Por vulnerabilidade fizeram um trabalho junto da prefeitura e foram vendo onde eram as áreas mais carentes e nesse critério usado. Eu gostei de ter a categoria território como local de trabalho, porque a coisa é o usuário vir aqui e contar as coisas pra você, outra é você estar lá e ver como ele vive. É muito legal, muito diferente. Achei assim que foi de tamanha importância esse trabalho no território. Por mim eu ficava lá o dia inteiro. Território é o que tem de mais importante para o nosso trabalho. A estratégia saúde da família trabalha com prevenção e lá a gente consegue orientar aquela puérpera e não só as puérperas, mas orientar a tudo.</p>	<p>O critério usado para a delimitação foi vulnerabilidade. A comunidade é participativa. Com o trabalho no território a gente conhece a realidade de vida do morador. Território é o que tem de mais importante para o nosso trabalho.</p>
A/Pm0	<p>O território foi dividido pela proximidade de onde os ACSs moravam. Primeiro foi dividido por ACS por equipe e depois dentro das equipes foi dividido a micro área. A comunidade gosta, aceita bem. Um ou outro não gosta. Hoje eu avalio que posso contribuir um pouco mais com o</p>	<p>O território foi dividido por ACS morava. A comunidade do trabalho.</p>

	território, eu me sinto solta e posso tirar dúvida, ajudar. Eu achei bacana é diferente mas gostei. Território é uma área aonde a saúde chegou. Chegou através da prefeitura oportunidade deles serem cuidados.	Com o trabalho no território você contribui mais. Território é uma área onde você atua.
A/Pm0	Eu não sei dizer como foi a instalação da estratégia. Eu soube vendo colado no poste. Eu sei dizer que teve reunião com o Luciano, presidente da associação. A comunidade quer muitas coisas, mas não quer participar. As pessoas querem reclamar. Até o presidente da associação tem as vezes que ir buscar ele. As pessoas querem as coisas, mas não querem participar. Eu acho que dividiu por onde que os profissionais moravam. Eu preferi ficar na área onde eu conhecia mais e outros também. No começo foi mais difícil, com o tempo a gente foi aprendendo que o território é um território vivo, onde as coisas acontecem, pessoas moram e nascem. Mas eu gostaria que eles participassem mais. O território é vivo, é onde as coisas acontecem e as coisas mudam o tempo todo. Pessoas vão embora, vem. Nascem morrem e o território não muda o que muda, são as pessoas.	Desconhece a história da implantação. O território foi dividido por onde os profissionais moravam. A comunidade é participativa. O trabalho no início foi difícil mais com o tempo você se acostuma. O território é vivo onde as coisas acontecem.
A/ Pm0	Eu não vi o início especificamente o início da implantação. Inicialmente a comunidade era um pouco resistente, mas agora a Estratégia foi ganhando credibilidade e vem ganhando a comunidade. Estamos conseguindo entrar melhor na comunidade. A minha área é dividida, digamos com uma área mais rica e uma mais pobre, entre aspas. E a área mais pobre recusava as consultas e só vinham ao posto para tomar vacinas. Agora vem utilizando o processo da Estratégia. Agora vem a consulta, aceita mais o médico enfermeiro e até a enfermeira. Basicamente a Estratégia é isso é vínculo com as famílias. No início do trabalho no território eu fiquei um pouco perdida, mas com um tempo a gente vai aprendendo a trabalhar, usando os termos que eles conseguem entender. Pra mim foi uma novidade. Até então eu só corria a Estratégia no papel. Essa parte prática pra mim foi importante. Eu gosto de trabalhar dessa maneira. Trabalhar no território é sair do seu mundo e entrar no mundo deles. Território vai além do físico daquele mapa. Você vai tratar do indivíduo que está dentro daquele território. Quando você vai trabalhar um PC psiquiátrico, um PC depressivo você tem que trabalhar com a família como um todo e às vezes a gente tem que buscar um filho que mora em outro município para participar desse processo de melhora do pc. Pra mim território não é só o que está no mapa.	Desconhece o início da implantação. Com o tempo a comunidade ganhou credibilidade junto a comunidade. A ESF é vínculo com a comunidade. Trabalhar no território é sair do seu mundo e entrar no mundo deles. Território vai além do físico, além do mapa.
A/Pm0	Esse processo de implantação pra gente foi um pouquinho difícil, por que nós somos da unidade B, então já tinha um trabalho, atenção básica já existia de certa forma, as pessoas iam procurar a unidade iam com um propósito, então a gente aumentou essa oferta, a gente mexeu no território, a gente descobriu muita coisa, então não tem sido uma coisa tão fácil. A comunidade sentiu um pouco, por que, primeiro porque a gente teve que falar o que estava acontecendo, tinha muita gente que não acreditava no SUS, na saúde, no Brasil. Tinha muita gente que duvidava. As vezes algumas propagandas que eram feitas pelo governo, e a gente sabe que as pessoas assimilam aquilo que elas querem, então na época, o médico vai em casa a nossa maior dificuldade foi essa. O médico vai vir aqui em casa? A gente tinha que explicar como ia funcionar, e foi assim um pouco complicado e é até hoje. As pessoas querem	O processo de implantação não foi fácil. A mídia atrapalhou o conhecimento da população. A divisão das equipes foi por comunidade. Trabalhar no território é um desafio por que mesmo morando desconhece a comunidade.

	<p>médico e a gente tem que explicar, a estratégia saúde da família não é só o médico prevenção. Essa foi a maior dificuldade, por que a gente entrou num território onde as pessoas não tinham o hábito a cultura de se prevenir então até hoje e isso. - A gente primeiro mapeou o território para delimitar a área que a gente ia trabalhar. Depois desse mapa a gente teve que ir pra área para fazer o cadastramento, por que dentro desse mapa que a gente fez a gente fez uma prévia de quantos domicílios a gente tinha para dividir a área por micro áreas. O método que a gente utilizou pra conhecer o território foi isso a gente teve que ir de beco em beco, de vielas a vielas e ver realmente o território como ele é e que era. a gente não fez nada por fora, as comunidades já existia dentro da realidade dos nomes. A divisão foi uma equipe pra cada comunidade. Trabalhar no território pra mim foi um desafio por que a gente mora na comunidade que a gente trabalha e não conhece. Por isso teve muito desafio por que a gente entrou em lugares que a gente não sabia que existia, a gente entrou em casas que a gente não sabia como que aquela pessoa vivia e a gente teve meio que um choque vendo as condições das famílias. Hoje, eu já tinha uma experiência de trabalhar na comunidade, por que eu fui vice presidente de uma comunidade, então eu já tinha experiência, mas trabalhar na estratégia saúde da família, por que eu como vice presidente eu tinha um acesso restrito a algumas pessoas, já como agente comunitário meio que eu tive mais acesso aos lugares, pra mim foi bom. Trabalhar tem me enriquecido como experiência de vida. Conceituar território pensando em tudo política, social em termo geral o que a gente vê no dia a dia no território, o conceito de território politicamente falando e socialmente falando, se fazia necessário fazer o que a gente faz hoje. Território, pra nós hoje, além de ser o local da nossa moradia, tem se tornando nosso local de trabalho, pra mim tem sido uma experiência muito boa e eu particularmente acho que como morador poderia contribuir muito mais. Então trabalhar no território pra mim acho que é um desafio gigantesco, mas que soma.</p>	<p>Trabalhar no território enriqueceu minha vida. Território é o espaço além da moradia, o local de trabalho.</p>
A/Pm0	<p>Eu não conheço, o processo de implantação e também não participei de nenhuma reunião. Eu não conheço a metodologia usada para divisão das áreas. Eu só sei que eles foram por lá e marcaram onde seria a microárea de cada agente. Trabalhar no território é bacana, por que você conhece os moradores, eles tem aquela tranquilidade aquela segurança de chegar em casa. Você e dizer poxa eu tô sentindo isso, queria marcar uma consulta como que eu posso produzir. É legal. Território é a área de abrangência onde a gente atua casa em casa, pessoa por pessoa.</p>	<p>Desconhece o processo de implantação. Desconhece como foram delimitadas as áreas. Trabalhar no território é bom por que você conhece os moradores e tem confiança com eles. Território é a área de abrangência onde a gente atua casa em casa, pessoa por pessoa.</p>
A/Pm0	<p>Eu não conheço o processo de implantação e também não participei da delimitação, quando a gente chegou para as equipes já estava formado. O trabalho no território foi uma superação no caso pessoal, porque eu sou tímida e entrar na casa das pessoas você tem que sorrir e falar mais, tem que ter jeito simpático. Mas é legal você ver as pessoas e poder ajudar na superação da timidez.</p>	<p>Desconhece o processo de implantação. Trabalhar no território é uma superação da timidez.</p>

	alguma maneira. Território é aquele local em que a gente trabalha que a gente tem relacionamento com as pessoas. Nosso território é delimitado, eu trabalho no INPS trabalhava aqui e passar a estar na equipe tem sido muito bom porque um apoia o outro apoio eles e eles me apoiam.	Território é local de trabalho e de apoio
B/Pm0	Eu não acompanhei o início da implantação porque eu entrei depois. Minha mãe e um vizinho que era da associação participaram das reuniões. E Também os ACS iam à nossa casa a divisão das áreas foi por cada um, cada um começou a pegar por área, começou pela equipe 1 pegou uma área. As casas foram contadas e foi dividida a quantidade de famílias para cada equipe. Foi contando e quando dava 150 a 180 famílias dava para cada agente no início a comunidade não entendeu muito não. Eu to fazendo uma rua e outro ta fazendo outra. Acabou eles precisando ser muito participativo. O território eu não falo nem como local de trabalho, mas pra mim é uma segunda família Não é como área de trabalho eu fiz aniverário e todo mundo veio falar comigo. Cada dia que eu subo o morro eu me sinto mais perto das crianças que eu vi pequena hoje já esta com 4 a 5 anos ou grandonas. Por me tornar mais próximo das pessoas eu acho que território é como se fosse uma extensão da família.	Desconhece o processo de implantação. A comunidade é participativa. Território pra mim é uma segunda família. Território é como se fosse uma extensão da família.
B/Pm0	Eu não conheço como foi a implantação, mas eu usava a unidade como paciente.Os usuários participam do conselho gestor a minha equipe tem uma boa comunicação com os usuários.Quando eu cheguei, existia alguns desfalques nas equipes por conta da obra do morro. As equipes não estavam iguais em números. E ai foi feita outra divisão, outra contagem para todos ficarem mais justo. Eu gosto do trabalho no território. Gosto mais do que estar aqui. Você acaba conhecendo mais as pessoas e fazendo mais vínculos. Território é conhecido pelos moradores saber os seus problemas e poder ajudar de alguma forma.	Desconhece o processo de implantação. A divisão foi feita de forma que ficou mais justo. Trabalhar no território é bom porque cria vínculos e conhece os moradores.
B/Pm0	Eu não conheço a história a implantação da unidade. Ma seu vejo muita participação da comunidade aqui unidade, nas coisas que a gente quer fazer.. Eles tentaram fazer com que meu território acompanhasse o território da equipe, mas como eu tenho mais imóvel passou um pouquinho. Todo território da equipe eu cubro e mais um pouquinho. Trabalhar no território é muito bom. É gratificante lidar com as pessoas. Você esta trabalhando com uma coisa que é muito útil. Eu acho que o meu trabalho é muito importante. Eu conheço os moradores e eles me conhecem.. Território pra mim é o espaço físico e também não tem como deixar de falar com as famílias. O meu território faz divisa com outras equipes então você não pode deixar de falar com elas. Tem que ter uma interligação com as outras equipes. É a parte física mesmo mais você precisa ter uma ligação com as outras equipes.	Desconhece o processo de implantação. A comunidade é participativa. Trabalhar no território é gratificante lidar com as pessoas. Território é a parte física mais precisa ter uma ligação com as outras equipes.
B/Pm0	Eu acompanhei a construção e também era usuária daqui, agora contratada eu fui de férias. Depois que foi implantado eu cuidei mais de mim, já tinha 4 anos que eu não fazia mais preventivo.Os moradores participam bastante daqui. Eu sempre estimulo os moradores da minha micro área a participarem bastante. Sempre falo pra eles expor a ideia de reclamação e tudo é bem vindo. Não sei informar como foi a divisão das equipes. No começo eu fiquei com um pouco de vergonha do trabalho no território, por que eu já morava na comunidade, mas com o tempo o conhecimento com as pessoas, os encontros no dia a dia	Desconhece o processo de implantação e a divisão das ESF. Os moradores participam bastante. Trabalhar no território o vínculo é maior.

	festas, na escola e no comércio facilitou. O vínculo o conhecimento é maior. Território é extensão. É conhecer as equipes e conhecer o alemão todo. Território é uma região.	Território é extensão é com as ESF, e comunidade. Território é região.
B/Pm0	Eu não conheço o processo de implantação. Quando eu entrei a minha área já é delimitada e eu trabalho na área que eu moro. Eu acho bom porque já conheço as pessoas curto trabalhar no território. Território pra mim é uma extensão eu conheço todo muito muito confortável trabalhar com os meus vizinhos. Eu conheço as senhoras da minha área quando eu era criança, eles conheceram minha falecida mãe. Tem algumas coisas assim 7h. da noite ir na minha casa pedir para ir ao médico. Mas é muito confortável trabalhar no território é como extensão da minha família.	Desconhece processo implantação. Trabalhar território é confortável como extensão família. Território
B/Pm0	Eu não participei da implantação e não conheço como foi. ouço dizer alguma coisa comunidade é participativa, mas pra muitos é bom, mas Deus não agrada todo mundo pra mim isso aqui foi muito importante. Mas acho que ajudou muito a comunidade. Não conheço qual foi à metodologia usada para dividir a área. Trabalhar no território pra mim foi mais responsabilidade, eu gostei de saber que seria responsável por um pedaço da comunidade e que eu poderia estar ajudando a eles de alguma forma. Território meu local de trabalho, onde estão as pessoas. É bom eu gosto de trabalhar no território.	Desconhece processo implantação e das áreas. A comunidade participativa. Trabalhar território é oportunidade ajudar a comunidade. Território é meu local de trabalho é onde as pessoas estão.
B/Pm0	No processo de implantação teve muita reunião com a comunidade, a igreja católica participou várias atividades, e outras pessoas, com caminhadas e diversas atividades, mas eu não cheguei a participar não. A gente fez o desenho mapa e teve que ir à área e contar para depois de quantos domicílios para cada área, em quarteirões. Trabalhar no território foi pra mim uma mudança ótima. Eu trabalhei cinco anos na fábrica que você ficava La presa, sempre vendo as mesmas pessoas, você fica naquele mundinho preso. Aqui você fica livre, não tem ninguém no seu pé. Claro que você tem que cumprir suas obrigações, mas não fica ninguém no seu pé. Vendo se você produziu ou não produziu. pra mim foi muito bom porque eu não estava precisando disso mesmo. Território pra mim é uma área que eu tenho livre acesso para trabalhar, de esta junto com o pessoal. tanto que a gente não tem horário. Seu moro próximo a minha área e sempre que eles me veem eles estão livres para me perguntar qualquer coisa.	A implantação foi feita com reuniões com a comunidade e Igreja. A delimitação do território foi feita contando os domicílios. Trabalhar no território é uma mudança ótima. Território é uma área que eu tenho livre acesso.
B/Pm0	Quando eu cheguei já estava implantado, mas sei que teve muitas reuniões com as comunidades. Acho muito importante a participação da comunidade, mas hoje em dia participam menos. Eu não sei qual foi à metodologia e não me lembro. Foi uma novidade muito boa. Quando a gente está de fora do problema a gente imagina, mas quando conhece por dentro do território é diferente. É maravilhoso, os meus usuários são meus amigos e eu acabo me intrometendo na vida das pessoas. Você sofre, você ajuda, é maravilhoso. Falando do lado emocional é maravilhoso, gosto muito. Pra mim este trabalho é bendito. Quando você pega um paciente só no consultório você pensa que a dificuldade do paciente é uma e na verdade é outra. Você estando com aquele paciente no território.	Desconhece processo implantação. A comunidade participa e é importante. Trabalhar no território é maravilhoso, os pacientes são meus amigos. Território é como a verdade.

B/Pm0	Eu comecei tem pouco tempo, conheço um pouco da história porque minha mãe trab aqui. Eu não sei qual é a metodologia, mas sei que cada equipe tem sua área e cada agente a sua micro área. Existe uma meta para cada profissional. Eu gosto muito de trabalhar no território, por que eu gosto de ajudar as pessoas carentes. Território é uma área onde as pessoas habitam com ou sem saneamento básico, porque muitos lugares aqui não têm saneamento básico. Com uma forma de vida boa ou precária, porque tem muitas pessoas que vivem de forma boa com uma infra estrutura boa, mas outros o esgoto passa embaixo da casa.	Trabalhar no território é bom para ajudar as pessoas carentes. Território é uma área onde as pessoas habitam com ou sem saneamento básico.
C/Pm0	Quando eu comecei a trabalhar a unidade já estava implantada, mas como morador participei de muitas reuniões. Ainda no galpão na rua do alpine. Como eu entrei depois peguei uma área pronta, porque a minha área foi toda embora, porque eles ganharam apartamentos.. Trabalhar no território eu achei maravilhoso. Território pra mim ele é bom, agora eu não sei se quando pegaram, a maior parte são pescadores, são conhecidos meus, esposas, filhos, netos, ai é mais fácil deles se expandirem assim o que eles precisam assim sabe. 70% não é nem tanto médico, tanto remédio, tanto...ta entre assim, de repente lembrei da senhora hoje, hoje eu tava pensando na senhora. A senhora apareceu eu precisando conversar com a senhora, sabe dona, depois que eu conversei com a senhora minha dor de cabeça acabou. É vínculo.	A comunidade participou do processo de implantação. Trabalhar no território fortalece o vínculo.
C/Pm0	A comunidade foi convidada a participar, mas eles vem pouco e eu sei que isso aconteceu causa de Mandacaru, que era uma comunidade, pelo menos foi essa a história que eu sei que não tinha acesso que era longe, que tinha que andar isso tudo pra atravessar e ir no Posto XI para ter atendimento. Então foi gerado primeiro pelo médico sem fronteira, depois veio o PSF. O trabalho no território, eu achei até melhor, porque eu moro na comunidade. Tem seus contras, suas coisas boas e coisas ruins. E aqui não, as coisas aqui são muito diferenciadas todo dia você vê coisa diferente acontecer. É claro que você vê a violência, as coisas de comunidade. Mas a cada dia você vê uma coisa diferente acontecer, uma pessoa te tratando melhor. Uma pessoa com mais dificuldade te tratando daquele jeito, aqui foi bem mais interessante do que você tá presa dentro de um lugar só fazendo a mesma coisa. Território não tem a ver só com a questão do trabalho, por isso é muito além disso é mais do que isso. É o conhecimento de cada família, do relacionamento com cada família, a gente conhece bastante coisa das pessoas, até segredo das pessoas, que se a agente não fosse ACS acho que não falaria. Então vai além do processo de trabalho.	Desconhece o processo de implantação. A comunidade participou pouco. Trabalhar no território é um trabalho interessante. Território vai além do trabalho, conhecer as pessoas e suas famílias e segredos.
C/Pm0	A adscrição do território, na época nós já fomos escolhidas por comunidades as pessoas Kelson, pessoas do Mandacaru e pessoas de Marcílio Dias. Nós fizemos o mapeamento da área, já com a nossa área na mão e os profissionais dividiram todas as famílias nós ficamos com bastantes famílias, uma base de 600, porque éramos só 6. O número de famílias ACS era diferenciado, eu fiquei com maior parte porque Marcilio Dias é a maior parte da comunidade então eu e uma agente comunitária ficamos com a maior parte. Quem de Mandacaru ficava com a menor por que tinha uma população menor. A participação da comunidade era pouca. Trabalhar no território é muito bom, mas tem dificuldades separamos o território pelas prioridades. Além das prioridades, a gente procura ver tudo	A comunidade participa pouco. A adscrição do território foi feita com as prioridades da comunidade. Trabalhar no território é trabalhoso com prioridades. O território é dinâmico.

	tem ao redor, se aquela população esta com dengue, a gente procura vê o que esta causando. Território é trabalhar com prioridades é uma vida dinâmica.	
C/Pm0	Eu participei de algumas reuniões e no inicio as áreas eram misturadas. Então todos os agentes tinham microáreas da comunidade de MD e Kelsons. Nessa última divisão eu não pude trabalhar na comunidade participar, mas numa divisão que aconteceu anteriormente eles ajudaram a organizar. Trabalhar no território foi um tanto novo, mas quando eu trabalhei como agente social a minha micro área foi delimitada ai foi diferente. Eu acho que o território é uma extensão do trabalho aqui de dentro, a gente depende deles e eles dependem da gente, então eu acho que é uma extensão do nosso trabalho.	Algumas vezes a comunidade não participa. Trabalhar no território é no entanto diferente. Território é uma extensão do trabalho aqui dentro
C/Pm0	Eu não conheço como foi o processo de implantação. Mas como o meu território é o mesmo eu acho que a equipe não vejo a comunidade reclamar e vejo eles sempre por aqui. Pelo serviço que eu presto e pelo número de ACS da minha equipe eu creio que é um atendimento razoável, dá para atender razoavelmente bem. Eu gosto do meu trabalho, mas é um desafio a cada dia. Território é uma região onde muitas coisas acontecem incluindo o meu trabalho.	Desconhece o processo de implantação. A comunidade presente na unidade. Trabalhar no território é um desafio. Território é uma região onde muitas coisas acontecem inclusive o trabalho.
C/Pm0	Eu cheguei aqui no posto já estava implantado eu não tenho muita informação. A comunidade é participativa nas reuniões e nos grupos. Sempre trazem sugestões, como agora que eles querem que abra aos sábados. eu escuto sim. O trabalho no território quando eu comecei foi muito difícil pra assimilar tudo, como era o trabalho, o processo de trabalho, o que eu fazia como agente comunitário de saúde e com o tempo eu fui entendendo que era promoção da saúde e o agente orientar as pessoas não focar só na doença, mas orientação e prevenção e eu estou gostando cada vez mais. Território é uma área de abrangência onde a unidade de saúde tem suas atividades que orienta a população sobre saúde, promoção, prevenção e planejamentos estratégicos ali orientação de doenças essas coisas.	Desconhece o processo de implantação. A comunidade é participativa. Trabalhar no território no inicio foi muito difícil. Território é uma área de abrangência onde a unidade de saúde tem suas atividades
C/Pm0	Já tinha um conjunto que já estava urbanizado. Então dividiu o conjunto no meio uma parte ficou com uma área carente que era kelson e outra ficou com Mandacaru e a metade mais o conjunto pra equilibrar um pouco. Todo mundo tinha micro área nas três comunidades. Começo com o médico sem fronteiras a comunidade participava mais, por que tinha reuniões e festas. A comunidade era mais participativa. A participação foi mais da gente mesmo, não lembro de participação da comunidade e nem mesmo da associação. Trabalhar no território é bom! ah! Você tem liberdade, é bom, por que você tem o tempo todo pra ficar ciente das coisas. tudo o que acontece você tá ali presente é bom por isso. Eu tava de férias, só apareci aqui no posto a menina, olha minha vó teve um enfarto queria que voce fosse La.. Território é uma área onde eu atuo, tem a parte física e as pessoas.. Aqui é plano, na minha área tem muitos idosos, as casa são tijolos, eu não tenho muitas gestantes adolescentes. É uma área tranquila não tem esgoto tem tudo. Uma coisa que me incomoda na minha área é essa l	A implantação foi um equilíbrio entre as três comunidades. A comunidade é mais participativa. Trabalhar no território é uma liberdade e sabedoria. Território é uma área onde eu atuo, tem a parte física do lugar e as pessoas.

	aqui do lado.	
A/PS0	Para delimitar o território as meninas foram para área contar o número de famílias. T muito novo aqui. Antes eles vinham aqui para consulta no ambulatório e agora trabalha agendas, por isso eu entendo que esta ainda difícil da população entender. É importante comunidade esteja aqui participando com a gente para ajudar construir este processo qu são os mais importantes. Aqui a unidade é bem aberta a isso. Tem reuniões abertas c comunidade para o acompanhamento desse trabalho. A metodologia usada para delimit do território foi trabalhada com vulnerabilidade e fatores de risco da população. Agora acontecendo uma nova divisão. Pra mim o trabalho no território é um trabalho árduo verdade você tem toda uma família a comunidade que você tem que acompanhar. E voc simplesmente atende, mas você acaba levando pra casa alguma coisa que fica. É realmen lugar de desafio. Território é um lugar onde as pessoas residem, muito deles tem os ofícios, produz, trabalham e interagem com outros é onde a comunidade interage.	A delimitação território foi vulnerabilidade fatores de risco. A comun participa da unid Trabalhar território é árduo um desafio. Território é um onde as pe residem, produ interagem.
A/PS0	Conheço pouco da implantação aqui pq cheguei a pouco tempo. Acho que ainda falta pouco de participação maior da população. Ainda falta uma conscientização da popu sobre a estratégia Talvez porque que ainda estamos na unidade mista. Não conhe metodologia usada para adscrição da clientela. Profissionalmente trabalhar no território considero como muito bom. Eu gosto de fazer visitas, eu gosto de interagir. Classifico uma experiência boa a realização de VD. Eu gosto de fazer VD, você não faz somente visita clínica, você conhece o lado social. Você acaba invadindo a privacidade, i interessante poder conhecer essa realidade e atuar com ela. Território faz parte da estra Você sabendo o território, tendo o território, sabendo como é o poder aquisitivo, você estratégia em todos os sentidos para exercer o seu trabalho.	Deconhece processo implantação. A comun participa pouco. Trabalhar território é bo interagir. Território faz da estratégia.
B/PS0	Quando eu vim trabalhar aqui na unidade ela já tinha um ano de implantação. Na nossa e nós trabalhamos com os agentes para esclarecer e fortalecer os agentes neste vinculo c comunidade. Na última reunião de equipe nós tivemos o fortalecimento junto c associação de moradores para as casa fechadas para o avs entrar pra dengue, e a comunic bem participativa. Eu pessoalmente vi casas.. Acho muito importante ver a área não só um processo de doença, mas assim como um processo de saúde. Evitar doença. Eu deix sempre muito caracterizado nas reuniões de equipe. Quando eu cheguei a unidade já e planejada. Mas me parece que foram escolhendo o território fisicamente, geografican contando as famílias e fechando as equipes. Trabalhar no território é uma oportunidade conhecer as realidades, de estar mais próximo das pessoas. Território não é só o e geográfico, espaço físico, mas o território é composto pela população, residência, comercial. Mas importante de tudo da condição do território. Saneamento, condições das área de lazer. Eu acho que território é uma área física geográfica, com pessoas, parte hu e com os incrementos que geram saúde e/ou doenças.	A delimitação território foi número de fa para cada equipe A comunidade participativa. Trabalhar território é con as realidades e próximo das pes Território não é espaço geográfico é também estão pessoas e incrementos geram saúde e doença.
B/P02	Quando eu cheguei a unidade já estava implantada, eu não conheço a delimitação. Eu que a comunidade não participa. Faltam recursos para entender o que é. Eu acho que coisa da gestão pariticipativa é um pouco complicada. Aqui Tem o conselho gesto	Desconhece processo implantação. A comunidade participa.

	<p>teoricamente deveria funcionar e ajudar a gerir a unidade, eu fiz força par ao grupo de i participar, mas eu não vi a comunidade. Os agentes parecem que tem uma coisa meio c meio duplo papel. Eu acho que eles pensam isso na cabeça deles também. Talvez por iss eles fiquem em cima do muro. Uma hora eles são comunidade caem pra lá, outra hor secretaria, boom caem pro outro. Acho que dependendo muito, como qualquer ser hu dependendo do interesse. Trabalhar no território é uma responsabilidade, é uma cois você tem uma identificação, tanto de reconhecer, como isso esta, como não esta, tem com você. Então você pisa no território é como se você fizesse parte. Então essa coi território eu vivo desse jeito é uma coisa como se tivesse vida. Eu tivesse vida, o ter tivesse vida e eu fizesse parte dessa vida. Território eu acho que é a parte viva do traba gente aqui a gente acaba vendo as pessoas, do jeito que eu trabalho hoje infelizmente a vê as pessoas no pico de alguma coisa, da doença, da necessidade, que fazem os pais es aqui procurando a gente, por necessidades acumuladas quase desde criança.</p>	<p>Trabalhar território é responsabilidade você passa a parte dele. Território é a viva do trabalho</p>
B/PS0	<p>Quando essa unidade foi implantada eu não participei processo, mas eu acho que foi o p do GAT que veio pra cá e junto com o pessoal tralhou na divisão do território, mapean na divisão da área mesmo. Não sei qual foi a metodologia usada. A comunidade tem aproximação da gente e participa. Trabalhar no território eu achei muito bom. Esse tra no território fortalece o vínculo dos profissionais com as famílias, ele nos aproxima realidade desse usuário que quando a gente ta distanciado disso a gente floreira muito as porque a gente trabalha numa realidade que as vezes aquele usuário nunca vai poder alca acho que isso aproxima muito a gente deles. Quando a gente vai na casa, vai no territ gente vê os problemas e consegue focar ali nos problemas e ajudar aquela família a mell E combina aquelas condições, ainda que muita coisa a gente não dê pra se fazer, muita da pra tirar de proveito e ajudar a melhorar. Território é o meu espaço de trabalho, é meu limite de trabalho, meu espaço de trabalho , onde eu tenho que esta ali desenvolver minhas ações como profissional da estratégia.</p>	<p>Desconhece processo implantação. comunidade participa. Tra no território é bom aproxima realidade e o tra é mais eficaz. Território é o espaço de tra onde desen minhas ações profissional.</p>
C/PS0	<p>Quando eu entrei aqui eu não participei dessa reorganização do território pela primeir depois quando eu participei da 2ª reorganização eu percebi que o território não seguia homogeneidade entre as micro áreas, tinha agente de saúde que atuava em uma microár certo território e ali tinha que passar dois quarteirões para acompanhar mais famílias, não tinha uma continuidade. Hoje a gente agente tentou arrumar esse território de uma mais homogenia e mais continua. A gente sabe que aqui dentro da comunidade apesar e pequena a gente encontra lugares com boa infraestrutura e lugares com estruturas prec Então a gente procurou dividir as áreas de forma mais homogenias e ai eu participei planejamento desse território. A comunidade tem pouca participação, pouco incentivo gente ainda não sabe trabalhar com a comunidade, e a comunidade ainda não se apropri que eles têm esse direito de estar planejando e organizando o serviço junto com a gente elas não vêm a importância de participar dessa organização do serviço ou a gente também sabe como lidar com essa forma de participação. Eu acho muito importante que tenha controle social. Mas esse controle social tem que ter um certo cuidado para que não se</p>	<p>A adscrição clientela não s uma homogenei Pouco interess comunidade participar. A ES sabe como moti como mostra importância participação. Trabalhar território é vínculo e conhe realidade. Território é uma bem delimitad uma área inde a vai agir realmer a partir do ter que voce conhe processo</p>

	<p>controle social coercitivo, que vem só fazer critica do seu trabalho e não venha com doença. Criticar e achar que um problema que é macro vai ter que ser resolvido numa questão micro. Então tem que ter uma capacitação para quem vai participar desse colegiado, questão local dessa participação ai é popular. Trabalhar no território é procurar um elo de vínculo por que nos estamos dentro da comunidade estamos próximos a eles, ir visitar a pessoa isso ai aumenta o vínculo com a comunidade e agente acaba estreitando esse laço de amizade. Acho que esse trabalho do Saúde da Família de trabalhar no território é importantíssimo, você conhece a cultura daquela comunidade, você conhece os pontos fortes e os pontos fracos daquela comunidade e daí você consegue trabalhar. Isso é fundamental para o trabalho e se o ambiente vai causar mudanças, na comunidade e no comportamento das pessoas. Eu acho muito importante - Território tem que ser uma área bem delimitada, o agente não tenha um espaço tão heterogêneo desse território. Por que é complicado trabalhar com muitas diferenças dentro do território. A gente percebe que tem territórios que são mais desenvolvidos e outros menos desenvolvidos. É um pouco complicado trabalhar com essas duas classes de diferenças assim dentro de um território. E o território é o lugar onde a gente vai agir realmente, onde você vai atuar, por que é a partir do território que você conhece o processo de saúde e doença da comunidade, então a gente conhecendo o território a gente pode atuar. A partir desse território a gente pode desenvolver estratégias de atenção a saúde, de forma que realmente a gente possa atuar de forma mais eficaz no território em questão .</p>	
	<p>EIXO III – Quanto ao Processo de Produção da Informação – Objetivo 3 – Conhecer qual a compreensão dos profissionais sobre a produção da informação e os instrumentos utilizados nos processo de trabalho</p> <p>Conhecer a avaliação dos profissionais sobre a comunicação no processo de trabalho</p> <p>3.1 - Como ocorre o processo de produção da informação no território de atuação e a quem serve essa produção de informação?</p> <p>3.2 – Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde – doença no território?</p> <p>3.3 – Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF?</p>	
A/PMC	<p>A produção da informação se dar pelas VDs. Todos os profissionais fazem VD. Usamos as fichas A e as fichas de hipertensos, diabéticos e crianças que é o que temos mais na área. Usamos estes instrumentos para saber se o usuário é hipertenso leve, moderado ou diabético para saber se ele usa insulina, se teve internado. Essas informações eu acho que serve pra enviar para Brasília, pra CAP, pra vim mais verba para o posto. Temos um</p>	<p>A produção de informação vai ser feita em Brasília e pra vim mais verba para o Posto. Os instrumentos utilizados</p>

	<p>comunicação dentro do posto. Todos os meses tem uma reunião de módulo, onde a direção participa, a coordenadora, com todos os profissionais da Estratégia, médico, enfermeiro ACS, que lá é onde vão passando os informes, coisas que os ACS queiram relatar com os enfermeiros. Eu acho que assim tem funcionado bem. Eu proponho que tem uma atualização para melhorar a visita, a abordagem em saúde mental.</p>	<p>fichas do SIAVD. A comunicação é boa dentro do Posto.</p>
A/PMO	<p>O usuário tem uma visão pelo que passa na TV de que o ACS passa na casa dele e dá uma marca a consulta pra ele e leva tudo pra ele. E na verdade não é esse o trabalho e sim o trabalho de VD e ver todas as necessidades daquela família e trazer para o enfermeiro e médico e a gente orienta convida para vir ao posto. O nosso trabalho é limitado, nem sempre a gente pode resolver tudo pra ele. Por conta da demanda que é muito grande. a gente depende do médico do enfermeiro e ai fica um pouquinho complicado. Nossos instrumentos de trabalho são os panfletos, caminhada da dengue. Utilizamos nossa planilhas próprias. que todo esse trabalho interessa pra Prefeitura. A nossa comunicação é muito boa, a direção muito presente. o diálogo com a CAP é através da prefeitura</p>	<p>A produção de informação serve a Prefeitura. Utilizamos planilhas e caminhada da dengue e nossas planilhas de comunicação é boa</p>
A/PmO	<p>A Produção da Informação ocorre com as Vds e os instrumentos que utilizamos são documentos, as fichas A, B informações dos médicos e enfermeiros. Essas informações servem para a prefeitura. Para fazer gráficos e trabalhar mais La pra frente e tomar medidas. Por exemplo, gráfico de diabéticos se tomam remédios quanto tomam. Gostaria de uma comunicação fosse melhor.</p>	<p>A produção de informação é feita nas VDs. Os instrumentos utilizados são as fichas e as informações dos médicos e enfermeiros. A informação produzida serve a Prefeitura.</p>
A/PMO	<p>A Produção da informação é através da ficha, A b ACS, gestante, Hipertensão, dos dados dos agentes. As fichas são muito importante, pra gente pra equipe. E também para a prefeitura poder fazer as intervenções. Para conhecer o processo saúde doença nossos instrumentos são as fichas produzidas. As fichas são muito importantes, pra gente, pra equipe e pra prefeitura pra saber o que esta acontecendo e o que fazer. A comunicação é aquilo que falta pra comunidade não participa muito. As coisas são levadas pela gente. Nós é que levamos para eles, pra direção e pra cap. Precisamos melhorar.</p>	<p>A produção de informação é através da ficha A, B, gestante, hipertensão. O instrumento utilizado são as fichas produzidas. As informações são importantes pra equipe e pra prefeitura. a comunicação precisa melhorar.</p>
A/PMO	<p>A nossa produção de Informação ocorre além dos dados de produção mensal para a CAP, OS, os dados do MS, TB, Hanseníase, sífilis, também temos alguns registros nos planilhas de excell para acompanhamentos dos hipertensão e gestante. O sistema não consegue produzir todas as informações e perdemos muitas informações que colocamos no sistema até mesmo o sistema caindo. Eu acho que tudo isso serve para melhoria do trabalho do médico, enfermeiro, pra mim. Os instrumentos nos ajudam a projetar a estratégia. a comunicação é um pouco ruim. Tem momentos que acho que a gente não fala a mesma língua. Falando diferente isso complica.</p>	<p>A produção de informação ocorre com o SIAVD. As planilhas são produzidas para acompanhamentos. Usamos instrumentos para projetar a estratégia. As informações servem para melhorar o trabalho. A comunicação</p>

		ruim, não falar a mesma língua.
A/PMO	<p>Produzimos informações nas VDs, se a gente ficar parado na comunidade a gente já consegue produzir muita coisa. Essa informação é produzida no território. A gente tem o registro na ficha A, que é a ficha de cadastro do SIAB, quando a gente tá no território fazendo a ficha B, a ficha B é uma ficha que dá acesso ao grupo de doença que a pessoa ocupa. Essas são as básicas ficha A e ficha B. Nas nossas reuniões de equipe usamos toda essa informação produzida para conhecer o estado de saúde da nossa população e discutir doenças, e com isso organizamos o que fazer. A informação serve pra prefeitura, pro governo geral pro estado do RJ geral, pra que eles possam tá fazendo uma intervenção, tanto na saúde como na parte social. Brasília, enfim pra todas esferas competentes do nosso país é válida. Nosso processo de comunicação com a comunidade, a gente ainda tá engatinhando o que eu tenho procurado fazer é que a comunicação com o usuário do nosso território seja captar o que é estratégia saúde da família, porque eles estavam acostumados a atendimento mas de forma diferente. Então a gente vai pra comunidade e faz grupos e isso fortalece a comunicação da equipe para os usuários. Internamente na unidade a nossa comunicação é boa, a gente tem uma reunião por semana e uma por mês de módulo entre as equipes, todo tipo de informação, metas são passadas nessas reuniões. A nossa gerente é muito boa gerencia a sempre atuante, sempre que tem alguma comunicação, alguma coisa pra ser feita é feito. As vezes a gente sabe que tem coisas que não dá pra esperar, que não pode esperar reunião do mês que vem, a gente consegue fazer umas reuniões extraordinárias pra prosseguir o processo de trabalho. A nossa gerente representa muito bem a comunicação da cap. Algumas vezes eles vão Lá também.</p>	<p>A produção de informação é feita nas VDs e no território. planejar as reuniões usamos as informações produzidas discutimos as reuniões de equipe a informação produzida serve pra prefeitura, Estado, pra Brasília. A comunicação com a comunidade é um processo de comunicação que a unidade é boa.</p>
A/PMO	<p>A produção de Informação é com a ficha A e B principalmente e pra conhecer o processo de saúde doença, nossa equipe faz grupos pra aproximar e compreender, porque eu sou adolescente que falou pra mãe que não sabia pra que fazer pré natal. A informação produzida serve pra todo mundo. Pra todos os moradores em geral, por que pode não tá gestante mas vai ter alguma gestante, um diabético, a criança o aleitamento, a amamentação. Uma coisa você descobriu, você sabe de muita coisa mas você não pratica, eu tive filho a 15 meses e tive agora com 3 anos então você olha pra pessoa que é não é crítico não tem um olhar na saúde. Quando você tá trabalhando é diferente. Hoje a gente conhece todos os usuários de todas as micro áreas, eu não conheço só a minha micro área eu conheço de todas as outras tem uma saúde mental, se tem um hipertenso. A comunicação aqui é boa. Todo mundo interage. Se agente precisa de um pediatra que no momento o medico da estratégia não tem a interação com a pediatria e com a clinica medica. A gente tem todo acesso a gerencia cap e mais difícil e a gerencia e o nosso elo e sempre que agente precisa elas estão Lá.</p>	<p>A produção de informação é com a ficha A e B. Para conhecer o processo de doença também grupos. A informação produzida serve pra todo mundo. A comunicação com livre acesso gerência.</p>
A/PMO	<p>No meu caso a produção eu faço um relatório – FAD 01 – houve uma nova territorialização que a cap fez e mandou já pronta e mudou um pouco, porque a gente trabalha por quarteirão e eles por ruas eu não estou mais acompanhando um AVS para cada equipe. Eu acredito eu estou dividindo com outro colega. Eu participo da reunião de equipe. Para conhecer o processo de saúde doença, a equipe faz VD, usa as fichas e as livres demandas. Achei</p>	<p>A produção de informação é feita com o relatório. o conhecimento do processo de doença a equipe faz VD, usa as fichas</p>

	tudo isso serve a população e também ao poder público porque o acompanhamento diminui a necessidade de internação. A equipe quando tem alguma coisa de dengue eles informam a população e a comunicação com o usuário é boa e com a gerência também.	livres demanda. Toda essa produção serve a população ao Poder Público. Boa comunicação.
B/PMO	Produzimos as informações com as visitas domiciliares, demanda livre, grupos de hipertensão que a cada semana um agente participa. Eu organizo as informações no meu caderno, que é em relação do paciente a gente usa o prontuário da família, mas tem duas informações minha e a do médico. Então temos prontuário de papel e eletrônico e as fichas A e acompanhamento. Tudo isso nós usamos pra cuidar da nossa população. A comunicação dentro da equipe tem muita união. O médico tem muito cuidado em sempre nos informar tudo.. A gerência Tb é comunicativa. As vezes a gente fica chateado, mas não tem como ela passa pra gente e frisa muito por que ela é muito comunicativa.	A produção de informação se dá com VDs, demandas livres e grupos de produção de informação para cuidar da população. Instrumentos utilizados são fichas do SIA, caderno, prontuários de papel e eletrônico. Existe uma boa comunicação dentro da equipe.
B/PMO	Para produzir as informações a gente tem que ir nas áreas e conversar com os moradores para fazer as listagens dos problemas e escrever no livro preto lista de hipertensos, diabéticos e pacientes com tuberculose. Também usamos o siab e fazemos os registros, para fazer o acompanhamento com os cadastros. Os registros servem para a equipe trabalhar com os usuários. Temos boa comunicação com a equipe, usuários e gerentes. A gente não produz muito a cap, mas eu avalio como positivo os nossos contatos.	A produção de informação é feita nas áreas. Instrumentos são o siab. A produção de informação para a equipe trabalhar com o usuário. Boa comunicação.
B/PMO	A minha produção de informação é com a prevenção. Eu lido com a prevenção. Eu vou na residência, quando encontro foco eu trato, oriento. Quando não encontro eu faço a prevenção. Quando encontro algum caso de dengue eu informo a equipe, porque as vezes a pessoa está tratando em um outro local e a equipe não sabe ou acontece o contrário, acontece com os agentes se encontrarem alguma coisa eles também me falam. Os instrumentos usados são a reunião de equipe mesmo. Todo esse trabalho serve para nós mesmos e para a CAP. Eu faço um relatório sobre como esta a infestação de dengue na área e comunica aos órgãos. A comunicação é boa da equipe e também dos moradores, que sempre trazem informações necessárias. As informações da CAP vêm pela supervisão e não pela gerência da unidade.	A produção de informação é com a prevenção. O instrumento usado é a reunião de equipe. O trabalho serve para o profissional, para a cap e para os órgãos. O processo de comunicação é bom.
B/PMO	Para produzir as informações a gente traz as coisas da nossa área. Muitas coisas vem da gente. Pra discutir a saúde e a doença da população conversamos na reunião de equipe sobre questões das áreas, as informações dos ACS, o que a gente vê o que vivencia o que troca. Essas informações servem pra gente trabalhar. A nossa comunicação interna é boa, mas com o usuário. Por ser próximo da unidade conseguimos trazer rapidamente as questões e muitas vezes resolver no mesmo dia. Temos uma boa relação com as equipes e com a gerência. A cap esta mais distante, antes trabalhava mais perto da gente e levantava a	A produção de informações é feita com o que se trata nas áreas. A reunião de equipe é o instrumento utilizado. A informação é para trabalhar. Boa comunicação.

	autoestima. Eu gostaria de ter um apoio maior da saúde mental, para os profissionais e pacientes.	
B/PMO	A produção de informação são as VDs, é de La que trazemos tudo. Os Instrumentos usamos é a comunicação, a vd e uso meu caderno com todo território – família e ruas. Tenho tudo anotado. Acho que serve para o médico, para a enfermeira e pra Temos um usuário fala bem com a gente. A gente se da bem com todo mundo. A gerente ta sempre vezes a gente se estranha, por que não fala a mesma língua, mas faz parte. Eu gosto de gerência. A comunicação com a CAP é mais distante, eu não vou direto a CAP.	A produção de informação é com as VDs. Instrumento usado é a comunicação com a VD e o caderno. A produção de informação para o médico e enfermeira e para facilitar a comunicação. Boa comunicação.
B/PMO	A nossa produção de Informação é com o que recolhemos na casa dos pacientes e anotamos nos nossos cadernos. Os instrumentos usados são as fichas, uns falam que não é mais para usar e outros dizem que é para usar e precisamos alimentar o alert. Serve pra gente para nos resguardar se tiver algum problema. Para o médico é bem útil. Temos um bom instrumento de comunicação. Nós temos uma relação boa e não sei das outras. Eu falo por mim mesmo temos uma relação boa com os usuários. Boa comunicação com gerentes e com a CAP. Algumas vezes ficamos triste quando não conseguimos atingir tudo.	A produção de informação é com o que recolhemos na casa do paciente. As fichas são os instrumentos usados. É bem útil para o médico. Boa comunicação.
B/PMO	A produção da informação é com a VD, utilizamos como instrumentos as fichas A, hipert, diab, gestantes, Tb e hansen, crianças também até dois anos, ficha b acho que é para até 7 anos, grupos de riscos e relatos a parte que passamos para equipe o que esta acontecendo. Creio que deve servir para o MS fazer levantamento das doenças e ver o que vem aumentando e mudando nos locais. Temos uma boa comunicação. A comunicação é muito boa e de boa liberdade. Antes tínhamos mais contato com a CAP agora ela ficou mais restrita.	A produção de informação é com a VD. Instrumentos usados são as fichas do MS. Serve para o MS fazer levantamento das doenças e ver o que vem aumentando e mudando nos locais. Boa comunicação.
B/PMO	A Produção de informação se da no contato dia a dia com o paciente . Nossos Instrumentos de trabalho é reunião de equipe onde colocamos todas as dificuldades e pedindo apoio para registros e fichas da comunidade o siab. Todo esse trabalho serve para a comunidade, para a prefeitura e MS. Para todos. A comunicação não é excelente, mas é boa. Acho uma coisa meio monetária, muito financeira. Produção, produção. Acho até que tem que melhorar, mas já foi bem melhor. Quando era um psf de verdade, atuante a cap estava aqui dentro. Sinto até falta da reunião com todo mundo. Hoje só tem reunião de equipe. Tá tudo diferente.	A produção de informação ocorre no contato com o paciente. Instrumentos usados são: siab, registros, reunião de equipe. Serve para a comunidade, para a prefeitura, MS e todo mundo. Comunicação já foi melhor.
B/PMO	A produção da informação é com o que os agentes trazem e fazemos os grupos. A gente conhece a comunidade na reunião de equipe com as trocas. Essa informação serve para o grupo. A comunicação na equipe é boa. Temos reunião semanal de equipe onde podemos conversar sobre o trabalho diante do tempo que é muito corrido.	O agente traz a informação para o grupo. O instrumento usado é a reunião de equipe. A informação produzida serve para toda equipe. Boa comunicação.
C/PMO	Eu tenho um caderno que eu faço a visita mais eu tenho o meu rascunho onde eu boto, p	Vd e um caderno de anotação.

	<p>eu coloco assim d. Maria precisa urgentemente de uma de um médico, ai surgindo uma eu vou logo pra D. Maria, pq o seu João pode esperar um pouquinho. a produção do trabalho é assim, vai deslanjando de acordo com as possibilidades que eu tenho aqui conseguir algo pro meu paciente, deu pra entender. Eu trabalho também com as fichas gestante, hipertensos, diabéticos, é saúde mental crianças, eu até agora converso muito com meu enfermeiro pq na Mandacaru eu tinha 98 crianças, na semana que eles foram eu nasceu a 99 e agora eu só tenho 17. Essas fichas me ajudam muito. Um é o conhecimento mim de quem é a criança onde a criança mora, agora no sábado quando nós trabalhamos meu enfermeiro queria vacinar as crianças que ainda não tinham sido vacinadas. Então levei a ficha, a ficha ajuda muito eu trabalho com elas, as consultas, peso, amamentação de amamentação a nutrição geral da crianças e o crescimento da criança. Toda informação serve para todos nós, é muito importante. Eu me dou muito bem. Nos somos uma família. Eu me dou bem com todos. Mas a comunicação assim no geral não é fácil. Por que é assim, nós queremos estar juntos com elas, mas é uma divisão muito grande muito chata. Eu não ligo. Pra comunicação com usuários eu daria 80, pq tem usuário muito bonzinho, que é um encanto, mas se vc não conseguir vamos supor, se vc não conseguir uma coisinha mínima pra ele ele modifica, quer explorar. O nosso território aqui dentro gente ter condições A comunicação para o trabalho flui, mas é um pouquinho demorado porque a gente também tem que correr atrás pra dar o retorno pra gente. E tem mais coisa que as vezes eu fica um pouco chateada, mas eu entendo pq eles Tb são cobrados, o pé da CAP, as vezes eles chegam, o enfermeiro chega e diz eu quero isso pra ontem que a ta pedindo. Ai com o tempo ele fez a gente entender que eles são cobrados, que todos somos cobrados e CAP tem alguém que cobra. Ai eu até entendo.</p>	<p>Reunião de equipe as fichas. Serve para todos A comunicação complicada não algo fácil.</p>
C/Pma	<p>A gente tem informação lá na área de trabalho e a gente traz pra nossa reunião de equipe aqui a gente discuti. Eu tenho minhas fichas que é do processo de trabalho e também meus cadernos que eu faço aquele relatório, daquilo que eu acho mais importante. Então a gente tira o que é mais importante e a gente traz para o enfermeiro. A maioria das vezes para o enfermeiro. Acredito que serve para o MS fazer um trabalho em cima das informações pra que o trabalho fique melhor. Eu não tenho problema assim aqui com comunicação nenhum, não. No trabalho tem alguma dificuldade por que a gente claro que a gente levar a informação La fora, mas sempre esbarra no conceito de médico, consulta sem motivo vai sempre esbarrar nisso. Porque as pessoas já estão muito ligadas em saúde, doenças as pessoas estão muito ligadas nessas duas coisas. Agora no momento a gente ta sem motivo então a gente tem dificuldade de ir La fora fazer o trabalho.</p>	<p>A produção de informação se dá na área de trabalho. Reunião de equipe com as fichas do SIAE e o caderno. Serve para o MS fazer o trabalho. A comunicação mais é complicada.</p>
C/Pm0	<p>A produção da Informação acontece com a gente indo na casa das pessoas, gestante a gente vê o cartão, criança a gente vê a caderneta de vacina, o idoso a gente vê a qualidade de vida dele ta tendo., tanto no ambiente dele quanto nas reuniões aqui a gente procura saber o acompanhamento profissional, a gente pergunta se veio a consulta e confirma com o profissional da consulta fora isso tem a pessoa que tem também que a gente orienta e vai faz o DOT. Antes a gente fazia o DOT em casa, mas hoje não sei se por estar perto um do outro, mas mesmo assim</p>	<p>A produção de informação se dá com as visitas e o acompanhamento. Os instrumentos são as fichas do SIAE e o caderno e a reunião de equipe. A informação</p>

	<p>agente da área tem acesso a carteirinha dele pra ta vendo se realmente ele ta te acompanhando, hanseníase que as gente tinha um menor número a gente também ta um número maior, mas a gente vê se ta sendo acompanhado alem daqui no Post. Normalmente a gente anota nosso caderno e nas fichas, que são muito importante, que instrumento que no começo a gente não tinha, que era só a ficha A, que era ficha do cad hoje em dia agente tem essas informações a gente tem levar pra ta anotando na hora a uma questão de ta trazendo mesmo de base do seu trabalho. Tudo isso, bem! pra que ser muito importante, a gente tem o nosso siab, que é o SSA2, essas informações é que n que a gente trabalha, mas ela leva pra fora todo o nosso trabalho, pra mostrar profissional fora daqui para que ele possa ter uma ideia aqui, de como que é dent comunidade e gera todo um processo financeiro, tudo isso. Nosso Processo de comunica uma boa comunicação, as trocas é que atrapalham o vínculo, mas eu não tenho dificu não.</p>	<p>como prova trabalho, conhecimneto se que acontece e gerar rec financeiros vind fora. Boa comunicaçã</p>
C/PMO	<p>A produção da informação é todo dia nas VDs. Nossos instrumentos, eu trabalho co fichas e hoje com o recurso da internet buscamos as informações, as duvidas també internet, para um detalhe ou outro, com a ajuda dos amigos, dos enfermeiros e dos mé Toda essa informação serve primeiramente para os usuários, ele passando toda a infor que é primordial pra ele, que ele me passa é dessa informação que nós vamos poder reso pensar em como ajuda-lo aqui. A comunicação às vezes eu vejo mais complexa, por qu muitas pessoas então as vezes agente tem foco no principal e na demanda para poder a Eu acho a comunicação do trabalho eu também acho boa, mas um pouco de confusão da da empresa e da parte da cap, mas o trabalho flui e também não vejo a CAP fechada pra e o posto também.</p>	<p>A produção informação é VDS. Os instrumento as fichas. A informação para o usuário e a equipe. A comunicaçã complexa, trabalho é boa, parte a empre confusa.</p>
C/PMO	<p>A nossa produção é na visita de campo. A gente tem um FAD, que é um instrumento o gente registra diariamente por onde nós andamos, casa abertas, casas fechadas, casa va gente tem essa informação e semanalmente, a gente chama de semanal, que a gente especificamente essa informação no formulário, que é o diário e agente faz outro form que é mandado para o nosso supervisor de campo e depois isso é mandado para gerência. A quem serve a produção geral como nós temos o enfermeiro da nossa ec praticamente é o chefe que organiza as vds marcação de exame e passa de uma forma ge assuntos que são tratados alguma coisa que ta - cotecendo, a i ele falou dessa parte, o que tem visto que é o dia a dia seu, você fica mais presente aqui , mais integrado. O eu diferente na área eu tento passar. A comunicação em relação ao posto aqui a gente atender dentro do que é poss;ível. Agora a gente não recebe um feed back da setetaria, a recebe informações muito truncadas, informações que as vezes a gente tem que acce internet ou que a gente tem que telefonar . é um pouco falha é muito distante e se truncada. dentro aqui do serviço mesmo, com a equipe e os moradores é bom, mas da ger de fora, agora mesmo nessa campanha da gripe a nossa gerente daqui, tem um comunica prefeitura que voces também vão ter que trabalhar sábado, mas a nossa gerente mesm</p>	<p>A produção informação é visita de campo. Os intrumentos reuniões de equ as fichas de trab Serve par enfermeiro. A comuni internamente e os moradores é A comunicação a gerencia secretaria é trun</p>

	passou nada disso pra nós. Então a gente tem que buscar procura, e quando vem informação assim o nosso gerente daqui é que passa por que ela tem acesso.	
C/PM0	A Produção de Informação é diariamente no atendimento do paciente. Tudo que gen com o paciente, pressão.g licose, a gente coloca no prontuário. Os enfermeiros que co preventivo e tudo vai colocando e gerando informação. Para compreensão do processo doença usamos as visitas dos ACS dos técnicos, a gente avalia o que esta acontecen casa do usuário e faz um plano de trabalho.. A comunidade vê que da certo, por que a ge esta aqui a muito tempo há 8 o 10 anos. Serve pra gerar dados para o MS, se a estratégi sendo eficiente, se esta fazendo certo. Ate mesmo se população esta vindo na unidade estratégia esta funcionando. Nossa comunicação é ótima, entre eu minha enferme gerente, ACS, tudo que tem na minha área a gente se comunica. Ate com a outra e sempre que precisa a gente ta sempre ajudando, com a cap a gerencia sempre procura q precisa e tem apoio. Com os usuários também é muito bom, sempre que eles chegam ad oriento o que é do meu conhecimento, se passar do meu conhecimento eu já passo para área. A comunicação com os pacientes é sempre muito boa.	A produção informação é atendimento paciente. Os instrumento as VDs. Utilização do para avo dotrabalho Estratégia. Ótima comunica
A/PS0	As Produções de Informação acontece com as consultas e VDs. são através da fic cadastro, ficha A, as fichas dos agentes SS2 , a das equipes PMA2 e ficha b. Os instrum de análises também são essas fichas que levantamos os problemas e Tb as VD. A serve? Usamos o ALERT e me informaram que vai direto para o MS, mas eu Tb ten minhas fichas manuais para acompanhar o que acontece. Também trabalho com a ed Então serve para o MS e para a equipe em suas atuações. Sinceramente a questã comunicação ainda é muito falha. É preciso ser trabalhada um pouco mais, não só a equipe, mas todos. Eu vejo que a comunicação ainda é um pouco falha, dentro da r equipe e Também da unidade.	Produção informação consulta e VD. Instrumentos utilizados são SIAB, Pron eletrônico e manuais e VDs. Serve para a E MS. A comunicação falha.
A/PS0	A Produção de Informação, nós temos as consultas e as visitas. Os instrumentos que us para conhecer o processo saúde-doença, eu estou a cinco meses aqui, então eu acho que s visitas, as campanhas e através da VD dos ACS, com as campanhas.As informações se aos usuários principalmente. A comunicação flui bem, eu falo por mim, a minha relação o usuário é boa. Eu não tenho problema nenhum com a direção, existem divergênci algumas conduções no serviço, mas não posso dizer que não há espaço para comunicação	Produção informação consulta e VD. Instrumentos u Vd e campanhas Serve para o usu A comunicação bem.
B/PS0	Nossa produção da informação se da atendendo ao o que o siab propõem que você busqu visitas, consultas. Por exemplo hoje de manhã eu fiz o grupo de hipertenso, onde a percebe de tudo um pouco, desde a saúde mental comprometida com as situaçõ violência, a troca com os usuários – relacionamento entre os vizinhos – o meu objetivo d grupo, ajuda a fortalecer o vínculo dos vizinhos. Eu tenho procurado fazer visita També casa que precisam de orientação. Temos alguns registros importantes que disponibilizamos para a prefeitura. Usamos basicamente no SIAB os indicadores, r	produção informaçbuscan que é preconiza siab e coisas ma Instrumentos é d os grupos e as ve E uma cadei interessados comunidade, a e e podemos dizer

	<p>interesse é de todos. É uma cadeia de interessados, a comunidade, a equipe e podemos todo o Estado. Tem muita produção da informação que fica somente na equipe, não há divulgação. Existe uma boa comunicação. A comunicação é muito boa com os usuários. A participação no grupo é livre. Foi construído aqui pela unidade uma parceria entre as equipes. E uma equipe ajuda a outra. Eu como RT Tb procuro ajudar aos médicos e enfermeiros também apoio os outros profissionais, mas há uma limitação na comunicação entre as equipes. Boa comunicação com a gerência e com a cap ,a comunicação é pequena, melhor no passado. ‘</p>	<p>o Estado. A comunicação é boa, mas já é melhor.</p>
B/PS02	<p>A produção da informação é muito rica nos procedimentos coletivos que fazemos, nos grupos nas VDs as famílias, mas também em toda a comunidade. Cada atendimento individual embora o procedimento possa ser o mesmo, aquele, naquele momento é único. As reuniões sejam reunião de equipe, do colegiado ou com a comunidade ou escolas são momentos fantásticos de construção do trabalho. Usamos vários instrumentos de informação, mas vale a pena lá , na equipe a gente tem os relatórios, são vários de relatórios. Também pra fazer para a gente responde uma parte sobre procedimentos coletivos, educação no PMA, procedimentos de outros profissionais de nível superior também na mesma coisa, para isso temos um tipo de informação mais procedimental, que é essa coisa de procedimento quanto as consultas, quanto a isso, quanto àquilo, quanto a tudo, entendeu? Seria o BPA ligado também, que hoje tem uma importância catastrófica, as vezes a gente fica obcecado por isso , entendeu? Com certeza tudo essa informação produzida serve para a equipe planejar o trabalho, para a comunidade, que com certeza terá bons resultados e para os órgãos públicos e para a própria política de saúde. A comunicação, eu sinto assim, sinto de feed back positivo, entendeu, mas que construa uma crítica não permissiosa. porque é um exemplo me orgulho de ser funcionária pública. Eu me orgulho de ser funcionária pública venho de uma certa forma me esforçando nessa relação público privado. A comunicação com a gerência é uma comunicação bacana. A gerente é bastante esforçada pra que a gente saiba essa, saiba dos fatos, as vezes assim com todo esforço ocorre uma derrapada. a comunicação entre as equipe não é boa. São ilhas, cada um que se resolve. Se resolve por si não tem coisa muito geral, tem ter tem, mas assim acho que a falta aqui uma visão mais geral. Eu sei talvez seja um temor que tenha, a força do resto. Não sei ela se mostra extremamente competente, forte assim e nesse sentido, mas todos juntos somos fortes também. Então eu sei o que tem evitado o que, mas assim essas reuniões com todos como tínhamos antes hoje não temos mais, o que dizem é o espaço físico, espaço físico, mas sempre foi o mesmo. Então não sei. A comunicação com a equipe é interessante, mas tem um filtro.</p>	<p>Produção de informação em grupos, VDs, famílias e comunidade, atendimentos, reuniões de equipe. Instrumentos de relatórios de atividades, SIAF. Serve para a equipe para a comunidade, para os órgãos públicos política de saúde. Boa comunicação. Entre as equipes é boa a comunicação. O trabalho é Ilha.</p>
B/ PS0	<p>A produção de informação hoje, a gente ficou mais dentro da unidade. Então a gente deixou essa coisa de território e passou a focar mais em quem não podia vir até a gente. E passou a fazer um trabalho de promoção de saúde nas casas, passou a ser um trabalho de agente comunitário mesmo. Até o técnico de enfermagem esta assoberbado de tarefa dentro da unidade, que não permite a ele fazer as atividades de educação e de promoção com a equipe. Então a gente começou a ver quem é o acamado, quem tem dificuldade de</p>	<p>A produção de informação acontece mais com demandas trazidas pelos agentes. Instrumentos utilizados é o SIAF, mas confiamos no prontuário eletrônico.</p>

	<p>unidade, a criancinha que nasceu e a mãe ta impossibilitada de vir. Então assim, a técnica vai buscar isso nas limitações que as pessoas podem vir e toda informação que a gente tem mesmo a maior parte é demanda trazida pelo agente de saúde, a gente tenta traçar uma estratégia, um grupo alguma coisa, pra ta trabalhando se a dificuldade é o lixo, alguma coisa na comunidade ou se naquele momento ta tendo algum surto naquele pedaço, a gente ta trabalhando muito isso junto com a população, na verdade o grupo, ai mais uma vez a gente ta preso na unidade pra conseguir atender o maior número de uma vez de usuários.- Utilizando instrumentos – atendendo a demanda que os usuários trazem pra gente, a demanda que os agentes trazem pra gente e a nossa observação no território. E como as coisas estão se comportando num determinado período. As vezes a informação chega e a gente tem a dificuldade de leitura.tem período que ta tendo muito caso disso, ou as vezes as pessoas tão vindo muito a mesma queixa. Com o mesmo problema, agora nosso trabalho com siab acaba ficando semanal, assim. A cobrança dos agentes do siab é semanal. A nossa dificuldade com siab é que a gente vai puxar o relatório semanal para discussão na reunião de equipe cade a informação que desapareceu dali, hoje esse é o nosso grande entrave para trabalhar a informação do território. Então a gente acaba discutindo mesmo ali, a dificuldade que ele tem gerar a informação com o único problema de usar o siab como instrumento fidedigno da informação. Por exemplo, se a informação desapareceu, ele lançou que três mulheres pariram esta semana e quando a gente vai puxar o relatório sai a informação é zero. A criança amamentada exclusivamente. Hoje a informação esta ai, on line, todo mundo tem acesso em todas as esferas de governo e pra gente o siab é um instrumento valioso de trabalho até para trabalhar como nosso trabalho ta sendo realizado. Onde que a gente ta deixando brecha, onde que a gente ta conseguindo atingir, onde que a gente ta melhorando, onde que a gente ta piorando. O que falta de indicador, onde que nasceu quem morreu, enfim infinitas coisas a gente consegue tirar de proveito do sistema de informação gerada e consolidada. Que as vezes a gente pega uma informação que fica no sistema e depois a gente pega e lança para o sistema a gente consegue consolidar essa informação de uma forma que ela fique visível e ajude a melhorar o processo de saúde do Estado, do município, do país. A comunicação, acho que a gente se comunica bem muito bem, dentro da equipe a gente ta a anos com a mesma equipe, isso é um facilitador, mas é claro que tem unidades que trabalham muito melhor do que outras, com suas características mas o trabalho flui. No geral a gente tem uma boa comunicação.</p>	<p>Serve para a produção de informação, a equipe se apoia no sistema para o município, Estado e o País. A comunicação é importante.</p>
C/PSO	<p>Para a produção de informação, hoje em dia esse é o grande problema que nós temos, temos diversos instrumentos para produzir a informação. O instrumento oficial que nós temos é o SIAB, Mas no dia a dia nós temos outros instrumentos que são colocados na prática para atender a outros programas e são vários instrumentos, que poderia ser pensado um instrumento que fosse mais integrado, por que com tantos instrumentos assim pra você não consegue planejar, e planejar as ações pra uma demanda enorme que você tem de informação. Se fossem poucos instrumentos a gente tem de informação, nós temos ai pra mais de 15 instrumentos.</p>	<p>A produção de informação é feita com diversos instrumentos. São várias informações levantadas que não se conseguem planejar. Os instrumentos precisam ser bem comunicados.</p>

<p>informação, fora a parte burocrática. É ficha A, ficha B, livro verde, ficha de dengue, ficha de notificação é uma gama de instrumentos. É prontuário eletrônico, é complicado. A que a produção - primeiramente serviria pra gente mesmo fazer um planejamento e eu acho que essas informações também passe para outros, para ser repassada ao nível central. exceção do SIAB que é um planejamento local. serviria e serve para planejar as ações que a gente faz, na nossa unidade a gente planeja as informações a partir do SIAB. Com as informações que são repassadas para o nível central a gente não recebe o feed back, o recebimento dessas informações eu acho que isso acaba frustrando um pouco a gente aqui na ponta. Então a gente acaba pensando realmente, que aqui é só pra preencher papel e isso é um sacramento. A comunicação é um grande nó, mas acho que em todo serviço de saúde. Então as reuniões de comunicação dentro do nosso serviço de saúde nos procuramos fazer através da reunião com a equipe, mas é muito difícil sempre essas complicações são feitas. A gente procura evitar essas complicações fazendo ata das reuniões, pra que futuramente, se alguém falar que não falou, a ata de reunião é um instrumento para garantir aquilo que foi passado. Na comunicação assim é um grande nó. Com a comunidade a comunicação é mais complicada. Antes nos tínhamos colegiado gestor, agora nós vamos voltar a fazer agora em junho nós vamos agendamos a reunião, e com a comunidade essa comunicação é mais complicada. A gente convoca nossas reuniões de colegiado de gestor, geralmente poucos vêm geralmente quem mais participa é a própria presidente da associação de moradores, os pastores, o padre, os líderes da comunidade pouco participam, então fica meio complicado então essa comunicação do dia a dia fica aqui dentro do consultório ou do próprio ACS quando vai na rua fazer o trabalho dele de educador e de orientador de serviço. Então eles levam o nosso funcionamento e as vezes eles trazem a queixa do usuário até a unidade. A comunicação tem se dado com a comunidade dessa forma, nas reuniões de equipe eles também trazem as demandas do usuário não só as demandas de saúde, mas as demandas mesmo do serviço que tb acaba sendo importante pq acaba trazendo de fora essa percepção que eles tem. Até então tem sido difícil fazer essa comunicação assim de forma mais institucional, a pessoa ficar, vir a comunidade de colegiado gestão. Talvez falta um pouco dessa cultura, que o morador o usuário não tem</p>	<p>Usamos o SIA para o planejamento. A comunicação é um nó. Não recebemos o feed back do trabalho. A comunicação com o usuário é complicada. Falta ao usuário a cultura da participação..</p>
<p>ENTREVISTAS COM GERENTES</p> <p>EIXO I – Quanto ao Processo de Educação Permanente - Objetivo: Conhecer a avaliação da gerência sobre a qualificação do profissional ao chegarem para o trabalho na Estratégia e a avaliação das qualificações implementadas durante os processos de trabalho.</p> <p>1.1 – Como você avalia a qualificação dos profissionais para o trabalho na ESF, ao serem admitidos?</p> <p>1.2 Como você avalia os processos de qualificação dos profissionais implementados pela AP 3.1, seus conteúdos e contribuição para</p>	

	consolidação da Estratégia?	
A/G	<p>Foi uma grande surpresa. Eu achei que quem ia chegar era muito bom. Melhores até que meus colegas que já faziam estratégia saúde da família e as pessoas que chegaram repetiram ambulatório e pior um ambulatório muito mal feito. Por que a gente pelo menos faz ambulatório já com experiência e compromisso. Isso referente aos técnicos, mas o grupo de agentes, vieram assim procurando trabalho. Você sabe que só o introdutório não dá dessa capacitação e eles sem ainda ter a formação do curso técnico, eu tenho um grupo de agentes muito bons e muito comprometido. Do que se espera, me decepcionei muito da enfermagem eu pensei que fosse pegar, hoje esta bem melhor, mas no começo que fosse pegar enfermeiros que conhecesse a estratégia e médicos aqui não foi diferente nenhuma outra unidade, recebemos especialista ista, ista, ista, então nós começamos com médicos do trabalho, começamos com intensivista, anestesistas, cardiologistas, então foi uma expectativa e depois um choque. Das Capacitações oferecidas, não faço avaliação excelente não, acho que a gente esta precisando muito melhorar essa questão de formação, da educação permanente. Primeiro que os setores acho que eles não se juntam para se falar, então é uma oferta alucinada que desorganiza muito o nosso trabalho. O introdutor eu fiz tb. Ele da conta de te falar assim, cara é pra isso que você veio, mas ele te assusta porque você ver que é um mundo grande e você não esta tão preparado pra isso. No começo que a gente percebia. As capacitações eram muitas e ao mesmo tempo sem ter uma avaliação mais organizada e se agente estava trabalhando com profissional com pouca experiência profissional não retornava com aquele cunho de multiplicador, ou com aquele desejo de implementar o conhecimento do curso, eu tinha que ficar futucando. E a capacitação no momento estava chamando muito, mas tinha mais um caráter informativo do que um estímulo para além de formar botar essas pessoas para refletirem a que vieram. O que é estratégia saúde da família. Quando você me pede essa avaliação eu venho desde o começo e hoje isso esta melhorado.</p>	<p>Grande surpresa com profissionais despreparados. Profissionais repetindo ambulatório mal feito. Grupo ACS bons e comprometido. Não faço avaliação excelente precisamos melhorar São necessárias capacitações ao mesmo tempo, mas uma avaliação mais organizada. O profissional implementa conhecimento e um multiplicador</p>
B/G	<p>Eles chegam sem conhecimento sobre o trabalho da Estratégia. Chegam muito crus. A percepção é de que o profissional não vem preparado. A capacitação do profissional é boa mas é lenta diante da necessidade do serviço. As vezes as chamadas são aceleradas e o ritmo também na ponta é muito acelerado e não dar para acompanhar. Têm algumas confusões, assim alguns atropelos. Todo treinamento que tem a gente vai incluindo profissionais. É um trabalho de formiguinha. Reuniões quinzenais para ampliar as discussões de caso e aproximar os profissionais que chegam cru. Alguns temas como Tb e hanseniose ainda são muito teórico, na prática eles ainda ficam muito perdido. Eles não conseguem fazer uma relação da teoria com a prática. Ex um multirresistente de tuberculose, a gente bate na cabeça naquilo e quando chega na hora de tratar eles não sabem. Com a expansão abriu a porta e agente não consegue acompanhar o crescimento da demanda. Mas também avalio que em alguma parte que é do profissional e eu não vejo muito interesse ou pouco tempo para</p>	<p>Os profissionais chegam com conhecimento despreparados. A capacitação oferecida é boa mas tem atropelos e ritmo da ponta. A necessidade maior do que oferta. Há um desinteresse do profissional em melhorar a formação. Os cursos tem distanciamento a teoria e a prática</p>

	<p>estudos e leituras. As vezes envio informações por e-mail, artigos, fluxos e eles dão ci mas não fazem efetivamente as leituras. Quando vou perguntar sobre o assunto não sabe tempo livre também as vezes não usam pra isso. Algumas vezes a coordenação também tem tempo de dar todos os cursos. Tem coisa que a gente pensa que eles já sabem e q chega o momento é que a gente vai ver que não sabe.</p>	
C/G	<p>Eu não vivenciei a chegada do profissional, mas posso falar um pouco da avaliação realizamos com o instrumento da OS, que ocorre de 3 em 3 meses e pegamos também instrumento do MS para essa avaliação, e realizamos a avaliação junto com os enfermei as respostas não foram satisfatórias a gente não conseguia ouvir as respostas que a queria. Acho que erram coisas básicas e ai não obtivemos essas respostas, achei muito f conhecimento da equipe. Os profissionais de nível superior, quem esta aqui que já c com uma formação para este trabalho é diferente, mas o pior é que a maioria não vem essa formação, então quando você fala que tem campanha de vacina no sábado, isso problema quando não deveria ser, já que o profissional sabe que veio trabalhar na pública. Que campanhas fazem parte desse serviço. No geral eu percebo um pouco que f compreensão de qual é o meu papel. Qual é o meu compromisso. Os cursos implemen pela CAP, eu avalio como bons, reponde sim ao trabalho. Eles têm o introdutório, Eu que os cursos deveriam ter mais, mais vezes, muitos agentes fizeram o introdutório e mais fez uma renovação, enfim. E ai eu acho que é por causa dessa não renovaçã capacitações que a gente acaba tendo algumas dificuldades no processo de trabalho. Eu p apostila do introdutório, vi eu achei que eram assuntos importantes, era um curso bem capacita mesmo, eu achei que era um curso completo para o trabalho, eu achei que os ass estavam completos para a necessidade do trabalho. Então eu acho que o curso ta legal eles poderiam ter mais cursos. Mais capacitações em mais momentos, variados assir particularmente não fiz o introdutório eu entrei sem fazer</p>	<p>O conhecimento da equipe é fraco. A maioria não formação e não qual o seu papel seu compromisso. Os cursos são responde necessidade serviço. Os cursos dev ser mais frequ ter renovações.</p>
	<p>EIXO II – Quanto ao Processo de Trabalho na ESF - Objetivo: Conhecer a avaliação da gerência sobre o processo de implantação e o trabalho desenvolvido no território.</p> <p>1- Você conhece como se deu o processo de implantação desta USF e qual a metodologia usada para fazer a adscrição da clientela e delimitação do território?</p> <p>2- como a gerência conceitua território para o trabalho da estratégia saúde da família?</p> <p>3- como a gerência avalia o manejo dos profissionais da ESF com a categoria território?</p>	
A/G	<p>Para organizar o processo de implantação, acho que essa unidade teve um diferencial ni</p>	<p>Processo implantação</p>

	<p>que foi muito bacana, eu fiz muitas reuniões com a minha equipe de profissionais, com a comunidade, associação de moradores e com o colegiado gestor. A delimitação do território no primeiro momento foi a CAP que fez sozinha, a delimitação de cada equipe com a comunidade e trouxe pronta pra gente o limite dos territórios e nós fomos em campo com os domicílios, mas dentro da própria comunidade e cada comunidade foi pertencendo a uma equipe. Havia equipe passando de 4000 pessoas e com o novo redesenho, fomos junto com a CAP pra rua e foi possível corrigir essas distorções e nos sentimos mais contemplados com o trabalho que fizemos todo um trabalho de adscrição da clientela e delimitação de acordo com a necessidade do território. trabalhar no território é o grande desafio. É preciso qualificar a equipe para fazer uma visita domiciliar. Nós ainda não estamos preparados para fazer uma VD como deveríamos fazer. Por isso que desde o ano passado a gente voltou pra questão da ficha A, os profissionais ainda vão muito focado numa queixa. Claro que a gente elenca prioridades e vulnerabilidades, mas eles vão naquele ali, se a casa é de um hipertenso eles pensam naquele hipertenso. Eles não vão olhando aquela família como um todo. Olhando pelo lado do trabalhador, eu como diretora fico muito pq ela, coloca muito esse trabalhador em sofrimento. Se a gente não tiver uma retaguarda de apoio, eu faço do meu jeito do meu fazer, mas eu devo pensar mais, de como trabalhar essas pessoas que lidam no território com sofrimento. Então eu ainda não vi a secretaria, a nossa CAP, pensar na gente que trabalha com saúde da família, que forma fazer isso. Eu sei que tem aquele trabalho que vc faz bem, a Roda de terapia Comunitária Integrativa, mas ninguém no Madre Teresa sabe trabalhar Território é vida. Não é território é vivo. É vida tem movimento. Vida tem conflito. A gente segue ela tem um curso. Então assim quem tá dirigindo, quem tá gerenciando, junto com a equipe, tem que estar sempre de olho nesse território. Pq hoje ele tá assim e amanhã amanhã, e tá sempre vendo que amanhã a gente vai na casa de uma pessoa que vive e vem pra gente vai tá encontrando uma pessoa que vive e a gente vai tá recebendo gente que vive. Então território é isso território é o nosso cotidiano de trabalho junto com a vida das comunidades.</p>	<p>discussão e participação de comunidade. Delimitação do território feita pela CAP. Adscrição de cada comunidade de acordo com a necessidade do território. Trabalhar no território é um desafio. É preciso qualificar a equipe para fazer uma visita domiciliar. O trabalho no território é focado numa queixa. Não existe suporte para o trabalhador da comunidade que lida com sofrimentos. Território é vida e tem movimento. Território é o cotidiano junto com a vida das comunidades.</p>
B/G	<p>Eles sempre comentam o que aconteceu e que hoje o tempo é mais corrido eles não têm tempo para fazer um mapa com tranquilidade. Era cobrado um conhecimento maior do território e hoje não. A metodologia usada eu não sei, mas hoje a CAP orienta que a adscrição seja pelo setor censitário. O trabalho no território para algumas categorias tem um desafio maior. Os ACS valorizam muito a presença da equipe técnica no território. O que acontece não acontece. O enfermeiro se programa para ir para o território, que é o turno dele, mas quando de um colega um problema da unidade, ele não consegue sair, porque vem uma demanda bate na porta e se torna prioridade na agenda do território. As vezes agente tem que segurar, e falar vai que a gente vai se virar para poder garantir que ele vá para o território. Eles valorizam a presença da equipe técnica no território. Mas ainda existe uma prioridade na relação aos atendimentos das demandas e não se apropriam do território. E sempre discutem porque a demanda vem? Porque tem pouca presença no território. Temos claramente uma falta de compreensão. Isso é uma leitura que todo mundo tem diante do processo de trabalho</p>	<p>Desconhece a metodologia usada no processo de implantação. Hoje usa o setor censitário. Para algumas categorias o trabalho no território tem valor maior. Os ACS valorizam muito o trabalho no território. A equipe técnica sempre consegue garantir a agenda do território. Território é vida e tem diferencial do trabalho. Informações em</p>

	<p>ainda não se conseguiu organizar o trabalho de maneira que possa planejar as ações no território. Território é o diferencial do nosso trabalho. Eu acredito que diante das informações que temos em loco em tempo real que a gente vai planejar. Como eu tenho uma visão das 20 mil pessoas que estão sobre a nossa responsabilidade eu consigo ver onde precisamos fazer o planejamento familiar ou onde precisamos de ações no cuidado com o idoso e vai. Eu consigo entender onde é prioritário. Vocês não estão chegando aqui.</p>	<p>em tempo permite um planejamento.</p>
C/G	<p>Conheço muito pouco, somente o que eles me falaram do processo de implantação, então sei qual foi a metodologia usada. , eu sei que o nosso território é muito nítido, uma equipe território do mapa, com os quarteirões divididos, ruas divididas e a outra é um processo de invasão, são becos, vielas não tem nem no mapa. E uma área mais vulnerável é uma totalmente diferente da primeira que é totalmente delimitada ao que ta no mapa. Os agentes tem a mesma quantidade de famílias e as equipes também tem a mesma quantidade, aproximadamente 100 a 200 pessoas. Mas é três mil cento e pouca em uma e três quatrocentos na outra. De uma maneira geral eu considero bom esse manejo de todos os territórios, somos uma equipe bem coesa. A gente faz muitas visitas, DOTS . Você sente a equipe fala com propriedade sobre o território. Na hora de desenhar até mesmo no papel eles conhecem bem o território eu acho que é uma coisa, legal da gente aqui. Território local mesmo de trabalho do agente comunitário e é um norteador pra nosso trabalho, as pessoas sabendo como é que ta o nosso território, a gente conhecendo o nosso território a gente pode planejar de fato o nosso trabalho. É o palco do nosso trabalho e a gente fica a vontade e ai a gente tenta e o legal daqui é isso a gente conhece bem esse território e a gente explora bem esse território, e temos como facilitador de ser um território plano.</p>	<p>Desconhece metodologia u Vejo que tem território delimitado e outro é um processo de invasão. Bom manejo profissionais categoria território Território é o local de trabalho do ACS norteador do trabalho para o planejamento</p>
	<p>EIXO III – Quanto ao Processo de Produção da Informação – Objetivo</p> <p>Conhecer qual a compreensão dos gerentes sobre a produção de informação e os instrumentos utilizados nos processos de trabalho.</p> <p>Conhecer a avaliação dos gerentes sobre a comunicação no processo de trabalho.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- como ocorre o processo de produção da informação no seu território de atuação e a quem serve a produção produzida? 2- Quais os instrumentos utilizados pela ESF, para compreender o processo saúde- doença no território? 3- Como você avalia a comunicação entre a equipe, a população e as demais esferas de gestão da ESF? 	
A/G	<p>A Produção de Informação é uma grande fragilidade nossa ainda. . O sistema a gente entrou no mundo inexperiente e ainda pegamos um sistema muito ruim, que foi o alert. A gente</p>	<p>A produção de informação é uma fragilidade. Sistema inexperiente co</p>

	<p>faz mais do que apresenta Então a gente apresentou muito uma coisa e na prática sendo que bom que eu sempre orientei para que continuássemos usando o papel, mesmo reforçando que não seria necessário. Para compreensão do processo saúde –doença, eles usando a ficha A, a ficha B ta fraquíssimo, mas hoje eles já estão com mais compreensão a ficha A neste território, para traçar o diagnóstico e a VD. O nosso serviço tem esse contato gente a gente, no pé onde nós estamos, eu luto muito com minha equipe para que isso não perca. Eles também estão fazendo é a AMQ.. A comunicação dentro do trabalho é difícil, mesmo sendo uma direção que incentiva a participação e tenta dividir muito, assim é complicado. processo de trabalho. A comunicação com a CAP é bacana, eu gosto muito de trabalhar com a CAP , a comunicação flui. Um pedido de socorro pra qual profissional da CAP, de qualquer linha de cuidado, informática, nenhuma solicitação deixar de ser atendida, tá. Qdo não dava pra ser é pq não dava. Mas tb ninguém nunca me desrespeitou como pessoa, ninguém nunca desrespeitou profissional nosso de unidade. Com a secretaria tenho pouco contato. Eu vou a CAP</p>	<p>siab. O prontuário eletrônico aleatoriamente muito ruim. Usamos ainda o papel. Usamos a ficha siab, a VD e a ficha A. A comunicação é difícil, mesmo sendo uma direção participativa. A comunicação com a CAP.</p>
B/G	<p>A produção da informação é com a ficha A, relatórios, fichas de acompanhamento, o processo SIAB. Toda semana trabalhamos o siab. Levantar crianças que tiveram IRA, diarreia, se comunicar com o siab. Hoje agente percebe que a gente andou na evolução do siab. Temos reunião mensal com as lideranças comunitárias, que é um trabalho ainda inicial com participação, mas estamos caminhando. Estas informações são de extrema valia para o território possa mudar e qualidade de vida seja outra. Existe um canal de comunicação aberto. Estou sempre muito disponível, mas para agilizar os processos administrativos, estou estimulando a troca de informações por e-mail como uma possibilidade de agilizar processos de comunicação interna e evitar desperdício de impressão somente para leitura. Embora que a comunicação é sempre um complicador, sempre tem aquele que diz que não sabia, não foi informado. A proposta do e-mail é para que seja mais uma porta e não um distanciamento. Com a CAP temos uma boa comunicação, mas eu sinto que há um distanciamento as vezes da real compreensão do que acontece aqui Unidade de Saúde, por isso a CAP interpreta o local com a visão macro.</p>	<p>Produção de informação com fichas do SIAB, relatórios e reuniões com a comunidade para compreensão e análise do sistema em reunião com a comunidade. Informação para mudar qualidade de vida da comunidade. A comunicação é sempre complicador, sempre aquele que diz que não sabia a visão macro da realidade diferente do que acontece na realidade.</p>
C/G	<p>Produzimos as informações nos contatos com os usuários e usamos as fichas de papel SIAB, A e B tudo direitinho, a gente usa o papel e o prontuário eletrônico. Eu acho que a ficha A e ficha B são importantes pro agente comunitário, pra equipe ter na mão o retrato da sua área e da sua equipe, o que a gente tem de gestante e planejar as ações. O processo de trabalho é todo planejado em cima do que a gente tem ali. Por isso é tão importante que o cadastro esteja atualizado e completo. Com a minha equipe eu tenho uma boa comunicação e o trabalho caminha, não é excelente, mas é um processo que vamos avançando. Temos pouco de dificuldades de comunicação com a comunidade, por que não é muito participativa então assim é marcar reunião de micro área para dar um retorno do trabalho é pra ouvir demandas deles e de uma forma tentar modificar, e ai eu tenho muita dificuldade em relação</p>	<p>Contatos com os usuários. Usamos as fichas do SIAB e o prontuário eletrônico. São importantes para a equipe. A comunicação é boa com a equipe. A comunicação com o usuário é difícil por falta de participação. Boa comunicação com a CAP.</p>

	<p>isso, pq eles não aderem de fato, assim a gente marca a reunião de micro área, poucos v poucos falam o que ta incomodando, o que ta bom o quer ta ruim, o que deve melhora que ta legal o que tem que se mexido. Então essa comunicação com a comunidade as ve um pouco complicada. Eu as vezes fico ali na frente ouvindo, avaliando, bus informação, mas tenho dificuldade em relação a isso. A comunicação com a CAP é ade e por e-mail também é bem tranquila. Eu sou bem recebida e esclarecida quando alguma demanda.</p>	
--	--	--

ANEXO 5

Planilhas de qualificação do CMS MTC, Alemão e João Cândido

CMS MTC

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	
TABAGISMO	
VIOLÊNCIA NA APS	
TERAPIA COMUNITÁRIA	
SHANTALA	
AURÍCULO	
PA-TUAN-CHIN	
REFLEXOLOGIA PODAL	
SAÚDE POP NEGRA	
SAÚDE ESCOLAR	
SAÚDE BUCAL	
PROYE	
BABEL/SAÚDE MENTAL	
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	
OUTROS (ESPECIFICAR)	
	DENGUE/NUDEC
	DENGUE/NUDEC
	DENGUE/NUDEC
	DENGUE/NUDEC
	DENGUE/NUDEC/TEC DE ENFERMAGEM
	DENGUE/NUDEC

CMS ALEMÃO

AURÍCULO	PA-TUAN-CHIN	REFLEXOLOGIA PODAL	SAÚDE POP NEGRA	SAÚDE ESCOLAR	SAÚDE BUCAL	PROVE	BABEL/SAÚDE MENTAL	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	OUTROS (ESPECIFICAR)
									Saúde de Pessoa Idosa
					X		X		Atualização Saúde Coletiva
X									
X									
X									
							X		

CMS JOÃO CÂNDIDO

