

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE**

ITALLA MARIA PINHEIRO BEZERRA

**ESTRATÉGIAS OU TÁTICAS ALTERNATIVAS: PROCURANDO
NOVOS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE
MODELOS ASSISTENCIAIS E PROCESSOS DE TRABALHO**

João Pessoa
2011

ITALLA MARIA PINHEIRO BEZERRA

**ESTRATÉGIAS OU TÁTICAS ALTERNATIVAS: PROCURANDO
NOVOS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE
MODELOS ASSISTENCIAIS E PROCESSOS DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos de Saúde

Orientadores:

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

João Pessoa
2011

ITALLA MARIA PINHEIRO BEZERRA

**ESTRATÉGIAS OU TÁTICAS ALTERNATIVAS: PROCURANDO
NOVOS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE
MODELOS ASSISTENCIAIS E PROCESSOS DE TRABALHO**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

Orientador
(UFPB)

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

Orientador
(UFPB)

Profa. Dr^a. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

Membro
(UFPB)

Profa. Dr^a. Emiko Yoshikawa Egry

Membro
(USP)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

Membro
(UFPB)

João Pessoa
2011

Dedicatória

*Aos meus pais, José Bezerra e Maria Emília,
Que me protegeram por toda essa trajetória com os mais sinceros gestos de carinho e amor.*

*Ao meu noivo Edu,
Que fez dessa distância a mais pura prova do nosso amor.*

*Aos meus irmãos, em especial Larisse,
Que sempre esteve ao meu lado, sendo minha fiel e eterna companheira.*

*À minha prima, amiga e irmã,
Gesiely Pinheiro, por não ter poupado esforços a me ajudar nessa conquista.*

Agradecimentos

Nesses dois anos, estive em um lugar longe daqueles que fazem parte da minha vida, no entanto, a distância apenas aumentou o vínculo que sempre tivemos e me fez perceber que eu tenho A FAMÍLIA.

E eu só tenho a agradecer a todos da minha família por terem feito parte dessa conquista. E nessa trajetória, agradeço a Deus por ter me protegido, guiado e me dado a oportunidade de estar concretizando mais uma conquista da minha história; agradeço por esta família que me proporcionou imensa alegria.

A vocês, painho, mainha,

Agradeço por serem os responsáveis pela família maravilhosa que tenho. Obrigada por acreditarem em mim; pela preocupação, pelas palavras, pelas centenas de telefonemas que me faziam não me sentir sozinha mesmo distante de vocês.

Ao meu amor Edu,

Obrigada por toda atenção e cuidado! Você me fez acreditar que sou capaz, que não existem belas conquistas sem dificuldades; que todas as minhas angústias eram passageiras; que ninguém poderia me atingir com palavras e discursos falsos; sua paciência, seu amor, suas palavras; tudo foi essencial para chegar até aqui.

Aos meus futuros sogros Seu Pedro e D. Selma,

Obrigada pela dedicação e os cuidados que sempre tiveram por mim.

Aos tios,

Em especial, tia Gedilza, tia Olívia, tia Zara, tia Valdênia, tio Deda...obrigada por tudo que fizeram por mim; por terem estado sempre presentes.

Aos primos e amigos,

Em especial, Gesy, Taíla, Milena e Jaina; obrigada pela amizade expressa nos bons conselhos; pela dedicação e companheirismo, mesmo na distância que nos separou; obrigada por não me terem deixado desanimar nos momentos de fraqueza; por terem vibrado nas minhas alegrias e torcerem pela minha vitória!

À eterna amiga e professora Dra. Fátima Antero,

Obrigada pela amizade, apoio, carinho e confiança; a senhora faz parte desta minha conquista. Agradeço por estar presente em minha vida.

À amiga Ana Karla,

Que desde o primeiro momento nunca me desamparou; foi minha companheira em sala de aula; uma a sombra da outra; a dupla dinâmica; as parceiras; a ela agradeço toda atenção e amizade, pois foi a primeira pessoa que me recebeu e não mais me deixou sozinha; e eu não posso deixar de agradecer aos pais dela, seu Arnaldo e D. Girlene, por todo carinho e atenção.

À amiga Kerle,

Sua amizade é muito importante para mim. Obrigada pela atenção, carinho, cuidado; por toda alegria compartilhada; pelos momentos de grande e eterna amizade verdadeira; por sempre ter estado presente nos mais diversos momentos.

Amanda,

Aos poucos uma amizade sincera foi surgindo. Obrigada por toda atenção e carinho.

Aos professores Dr. Eufrásio, Dr. César e Dra. Ana Tereza,

Obrigada por ajudarem a traçar meus objetivos através dos seus ensinamentos; Obrigada pela paciência e compreensão.

Aos professores Dr. Ulisses e Dra Emiko Egry,

Obrigada por aceitarem participar da banca examinadora e pelas contribuições enriquecedoras a minha vida acadêmica.

Agradeço à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde,

Por manter o padrão CAPES no Mestrado de Modelos de Decisão e Saúde.

À CAPES,

Pela disponibilidade da bolsa de estudos.

Agradeço a todos os profissionais médicos e enfermeiros que fizeram parte desta pesquisa.

De volta para casa

*Juazeiro, cidade centenária,
Juazeiro, terra de grande evolução,
Juazeiro, cidade do Padre Cícero,
Que brilha em meu coração.
Todos que vem visitar esse recanto fabril,
Enche de glória e de hospitalidade,
Pois falando a verdade,
É uma grande cidade do Brasil.
Volto, volto para casa, volto para terra,
Volto para o Juazeiro com a certeza do dever cumprido,
Volto para uma grande cidade do Brasil, do Nordeste,
Do Sul do Ceará, do Cariri...
Eu sou cearense, sou brasileira
Sou apaixonada pelo meu lugar
Eu trago no peito um amor verdadeiro
Eu sou da Terra da Luz, eu sou do Ceará!*

José Bezerra/Fagner

RESUMO

Objetivou-se apreender as características dos modelos de atenção à saúde a partir dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros, das equipes de saúde da família dos Distritos Sanitários I e II, do município de João Pessoa-PB, identificando Estratégias ou Táticas alternativas produzidas por esses profissionais. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e inferencial, desenvolvido a partir de abordagens quantitativa e qualitativa, realizado no município de João Pessoa-PB, no período de fevereiro a novembro de 2010. Esta pesquisa foi dividida em duas fases seqüenciais: a primeira contemplou a coleta de dados através de um questionário, aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos I e II, e a segunda, referente à fase qualitativa, conduzida pela entrevista semiestruturada, aplicada aos profissionais de saúde que desenvolveram alguma Estratégia ou Tática alternativa em suas práticas profissionais. Utilizou-se o Teste de Hipótese, como método de Tomada de Decisão e a Técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin (2008), para análise do material empírico, visando à construção das categorias empíricas, representativas de cada elemento do processo de trabalho. Evidenciou-se que os Distritos Sanitários I e II apresentam uma distribuição dos médicos e enfermeiros com semelhanças em relação aos aspectos: formação profissional, tempo de graduação, pós-graduação, área de interesse de pós-graduação e incentivo à educação continuada. Por outro lado foram observadas diferenças com relação ao gênero, faixa etária, área de pós-graduação, tempo de atividade na Atenção Básica, tempo de serviço na Unidade de Saúde, exercício de outra atividade e perfil socioeconômico. Foi evidenciada uma maior proporção destes profissionais implementando atos e ações de saúde característicos dos modelos de atenção Privatista e Sanitarista. Ao analisar características do modelo da ESF, foi verificado que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros, pelo menos no campo da intenção, implementa atos de saúde na perspectiva de consolidar os princípios e diretrizes deste modelo. Quanto ao desenvolvimento de Estratégias ou Táticas alternativas, apenas três profissionais desenvolveram atos de saúde que, embora não sinalizem algo inovador, revelam uma preocupação em superar práticas de modelos anteriores, na perspectiva de mudança do processo de trabalho.

Palavras-chave: Prática profissional; Trabalho; Tomada de decisões.

ABSTRACT

The objective was to understand the characteristics of models of health care from the acts and actions of physicians and nurses, the family health teams of health districts I and II, the city of Joao Pessoa, identifying alternative strategies or tactics produced by these professionals. This is an exploratory, descriptive and inferential, developed from qualitative and quantitative approaches, held in the city of João Pessoa, in the period from February to November 2010. This research was divided into two sequential phases: the first included the collection of data through a questionnaire applied to doctors and nurses of Districts I and II, and the second concerning the qualitative phase, conducted by semistructured interview for professionals health have developed some alternative strategy or tactic in their professional practices. We used the Hypothesis Test as a method of Decision Making and Technical Analysis of Discourse proposed by Fiorin (2008) for empirical analysis, aimed at the construction of empirical categories, representing every element of the work process. It was evident that health districts I and II show a distribution of physicians and nurses with similarities in relation to aspects: training, time undergraduate, graduate, area of interest to postgraduate students and encourage continuing education. Moreover differences were observed regarding gender, age, area of postgraduate uptime in Primary Care, service time at the Health Unit, Office of another activity and socioeconomic profile. The results showed a higher proportion of these professionals implementing acts and actions characteristic of health care models and Privativist Sanitarian. By analyzing the characteristics of the FHS model, it was found that most doctors and nurses, at least in the field of intention, implements health acts with a view to consolidate the principles and guidelines of this model. Regarding the development of alternative strategies or tactics, only three acts of health professionals have developed which, although not flag something innovative, it reveals a concern to overcome practices of previous models, the prospect of changing the work process.

Keywords: Professional practice; Work: Decision-making.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o Gênero. João Pessoa – PB, 2010.	66
Tabela 2- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a Faixa etária. João Pessoa – PB, 2010.	67
Tabela 3- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a Formação dos profissionais. João Pessoa – PB, 2010.	67
Tabela 4- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o Tempo de graduação. João Pessoa – PB, 2010.	68
Tabela 5- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a Pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.	68
Tabela 6- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a área de pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.	69
Tabela 7- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo interesse em pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.	69
Tabela 8- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a Formação complementar. João Pessoa – PB, 2010.	70
Tabela 9- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o tempo na Atenção Básica. João Pessoa – PB, 2010.	70
Tabela 10- Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo Tempo na Unidade de Saúde da Família (USF). João Pessoa – PB, 2010.	71
Tabela 11: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo exercício de Outra Atividade. João Pessoa – PB, 2010.	71
Tabela 12: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo incentivo à Educação continuada. João Pessoa – PB, 2010.	72
Tabela 13: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo Perfil sócio-econômico. João Pessoa – PB, 2010.	73
Tabela 14: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Privatista. João Pessoa-PB, 2010.	75
Tabela 15: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Sanitarista. João Pessoa-PB, 2010.	78
Tabela 16: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo da Estratégia Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2010.	80

Tabela 17: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as Dimensões Assistencial e Educativa. João Pessoa-PB, 2010.....	82
Tabela 18: Associação entre as práticas voltadas para as necessidades sociais e determinantes do processo saúde-doença desenvolvidas por médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.....	84
Tabela 19: Associação entre as práticas voltadas para as necessidades sociais e ofertas dos serviços demandados desenvolvidas por médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.....	86
Tabela 20: Associação entre as práticas voltadas para os determinantes do processo saúde-doença e processo educativo desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.....	87
Tabela 21: Associação entre as práticas voltadas para o processo educativo e esclarecimento e informações pontuais desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.....	88
Tabela 22: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as Estratégias e táticas alternativas desenvolvidas. João Pessoa-PB, 2010.	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Valores Populacionais e Amostrais, segundo Distrito sanitário e profissional. João Pessoa-PB, 2010	61
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONTRUÇÃO DO OBJETO E DO REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Modelos de Atenção à Saúde: conceitos, características e evolução no Brasil	21
2.2 Processo de Trabalho em saúde	34
2.3 Métodos Estatísticos	45
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	57
3.1 Opções Metodológicas	59
3.2 Cenário da pesquisa	60
3.3 Sujeitos da pesquisa	61
3.4 Instrumentos	62
3.5 Etapas do trabalho de campo	63
3.6 Análise dos dados Quantitativo	63
3.7 Análise dos dados Qualitativo	64
3.8 Aspectos éticos	64
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
4.1 Perfil sócio-econômico e de formação de médicos e enfermeiros por Distrito Sanitário	66
4.2 Caracterizando os atos e ações desenvolvidos pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II	73
4.3 Estratégias ou Táticas Alternativas: o processo de trabalho dos profissionais de saúde	90
5 CONCLUSÃO.....	113
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	
Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B- Questionário	
Apêndice C- Roteiro de Entrevista semiestruturada	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação constituiu-se parte do projeto: *Os modelos de atenção à saúde no processo de trabalho profissional*, de autoria dos professores Dr. César Cavalcanti da Silva e Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Integra a linha de pesquisa Modelos de Saúde que se ocupa do estudo de casos e situações na área da Saúde Pública, nas quais há necessidade de tomada de decisão sobre informações e/ou dados, sejam qualitativos ou quantitativos.

O estudo é uma reflexão sobre os modelos de atenção à saúde em processos de trabalho profissional e busca conhecer a realidade das Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB.

Ao longo dos anos, diante da situação de crise do setor saúde no Brasil, vários modelos assistenciais foram experimentados com o propósito de organizar as práticas de saúde, no sentido de proporcionar sustentação processual para atos e ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

Para Paim (2003a), os modelos assistenciais devem ser entendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas de racionalidades diversas que informam a práxis.

André e Ciampone (2007) consideram que o modelo assistencial, ao intervir no processo saúde-doença, tem dimensões políticas, administrativas e técnicas direcionadas aos problemas e necessidades de saúde de uma dada realidade epidemiológica, não sendo apenas um conjunto de práticas, mas também meios para consecuições da política de saúde vigente.

No Brasil, mediada por interesses políticos e econômicos, a história da saúde sempre sofreu muitas alterações até a criação do sistema de saúde atual. De acordo com cada época vivida, surgiam novas necessidades e interesses e com isso as mudanças vem acontecendo gradativamente para consolidação de um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) (PONTES *et al*, 2010).

Assim, todo movimento de reorganização do sistema de saúde do Brasil traz, até os dias de hoje, a construção de novos paradigmas dentro do contexto de políticas e serviços de saúde

(CARDOSO *et al*, 2007), refletindo o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras.

Dessa forma, considerando o contexto histórico, as políticas de saúde no país estruturaram um sistema de saúde, inicialmente mediante um Sanitarismo Campanhista e a implementação da previdência social, que estabeleceram a separação entre saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (1920-1950). Na segunda metade do século XX, instalou-se o modelo Médico-Assistencial Privatista com a privatização, a crise da saúde e a procura de alternativas (1960-1970). Buscou-se a estruturação do sistema de saúde mediante algumas estratégias, e após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do SUS, com a finalidade de organizar os serviços de saúde de acordo com princípios e diretrizes estabelecidos pela Constituição da República (PAIM, 2003a).

Para Malta e Santos (2003), o sistema de saúde percorreu um caminho evolutivo, passando por diversos modelos, refletindo tendências mundiais e diversos momentos de consolidação do capitalismo nacional e internacional, principalmente as tendências hegemônicas. Nesse sentido, as transformações que vieram ocorrendo na sociedade, no campo político-econômico do país, de maneira significativa, ocorreram também no campo da saúde, tanto na compreensão do processo saúde-doença como nas práticas e na organização dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, Villas Boas, Araújo e Timóteo (2008) afirmam que cada vez mais tem-se a necessidade de se intervir no processo de produção de serviços e no trabalho dos profissionais, no sentido de redefinir objetos, métodos e instrumentos, na perspectiva do enfrentamento dos problemas impostos por essa realidade.

Vale ressaltar que romper com as racionalidades que se expressam no processo de trabalho em saúde e na definição da política de saúde no país foi um dos grandes desafios enfrentados pelo Movimento Sanitário, quando, no final da década de 1970, propôs (re)pensar a saúde como intimamente relacionada com as condições e qualidade de vida (GABOIS; VARGAS; CUNHA, 2008).

Nesse contexto, a Reforma Sanitária no Brasil, sendo conhecida como uma estratégia política e um processo de transformação institucional, emergiu como parte da luta pela democracia, alcançando a garantia constitucional do direito universal à saúde e à construção institucional do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009).

No entanto, observa-se que na realidade dos serviços vem-se constituindo em um cenário de experimentação e disputa entre diferentes modelos de atenção à saúde, com

predominância dos modelos hegemônicos, representados pelo modelo assistencial privatista e modelo assistencial sanitaria (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 2003a).

Diante dessa realidade, as transformações do modo de organizar a atenção à saúde vem sendo consideradas indispensáveis para a consolidação do SUS, tendo em vista a necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção, da diversificação das tecnologias de saúde e da articulação das práticas de diferentes profissionais e esferas da assistência (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Para atingir a universalização, a partir da integralidade e equidade no atendimento público de saúde para a população brasileira, o Ministério da Saúde implementou a Estratégia Saúde da Família (ESF), objetivando superar a lógica calcada nos paradigmas que dão forma e sustentam o modelo de saúde tradicional (BRASIL, 1994; 2006a).

Considerando, pois, que a Estratégia Saúde da Família está estruturada na lógica de Atenção Básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, é necessário desenvolver Processos de Trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de atos e ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, Abrahão (2007) considera que a organização do processo de trabalho que busque a ruptura com a dinâmica médica centrada, do modelo hegemônico de organização e forma de trabalho da equipe, requer mudanças nos micro processos de trabalho em saúde.

Nesse contexto, Carvalho e Cunha (2008) revelam que objeto, método, objetivos e estratégias na saúde, variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito e de como a saúde e a doença são compreendidas. A centralidade que os temas da autonomia e produção de subjetividades assumem nesta formulação abrem novos caminhos para a produção de saúde demandando novas estratégias de gestão e novas estruturas organizacionais, pedindo igualmente uma nova concepção sobre a prática e a Saúde Pública.

Assim, partindo-se do pressuposto que uma das principais dificuldades para o desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira e do SUS tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do Processo de Trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial, entende-se que apenas alterando a maneira como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos representados como doença, é que será possível cumprir os

preceitos que garantem direito efetivo à saúde para todos os brasileiros (CARVALHO; CUNHA, 2008).

Em face ao exposto, é preciso trocar velhos por novos hábitos; exercer a criatividade; a reflexão coletiva; o agir comunitário; a participação democrática no sentido de propiciar soluções para cada realidade singular. Por fim, é preciso transformar a prática de saúde em processos dinâmicos, participativos e solidários (PEREIRA *et al*, 2010).

Diante desses aspectos, considerando a importância de refletir criticamente sobre o processo de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e superar práticas ainda características de modelos tradicionais de atenção à saúde hegemônicos, configura-se como um dos problemas a ser superado, com base nos resultados desta pesquisa, a invisibilidade do uso de Estratégias ou Táticas Alternativas às práticas de saúde características dos modelos assistenciais tradicionais hegemônicos, ensaiados por profissionais médicos e enfermeiros lotados nas unidades de Saúde da Família, mas não apropriadamente registrados, documentados e divulgados, por estes profissionais, lotados nos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB.

O estudo se justifica pela necessidade oportuna de se conhecer e dar visibilidade a propostas mais integrais do que os modelos assistenciais institucionalizados, divulgando a existência de Estratégias ou Táticas alternativas gestadas na prática profissional e empiricamente utilizadas durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros).

O objeto de estudo desta investigação são as novas estratégias ou táticas alternativas, utilizadas pelos médicos e enfermeiros da ESF, imersas em seus processos de trabalho nas unidades de saúde da Família.

Busca identificar os atos de saúde no interior do processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros, de cada equipe da ESF, nas unidades de saúde dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa e revelar as bases do cuidado produzido a partir das novas estratégias e táticas, aqui chamadas, estratégias ou táticas alternativas.

A importância do estudo decorre da possibilidade de problematização do processo de trabalho no interior das várias equipes que atuam nas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários I e II, do município de João Pessoa, visando à elucidação destas estratégias ou táticas alternativas, o que possibilitará a troca de informações sobre experiências exitosas e a construção de novos pactos de convivência entre as equipes de saúde no interior dos Distritos.

Atuando em sinergia com o Plano Municipal de Saúde de João Pessoa, estabelecido para o triênio 2006-2009, na busca por mudanças positivas nas práticas de gestão e de atenção a saúde, questiona-se:

- a) Os atos e ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda possuem características de outros modelos de saúde que se pretende superar, desprivilegiando as características da própria Estratégia?
- b) Os profissionais médicos e enfermeiros desenvolvem algum tipo de estratégia ou táticas alternativas, que não estão consignados ou previstos nos modelos assistenciais conhecidos?
- c) As possíveis estratégias ou táticas alternativas poderão impulsionar mudanças nos processos de tomada de decisão nos níveis, local das Unidades de Saúde da Família e no nível central da Secretaria Municipal de Saúde?

Para responder a estas questões formulam-se os seguintes objetivos:

Geral

Apreender as características dos modelos de atenção à saúde a partir dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros, das equipes de saúde da família, identificando estratégias ou táticas alternativas produzidas por esses profissionais.

Específicos

- 1 – Caracterizar as equipes de saúde da família quanto ao perfil socioeconômico;
- 2 – Identificar a proporção de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família nas Unidades de Saúde da Família, quanto aos *Atos e ações de saúde*, relacionando-os segundo Modelos de Atenção à saúde;
- 3 – Identificar a proporção de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, quanto à execução de atos e ações de saúde alternativos aos modelos vigentes;
- 4 – Identificar a proporção de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, quanto ao trabalho nas dimensões assistencial, administrativa e educativa;
- 5 – Verificar a Associação entre características dos Modelos de Atenção à Saúde;

6 – Analisar o processo de trabalho dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família, referente às estratégias e táticas alternativas por eles desenvolvidas.

Construção do objeto e do referencial teórico

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO E DO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Modelos Atenção à Saúde: conceitos, características e evolução no Brasil

As mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, que vêm se intensificando nos últimos séculos repercutem de forma significativa no processo saúde/doença, influenciando na prestação dos serviços de saúde, assim como também na qualidade de vida da população.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em sua diversidade e singularidade, não ficou fora do desenrolar das mudanças da sociedade nos últimos séculos. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006a)

Lucena *et al* (2006) ainda acrescentam que as transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. Esta realidade, onde o controle a esta força aparece como necessário, utiliza-se da saúde como um dos mecanismos capazes de possibilitar essa tarefa. Carvalho (2004) considera que essas transformações têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário.

Para Ribeiro (2007), as propostas de mudanças de modelos assistenciais vêm sendo utilizadas com diferentes conotações, ora pendendo mais para a direção da organização institucional no sentido de viabilizar a oferta de ações de saúde, ora com o sentido de reorientação das práticas redefinindo o processo de trabalho.

Para Merhy *et al* (1997) “Modelo Técnico Assistencial” constitui-se na organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área, assim como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social.

Autores como Silva Junior e Alves (2007) afirmam que o modelo assistencial é considerado o modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

De acordo com Carvalho e Cunha (2008) os modelos assistenciais se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde; estes resultam, entre outros, da coerência

entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde/doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes.

Para Teixeira e Solla (2006), além da concepção fundamentada nos estudos das práticas de saúde, especialmente nos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, pode-se conceber um conceito ampliado sobre modelo de atenção, incluindo três dimensões: uma dimensão gerencial, que se refere aos mecanismos de condução do processo de reorganização de programas e serviços; uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento de relações entre as unidades de prestação de serviços; e a dimensão propriamente técnico-assistencial ou operativa que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho.

Nesse contexto, nessa perspectiva ampliada, uma transformação do modelo de atenção, para ser efetiva, exige a conjunção de propostas e estratégias sinérgicas, nas três dimensões. No entanto, mudanças parciais podem acontecer em cada uma dessas dimensões, constituindo processos que podem facilitar transformações mais amplas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nessa perspectiva, Fleury (2009) afirma que as políticas sociais brasileiras desenvolveram-se, por um período de cerca de oitenta anos, configurando um tipo de padrão de proteção social tendo sido modificado apenas a partir da Constituição Federal de 1988.

Desta forma, a configuração conservadora dos governos que se sucederam no período da transição democrática foi marcada pela rediscussão do papel do Estado, e se traduziram em propostas de novos modelos de políticas sociais (MENICUCI, 2006).

Os sistemas de saúde, as organizações de saúde e suas formas de interagir se mostram diferentes ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que se utiliza para abordá-los (FARIA *et al.*, 2010).

No Brasil, podem-se relatar diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos da história. No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas na luta contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século (febre amarela, varíola e peste). Esse tipo de campanha transformou-se em uma política de saúde pública importante para os interesses da economia agroexportadora daquela época e se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007)

Desta forma, o Estado brasileiro expandiu suas ações de cunho higienista direcionadas para a vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das

endemias que assolavam o país, fazendo-o na forma de campanhas sanitárias, como as promovidas por Oswaldo Cruz para sanear o Rio de Janeiro (FARIA *et al*, 2010).

De acordo com Paim (2003a), este modelo conhecido como Campanhista caracterizou-se por enfrentar os problemas de saúde, mediante campanhas e programas especiais, formas que acabavam por não contemplar a totalidade da situação de saúde, concentrando suas ações apenas no controle de certos agravos ou de grupos em risco de adoecer ou morrer.

Ainda merece destacar que essas campanhas eram frequentemente realizadas de modo autoritário, por meio de estratégias militares para sua implementação, o que não raro levou a verdadeiros levantes populares, como o ocorrido no Rio de Janeiro no início do século XX, conhecido como a Revolta da Vacina (FARIA *et al*, 2010).

As campanhas são ações de caráter temporário e que requerem de mobilização de recursos e de uma administração centralizada, de caráter informativo à comunidade. Nos dias atuais, são realizadas e vistas como um mal necessário no enfrentamento de problemas que não foram resolvidos por meio das atividades usuais (PAIM, 2003a).

No que se refere aos programas especiais que acontecem de forma individualizada e centralizada, possuem objetivos definidos e são mais permanentes que as campanhas, no entanto quando geridos verticalmente, propiciam conflitos na ponta do sistema pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde (PAIM, 2003a).

Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento da massa de trabalhadores urbanos, os movimentos sociais organizados iniciaram as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Os trabalhadores organizaram, junto às suas empresas, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), regulamentadas pelo Estado em 1923. A assistência médica individual vai tornando-se questão de Saúde Pública, o que leva a sua progressiva institucionalização; esta era assumida como atribuição central permanente e obrigatória, incluindo com a distribuição de medicamentos, mas sempre dependendo da capacidade financeira da CAPs (SILVA JUNIOR; ALVES 2007; PAULI, 2007).

Assim, a partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuação com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros. Esses programas eram organizados baseados nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia sem levar em conta aspectos sociais ou mesmo a variedade de

manifestações do estado de saúde de um ser de acordo com a região e/ou população e, por isso, denominamos Programa Vertical (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007)

Estes mesmos autores afirmam que neste modelo instituído a partir da década de 1930, quando se estruturaram as redes estaduais de saúde, a assistência era voltada para os segmentos mais pobres da população. Os segmentos mais abastados procuravam o cuidado de sua saúde nos consultórios médicos privados. Naquela década, era de Getulio Vargas, as CAPs, criadas nos anos 1920, transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho.

Vale ressaltar que, embora as CAPs sinalizassem o início da substituição do modelo campanhista, as Caixas só atendiam a grupos específicos da população trabalhadora inserida no mercado formal (BALESTRIN; BARROS, 2009).

A partir de 1950, ao se formular as políticas de substituição de importações, objetivando promover a industrialização do país, houve o deslocamento do pólo dinâmico para os centros urbanos, gerando uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelos sistemas de saúde: garantir mão-de-obra saudável para a indústria, atuando agora sobre o corpo do trabalhador, na manutenção e restauração de sua capacidade produtiva e não mais tendo como alvo principal os corredores de circulação de mercadorias exportáveis (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Nesse contexto, as ações de Saúde Pública predominavam sobre a assistência médica individual. Houve uma grande mudança na assistência com a construção de hospitais, atendendo a necessidade de uma crescente indústria de equipamentos médicos e de medicamentos, desvalorizando o atendimento dos sistemas de unidades básicas de saúde que está posto até os dias de hoje. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, encarregado de atividades de educação sanitária, inspeção médica de estrangeiros, trabalhos com crianças e gestantes (PAULI, 2007).

No período da democracia populista (1946 - 1963), a expansão do sistema de seguro social passa a fazer parte do jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes, beneficiando de forma diferencial os grupos de trabalhadores com maior poder de barganha, fenômeno este que ficou conhecido como massificação de privilégios e implicou o aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário (FLEURY, 2009).

No período que iniciou em 1964, institucionalmente os IAPs foram substituídos por um único instituto, o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), significando uma

uniformização dos benefícios, em uma Previdência concentrada e em um crescimento da demanda dos serviços médicos em proporções superiores à capacidade de atendimento disponível nos hospitais e ambulatórios dos antigos Institutos de Previdência (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Em 1968, com a criação do Plano Nacional de Saúde, passou-se a privilegiar a prática médica, curativa, assistencialista e especializada, praticamente abandonando as medidas de saúde pública, de interesse coletivo, com base na prevenção. Assim, esse Modelo que ficou conhecido como Modelo médico-assistencial privatista vigorou de forma hegemônica de meados da década de 1960 até meados dos anos 1980, sendo introduzido paralelamente ao modelo campanhista num movimento crescente de integralização e universalização da Previdência Social (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Nesse contexto, este Modelo Privatista caracteriza-se por voltar-se para indivíduos que na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procura os serviços de saúde por livre iniciativa, deixando de ser assistidos aqueles que possivelmente não buscam os serviços de saúde, uma vez que não necessitam. É centrado na demanda espontânea, predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral com a comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população (PAIM, 2003a).

Nos meados da década de 1970, a luta pela democratização das políticas adquire novas características e estratégias. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Toda essa efervescência democrática intensifica-se na década de 1980 através do surgimento de um rico tecido social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento Sanitário (FLEURY, 2009).

Para Silva (2007), na década de 1980 tem-se no espectro político, por meio da mobilização de parte da sociedade civil brasileira, a organização de um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e um dever do Estado. Nesse sentido, principiava-se a deslindar as dimensões sociais, políticas e econômicas da prática médica e das medidas na área de saúde. Em suma, retira-se a saúde da esfera estritamente técnica e rompe-se a dicotomia prevenção-cura na construção desse novo objeto de estudo e atuação.

Nesse contexto, as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do Bem-estar Social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. A construção de um projeto de reforma sanitária foi

parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social (FLEURY, 2009).

Assim, no contexto da saúde brasileira, mais especificamente no que diz respeito às suas políticas norteadoras, observou-se uma proposta de mudança de paradigma relacionada aos modelos assistenciais, com o advento da Reforma Sanitária, que propôs novos conceitos que foram firmados na Constituição Federal de 1988, através do Sistema Único de Saúde (SUS), em seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (LUCENA *et al*, 2006).

A Reforma democrática que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988 foi duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado (FLEURY, 2009).

Pode-se destacar que o sistema de saúde do Brasil, enquanto proposta e aparato jurídico-legal é, sem dúvida, um dos mais avançados do mundo, no entanto quando se contextualizam as dimensões sócio-culturais, políticas e econômicas na qual esse sistema se concretiza, surgem contradições, destacando-se as correlações de forças neoliberais e o papel do Estado, como provedor de direitos para uma massa cada vez maior de excluídos (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

O pensamento neoliberal difundido nas duas últimas décadas do século XX preconizava não somente a saída do Estado de todas as atividades produtivas e intervencionistas, mas também um processo de privatização e de desregulamentação generalizado. O processo de privatização se justificava devido à grande participação do Estado na Economia no período pré-1980, enquanto a desregulamentação favoreceria a “liberdade” de atuação das empresas privadas, estimulando-as ao investimento, e conseqüentemente ao crescimento econômico (PEREIRA, 2004).

Ainda, este mesmo autor afirma que não se deve esquecer que a privatização abre espaço para a transferência de segmentos, que normalmente contava com a participação do Estado (educação, saúde etc.), para o setor privado da economia. Esse fato provocou crescimento na dependência da população para com o mercado, gerando insatisfações, principalmente para os mais pobres que se tornaram mais excluídos e menos atendidos em seus direitos sociais.

Funhrmann (2004), destaca que o povo brasileiro naquele período lutava pela participação popular nas decisões políticas e pela democratização e politização das relações sociais. As ideias neoliberais, principalmente as de igualdade e liberdade, sinalizaram à

sociedade brasileira a possibilidade de viver a democracia, tanto na política do País como na vida cotidiana. Visto dessa perspectiva, a proposta neoliberal dos anos de 1980, apesar da orientação eminentemente econômica, continha no subtexto do seu discurso aquilo que a sociedade humana perseguia desde os primórdios: a liberdade e a solidariedade.

Ainda acrescenta o autor que os movimentos organizados da sociedade civil buscavam por direitos de cidadania e por uma sociedade mais livre, igualitária e solidária. O clássico movimento operário que se opunha ao Estado e girava em torno de reivindicações econômicas, cedeu espaço para os novos movimentos sociais cujas lutas se articularam aos interesses ético-morais, buscando a revalorização da vida em sociedade.

Diante desse contexto, para Cohn (2008), as principais características do sistema de saúde brasileiro de hoje tem raízes ainda no início do século passado e são fruto de uma política do Estado; não de um Estado nacional, já que este se constituiu após os anos de 1930, nem de uma política propriamente de saúde, mas da ação de um poder central, exercido pelas oligarquias regionais, que instituiu norma de regulação social da relação entre capital e trabalho, isso numa época em que a sociedade e a economia brasileira estavam passando por profundas mudanças.

Nessa perspectiva, Funhrmann (2004) ao discorrer sobre neoliberalismo, cidadania e saúde, considera que ainda é possível argumentar que o acoplamento estrutural entre a sociedade civil e as novas propostas políticas e econômicas, em especial da década de 1980, permitiu uma democratização do espaço social no Brasil, que oportunizou forjar as bases de uma nova cultura política. Essa nova cultura política, que colocou a sociedade civil em diálogo direto com o Estado, se fez sentir particularmente no setor da saúde pública, exercendo influência significativa no processo de reorganização da saúde pública no Brasil.

Desta forma, é interessante sublinhar que decorrente dessa nova cena política e conseqüente processo democrático instaurado no Brasil, a nova legislação brasileira do final dos anos 1980 passou a orientar um novo modo de fazer saúde pública no País, destacando assim o movimento da Reforma Sanitária como marco inicial da reorganização da saúde do país. Nesse contexto, foi nesse movimento que expôs, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, considerada um marco nesse movimento, um conceito ampliado de saúde, segundo o qual, esta seria decorrente de condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (SANCHEZ; MINAYO, 2006).

Para Pauli (2007), a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foi um evento político-sanitário de grande importância devido ao seu caráter democrático e ao processo

social estabelecido, com a ampliação dos debates com as esferas estaduais e municipais. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária, presente neste debate, tinha como aspectos principais o aprimoramento do conceito ampliado de saúde, da saúde como direito da cidadania e dever do Estado e a necessidade de instituição de um Sistema Único de Saúde.

Assim, o Ministério da Saúde afirma que na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade da criação de políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir alternativas saudáveis para a população (BRASIL, 2006a).

Corroborando com as ideias do Ministério da Saúde, Vasconcelos e Pasche (2008), consideram que a incorporação de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais e biotecnológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, buscou superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração do sistema de saúde e na conseqüente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação.

Como visto, o modelo de atenção à saúde no Brasil veio sendo historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença. No entanto, o rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional de criação e implantação do SUS, uma vez que modelos anteriores não respondiam aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo novos princípios emergiam da sociedade como apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005)

Desta forma, nesta época de reorganização da saúde do Brasil a partir de um novo sistema de saúde, o país teve, assim, uma política de saúde claramente definida constitucionalmente no sentido de política social, como política pública, implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídicos, político-institucional e técnico-operativo. Entretanto, a natureza, complexidade e abrangência dessas mudanças e suas implicações em termos de situações e interesses existentes, associados a um momento político de período final da “Nova República”, processo eleitoral e eleição do

Governo Collor, não comprometidos com as teses centrais da reforma sanitária, dificultaram a implementação dessa nova política de saúde (ALMEIDA, CASTRO, VIEIRA, 1998).

Diante dessa realidade política, vale destacar que os fundamentais legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. No entanto, sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as Leis 8.080 e 8.142, nas quais se destacam os princípios organizativos e operacionais do sistema, tais como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, um sistema regionalizado com base municipal e o controle social e, por sucessivas leis, que desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Ainda os autores acima citados, afirmam que a operacionalização do sistema também se orienta pelas resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas do governo, e das normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde com base nos acordos estabelecidos na negociação tripartite, entre os setores municipais, estaduais e federais.

Ressalta-se que são incorporados, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), os princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Destaca-se a *descentralização* com ênfase na municipalização da gestão e dos serviços e ações de saúde como a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema Único do Brasil. A descentralização da gestão do sistema de saúde é tida como uma das experiências mais bem-sucedidas de descentralização no campo da gestão pública no Brasil, pelas características e dimensões em que foi operada. A municipalização foi impulsionada com o estímulo aos municípios e aos estados a assumirem responsabilidades de gestão, de modo gradual (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

Contudo, os mesmos autores acreditam que a descentralização, não se esgota na municipalização, e o processo de regionalização da saúde é uma diretriz há muito defendida pelos que propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde. Seu objetivo é distribuir de forma mais racionalizada equânime os recursos, assistenciais no território, com

base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma a garantir acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Com a ideia de *hierarquização* os serviços devem oferecer tecnologias, complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade dos usuários. Em uma dimensão política, os setores do governo e da sociedade devem articular-se intersetorialmente em políticas que promovam a saúde e previnam agravos (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

A *universalização* assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema. Além da universalidade dos serviços, incluí-se o princípio da *equidade* nas ações e serviços de saúde, buscando-se assegurar prioridade do acesso aos grupos excluídos e com precárias condições de vida, considerando as desigualdades de condições decorrentes da organização social (VASCONCELOS; PASCHE, 2008).

O princípio da *integralidade* consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. Assim, o SUS deve atender as necessidades oriundas de todos os níveis de complexidade do sistema, por meio de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à reabilitação (MATTOS, 2004).

Para Machado *et al* (2007), o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Nesse sentido, entende-se por integralização a articulação das equipes de profissionais e a rede de serviços no intuito de garantir a oferta de intervenções em promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação dos doentes (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Para Pauli (2007), sua concretização depende de uma articulação entre a micro e a macropolítica, dependente da articulação entre os serviços e ações setoriais e intersetoriais. Assim, o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços municipais é uma das condições para que haja garantia da integralidade da atenção no sistema de saúde.

Assim, percebe-se que o SUS foi idealizado para que houvesse uma reestruturação no modelo de assistência até então efetivado, de modo que fosse distinta a avassaladora dicotomia entre práticas curativas e preventivas. A mudança deveria contemplar uma

reestruturação organizacional das equipes e serviços de saúde, com objetivo de maior aproximação com a clientela, com capacidade de resolução de problemas apresentados (CAMPOS, 2003). Para Ermel e Fracolli (2006), com a implantação do SUS, no final da década de 1980, os serviços públicos de saúde passaram por um processo de revisão do modelo assistencial de maneira que, novas práticas se instituíram e outras foram abandonadas.

Segundo o Ministério da Saúde, o SUS é considerado uma das ações de relevância pública, com intuito de interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira, cuja concepção estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar os compromissos do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o com o direito a cidadania (BRASIL, 2007).

Há de se ressaltar que um modelo de saúde que atende apenas à demanda espontânea utiliza de modo ineficiente os recursos, além de produzir baixos impactos sobre os dados epidemiológicos. O modelo de atenção devidamente adequado ao meio social e sanitário que se propõe, fundamentado histórico/culturalmente, deve ter como objetivo dessa intervenção sobre o processo saúde/doença desta comunidade (PAULI, 2007).

Nesse sentido, deve-se ir à busca de novos mecanismos que convirjam na superação de dificuldades inerentes à essa realidade social, no sentido de viabilizar a regulamentação/financiamento dos serviços de saúde e na construção de modelos assistenciais favorecedores da efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema este, vigente no país (PRADO; FUGIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, a ESF visou à mudança de modelo assistencial e a organização da área básica tendo como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Vale salientar que Atenção Básica tem a Saúde da Família, como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1994; 2006b).

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 e a manutenção da saúde. Devendo ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essas populações (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a Equipe de Saúde da Família, composta por uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros, é responsável pela adscrição da clientela realizando o cadastramento e acompanhamento da população, no intuito de atuar na efetivação dessas ações de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde, a ESF visa à reorganização da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, devendo ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006b).

De acordo com Scherer, Marino e Ramos (2005), os documentos do Ministério da Saúde têm abordado a ESF como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com potencial para provocar importante reordenamento do modelo de atenção vigente. Nesse sentido, a operacionalização da ESF não se coloca como uma tarefa simples, o que sugere a necessidade de compor uma equipe com capacidade de articular as diversas políticas sociais e recursos, de maneira a contribuir para a identificação das causalidades e das multiplicidades de fatores que incidem na qualidade de vida da população, bem como em relação à democratização do acesso e universalização dos serviços de saúde. Nesse sentido, para que as novas ações sejam realizadas pressupõem-se mudanças nas abordagens do indivíduo, da família e da comunidade.

No entanto, é importante que se esteja consciente de que para compreender o modelo de atenção à saúde, denominado ESF, deve-se considerar que para cada comunidade específica é uma ESF distinta, isto é, a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção básica familiar proposto. Desta forma, pode-se considerar que essas divergências podem variar de acordo com o tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromissos dos gestores, estabilidade de financiamento e o nível de emponderamento comunitário (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2008).

Vale considerar que a atenção básica à saúde desempenha um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população. Mas não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa idéia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelo resultado das ações de saúde e pela vida das pessoas (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Os autores ainda complementam que a maior parte das propostas tecnoassistencias desenvolvidas para o SUS centram-se na reorganização da atenção básica. Mas é fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde. Uma mudança importante será desenvolver práticas humanizadas de acolhimento de pessoas na atenção hospitalar, tais como a incorporação da presença de acompanhantes e familiares na internação.

Diante dessas mudanças de modelos assistenciais ocorridos e que ainda ocorrem nos serviços de saúde do Brasil, é relevante destacar que admitir a ESF como forma de reorientação do modelo assistencial significa romper com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, bem como adotar novas tecnologias de trabalho, fazendo-se necessário, um amplo entendimento do processo saúde-doença e do cuidado integral, o que contribuirá para a efetivação da transformação do processo de trabalho dos profissionais de saúde (ALVES, 2005).

2.2 Processo de Trabalho em saúde

Entender as práticas dos profissionais de saúde implica contextualizá-las nas políticas sociais e da saúde, uma vez que as modificações decorrentes dessas políticas afetam de maneira significativa tanto no processo saúde/doença como nas práticas e na organização dos serviços de saúde.

Como visto anteriormente, a democracia passa por novas propostas de reestruturação das sociedades nacionais e é marcada pelo discurso neoliberal cujos ajustes estruturais indicam alteração da organização do Estado e deslocamento da dinâmica do desenvolvimento social para o mercado. Essa realidade se reflete nas políticas públicas, que como instrumentos da democracia para a consecução de objetivos de governo, orientam ações definidas no âmbito do Estado e da sociedade. Tais políticas, visam atender uma necessidade específica, que se expressa no plano coletivo, mas exige sua conscientização no plano dos indivíduos e sua organização social primária que são as famílias e as comunidades (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007).

Para Mininel (2006), essas políticas, atualmente, são resultados de um processo histórico e evolutivo, desenvolvido paralelo e dependentemente ao contexto político-econômico de cada época. A constituição dessa evolução só foi possível por meio dos atores sociais que compunham a sociedade em cada período específico e, ainda hoje, constituem em agentes de mudanças da sociedade.

A autora complementa que o ser humano, entendido neste contexto como um ser capaz de exercer mudanças na realidade, viabiliza seus *status* mediante o trabalho, como modo de inserção na comunidade. Acrescentando que a relação do homem com a natureza ocorre por meio do trabalho (MARX, 2008). Para Marx (2008), o trabalho é definido como sendo um processo participativo entre o homem e a natureza, no qual o homem transforma a natureza mediante o uso de sua força e do controle sobre os instrumentos de trabalho.

O autor identifica e explica sobre o processo, a partir da relação entre três elementos: 1) a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Para Silva *et al* (2004), a articulação entre esses elementos compõe a processualidade, como momentos essenciais, na transformação e produção de algo novo. É nesse sentido, que o trabalho permite ao ser humano afirmar-se como sujeito, por seu potencial transformador da realidade e de si mesmo, quando, ao produzir objetos, conceitos e valores, ele encara

contradições e altera sua realidade objetiva e subjetiva, estando com isso, também, produzindo a história.

Peduzzi (2007) ressalta que é necessária a compreensão desses elementos que são a dinâmica nuclear com base na qual se contemplam outras dimensões do processo de trabalho e o trabalho em saúde. Para esta autora, o objeto de trabalho vai ser transformado por meio da ação do trabalhador, no entanto, ele não vai estar disposta na natureza ou na vida social como objeto natural dado, mas vai depender do reconhecimento de sua potencialidade para tal olhar do trabalhador, com base em um saber.

No que se refere aos instrumentos de trabalho, estes ampliam a possibilidade de intervenção sobre objeto, e isso, requer a possibilidade de antever e sintetizar as características do próprio objeto e do produto que resultará na sua aplicação. A mesma autora expõe que a finalidade de trabalho se refere ao fim a que se dirige as ações ou atividades que compõe o processo de trabalho (PEDUZZI, 2007).

Para Silva e Barros (2005), com base na relação dos três elementos considerados por Marx (2008) como constituinte do processo de trabalho, o trabalho em saúde pode ser entendido como uma categoria sociológica de análise por sua condição de prática social, na qual o saber sobre o processo de viver, adoecer e morrer constitui-se em um dos elementos do seu processo de trabalho (instrumento), expressando não apenas as soluções técnicas pertinentes ao trabalho, mas, indicando também de que forma o ser humano se organiza na produção e reprodução da sua existência.

Deste modo, considera-se a importância de compreender o trabalho em saúde a partir dos elementos que o constitui, contudo, entende-se que os contextos políticos e econômicos são fortes influentes nas relações de trabalho. Sobre esta realidade, Mininel (2006) destaca que o contexto atual marcado pela hegemonia capitalista, de traço neoliberal somado a inovação tecnológica constante e compulsória delineou um cenário de bastante conflito para as relações de trabalho, já que a teia de emaranhados que compõe o setor de produção tornou-se mais vulnerável às tendências e decisões políticas. Esta realidade tem afetado, de forma bastante significativa, o papel desempenhado pelo trabalhador no seu ambiente de trabalho, percebendo-se como mero instrumento, gerando uma desigualdade em relação às expectativas dos trabalhadores e do trabalho.

Nesse sentido, de acordo com Mello, Fugulin e Gaidzinski, (2007) a busca incessante por melhores métodos e processos de trabalho, objetivando manter uma relação favorável de custo/benefício, mostra a produtividade como uma dimensão que está presente em qualquer

tipo de atividade, seja qual for o setor. Inseridas no sistema de produção e, mais especificamente, no setor terciário da economia, encontram-se as organizações de saúde.

Nesse contexto, as organizações de saúde, como qualquer outro tipo de organização, necessitam de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as tomadas de decisão relacionadas ao controle de custos. Esse controle vem possibilitar medidas de ajuste e de correção para a melhoria da qualidade, aumento da produtividade e otimização de recursos (MELLO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2007).

Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que ocorre no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os serviços de saúde é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza, há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (MERHY; FRANCO, 2003).

Como visto anteriormente, para transformação do modelo de atenção a saúde, considerando as dimensões gerencial, organizativa e operativa, assim referenciado por Teixeira e Solla (2006), deve-se acontecer nessas três dimensões, entretanto, uma transformação em qualquer uma dessas dimensões, pode facilitar transformações mais amplas. No entanto, para estes mesmo autores, tudo isso é necessário, mas não o suficiente, pois também essa transformação exige a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, tanto no que se refere aos seus propósitos e finalidades, como também nos seus elementos estruturais, isto é, no objeto de trabalho, no perfil dos sujeitos e nas relações estabelecidas entre eles e os usuários dos serviços.

O processo de trabalho em saúde não pode se limitar à polarização entre aqueles que “o produzem” (trabalhadores de saúde) e aqueles que “o consomem” (usuários dos serviços), uma vez que se constrói na relação destas pessoas um processo permanente de inter-relação com a sociedade em que vivem, seu modo de produção, seus valores, costumes, sentimentos, razões, que estão em movimento, entre luta de opostos, estão se cristalizando e se modificando ao mesmo tempo (VANDERLEY; ALMEIDA, 2007).

Ao referenciar Pires (1998), esses mesmos autores afirmam que na produção em saúde, o trabalho representa um componente de maior complexidade, pois é um fator de produção

que não existe por si mesmo, mas sim, agregado aos agentes que o realizam, que são seres dotados de emoção e vontade, inseridos em uma organização, assumindo papéis de verdadeiros arquitetos na construção da prática diária. Os serviços de trabalho, de um modo geral, possuem uma característica bastante peculiar que é a de serem consumidos no momento da produção. Essa característica é especialmente retratada no trabalho assistencial em saúde, que é prestado diretamente do produtor ao consumidor, ou na forma de trabalho coletivo prestado por instituições públicas e/ou privadas.

Nessa perspectiva, entendendo modelos assistenciais como uma forma de organização na produção dos serviços de saúde, Merhy e Franco (2003) consideram que esta produção está associada aos processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos, em que ao mesmo tempo em que constroem um novo processo de trabalho em saúde, re-interpretam as relações com o mundo de trabalho e a produção do cuidado, envolvendo com a defesa da vida.

Como visto, na última década do século passado e no limiar do século XXI, os paradigmas da saúde do Brasil foram sendo delineado em decorrência da estruturação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da implantação de uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal realidade vem implicando em novos hábitos de trabalho, os quais devem ser compatíveis com as transformações, exigindo a mudança na profissão.

De acordo com o Ministério da Saúde, a ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva, Ribeiro, Pires e Blank (2004) revelam ser essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho qualificado para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não-realização de um trabalho focado nesses dois olhares, na ESF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à

referida proposta. É essencial que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação.

Conforme Pauli (2007), os elementos organizados num trabalho intersetorial, com vistas ao processo saúde/doença, considerando o conceito ampliado de saúde, levariam as intervenções nas dimensões de ações de promoção da integralidade, melhorando as condições de saúde da população. Atualmente, os movimentos sanitários e de promoção da saúde vem deslocando através do tempo, o foco da atenção do indivíduo para a sociedade, do assistencialismo individual para a prevenção e integralidade de atenção a saúde, que fundamentam a Constituição brasileira. Esse enfoque exige, atualmente, ações coordenadas e interdependentes, pois os segmentos sociais estão distanciados dos processos administrativos e os esforços por uma atenção integral à saúde e por trabalho intersetorial estão aquém dessa necessidade nos municípios.

Tendo em vista que a principal mudança com a proposta da ESF é no foco de atenção, deixando de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação, é interessante aprender a lidar com este novo recorte, tomando agora a família como objeto de trabalho, identificando instrumentos e saberes que permitam transformar a prática assistencial em direção a uma prática pautada nos princípios éticos e morais e levando a uma maior autonomia dos usuários (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Assim, destacando a questão da integralidade, no sentido do conjunto de serviços, emerge o trabalho, ou o que se quer do processo de trabalho das equipes de saúde da família. Na realidade, o que se espera é que seja discutida a importância de ser operado pela via transdisciplinar. Entretanto o que tem prevalecido no interior das equipes são recortes multidisciplinar ou interdisciplinar, que enfocam uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento das ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status quo* de cada corporação profissional que compõe a equipe de saúde da família (ABRAHÃO, 2007).

A equipe *multidisciplinar* se destaca por ser uma equipe que desenvolve um trabalho fragmentado, através de uma investigação isolada por diferentes especialidades, já a *interdisciplinar*, mesmo trabalhando em torno de profissionais com diferentes especialidades, existe uma sobreposição de uma especialidade com a outra (PORTO; ALMEIDA, 2002). Para Lemos, Reineiros e Morais (2006), um trabalho *transdisciplinar* envolve relações profissionais em prol de uma assistência holística e integral, sem fragmentação; é uma relação de articulação entre as diferentes categorias de profissionais, considerando cada profissão

como um distinto coletivo de pensamento, com suas regras e formações específicas (SAUPE, 2005).

Em face do exposto, diante da perspectiva da ESF em propor uma assistência integralizada, deve-se acabar com o corporativismo e o individualismo que equipes interdisciplinares constroem. Para tanto, no sentido de trazer a integralidade na assistência das equipes da família, Lemos, Reineiros e Morais (2006) defendem que a transdisciplinaridade representa uma experiência desafiadora no âmbito do trabalho em equipe, que inclui a tolerância, o respeito, a superação da verticalização de poder para uma situação de maior equilíbrio entre as práticas e ações profissionais.

Assim, corroborando com as ideias dos autores acima citados, Gomes e Pinheiro (2005), afirmam que a heterogeneidade de práticas é essencial para a eficácia das equipes de saúde, na medida em que existam pontos de intersecção e que suas interfaces sejam valorizadas. Ao complementar esses autores, Carvalho e Cunha (2008) salientam que para pensar no trabalho em equipe, pode-se começar comparando-o a uma corrente, cuja eficácia depende de todos os elos. Para a rede básica de atenção é proposta a criação de equipes que se responsabilizem pelos problemas de saúde da população de uma dada área de abrangência, que vão variar em sua composição de acordo com os projetos sanitários e realidades locais.

Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingí-los. Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Nesse sentido, Gomes e Pinheiro (2005) consideram que os saberes dos diferentes profissionais devem estar articulados com as necessidades dos usuários, que determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, a sequência e a intensidade de suas participações, como também devem estar fundamentadas no tripé, acolhimento, vínculo e escuta.

Compreende-se por acolhimento a plasticidade do projeto de atenção prestada a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário. Tem por finalidade facilitar o acesso do usuário aos serviços e desencadear processos que apontem para mudanças nos modelos assistenciais e de gestão existentes (CARVALHO; CUNHA, 2008).

Os autores ressaltam ainda que mediante o acolhimento, tem sido possível, em muitas situações, diminuir a demanda reprimida na rede básica evidenciada pelas grandes filas, pelas reclamações cotidianas, pelo grande fluxo aos serviços de atendimento de pacientes de problemas emergências e pelas queixas da população.

O acolhimento, enquanto agir, pode permear os processos relacionais em saúde, distanciando-se de atendimentos puramente tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este seria o deslocamento fundamental operado pela própria noção de acolhimento. É um instrumento importante no estabelecimento de um vínculo, que começa no momento em que a pessoa chega à instituição em busca de atendimento. O conceito de vínculo é concebido como processo de vinculação, sendo um movimento constante em direção ao estabelecimento ou ao estreitamento de uma relação contempladora de sentimentos de mútua confiança (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Ainda para estes autores, este conceito, aliado à concepção do acolhimento, é capaz de facilitar um reordenamento da lógica de recepção em saúde. Dentro deste entendimento, deve existir de forma efetiva um comprometimento e uma responsabilização de toda a equipe para com o sofrimento do usuário, (de forma individual e coletiva) e para com o conseqüente trabalho terapêutico dirigido ao seu cuidado. A partir disto, estabelece-se uma troca, ou seja, uma relação de ajuda entre o usuário e o profissional, a fim de que ambos preservem o seu bem-estar físico e psicológico.

Considerando a interação profissional/usuário como relevante para o desenvolvimento de uma assistência eficaz, autores como Bezerra e Machado (2008) destacam a importância de esta interação ser construída com vistas a uma adequada comunicação para que não haja oportunidades perdidas no decorrer das práticas profissionais, pois, no momento de falas e escutas, criam-se à cumplicidade, relação de vínculo e aceitação, produzindo responsabilidades em torno do processo de trabalho.

Essa cumplicidade e vínculo, por vez decorrente da interação profissional/usuário, permite ao profissional promover uma assistência humanizada. Para tanto, com o desafio de organizar uma prática de saúde em que o profissional passasse a ver o indivíduo na sua totalidade e não apenas como um corpo ou uma fragmentação, mas como uma pessoa que possui participação ativa no seu processo de saúde-doença, foi desenvolvida no ano de 2003 a Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS), tentativa de integração entre profissionais, usuários e gestores no SUS (ANGNES, 2004; SOUZA, *et al*, 2005).

A humanização se apresentava como uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de

transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. É um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Desta forma, os autores complementam que humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

Para uma melhor organização dos serviços de saúde, no sentido de contribuir para a aproximação e o vínculo com a população, visando à abordagem e o conhecimento melhor e contínuo de seus problemas de saúde e seus determinantes, isto é, do seu processo saúde-doença, passou-se a considerar um processo de regionalização no qual se buscou estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, com melhoria de seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência técnico-operacional, política, econômica e social. Tal processo ficou conhecido como Distrito Sanitário (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Para Ribeiro (2007), no Brasil a operacionalização dos Distritos Sanitários enfatizou a necessidade de mudanças do modelo de atenção a partir da reorganização das práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais. Em complemento, Paim (2003a) considera os Distritos como uma parte dos serviços de saúde com capacidade de coordenar, integrar e hierarquizar a totalidade dos serviços existentes dentro de um espaço populacional determinado, capaz de responder a mudanças sociais, econômicas, ambientais e epidemiológicas que incidem sobre o setor saúde.

Assim, o processo de construção e ação dos Distritos, extrapolando seu componente organizacional e de articulação administrativa de serviços, tem e deve ter como referencial e objetivo último o impacto no processo saúde-doença, determinantes das condições de saúde, no sentido de redução dos riscos de adoecimento, seqüelas e óbitos e melhor qualidade de vida (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

Em face do exposto, inseridos na ESF, o médico e enfermeiro destacam-se como profissionais de grande importância na implementação e efetivação do processo de trabalho seja centrado na gestão, na promoção da saúde ou na vigilância à saúde.

O papel dos gestores e gerentes na gestão deve acontecer de forma compartilhada (a gestão compartilhada), uma vez que agindo dessa maneira estará rompendo com a racionalidade gerencial hegemônica e fazendo uso do aspecto positivo do poder descentralizado, envolvendo toda a equipe da saúde da família para um projeto assistencial coletivo e conseqüentemente mudando a prática atual de produzir saúde (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Para Carvalho e Cunha (2008), as equipes de saúde da família devem ter algum poder de decisão na organização, notadamente no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde. Não há como propor qualificação e humanização da gestão e da atenção sem um equilíbrio maior de poderes na relação da organização com usuário. Primeiro porque, ao contrário, as decisões serão centralizadas em um serviço de saúde ou profissional de equipe, reduzindo o trabalho de outros trabalhadores a simples execução, o que será péssimo para a qualidade da atenção, uma vez que o envolvimento do usuário tende a diminuir e o trabalho burocratizar. Em segundo lugar, se a gestão não produz relações de poder na organização de saúde que valorizem a equipe como espaço de decisão, ela faz o contrário: fragmenta a equipe.

No contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas. A gerência que se utiliza mais das relações e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde, se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Os autores acima citados acreditam na gerência como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, o qual possibilita transformações nas decisões no âmbito local com a participação do trabalhador de saúde e do usuário na construção do projeto assistencial a ser desenvolvido pelo serviço da saúde. Enfatizam ainda que o gerente eficaz não é aquele que domina apenas as técnicas de gestão, mas o que possui compromisso como tarefa organizacional e é capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa.

Ainda se tem observado que a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para tanto, há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2006a).

De acordo com o a Política Nacional de Promoção da saúde, propõe-se que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006a).

Nessa direção, a promoção da saúde, é considerada como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006a).

Na perspectiva da ESF, o processo de trabalho desenvolvido pelo profissional Enfermeiro deve voltar-se para a realização de uma assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar e técnico de consultório dental; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

Dentre as atividades do Médico, inserido na ESF, destacam-se: a realização de uma assistência integral aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano; realização de consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realização de atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhamento, quando de necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, proposto pela referência; indicação da necessidade de internação

hospitalar ou domiciliar,; contribuição e participação nas atividades de Educação Permanente; e participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL,2006b).

Para efetivação do processo de trabalho desses profissionais de saúde, Franco (2003) considera importante que se considere para análise desse processo, as subjetividades, uma vez que se referem especialmente à esfera da micropolítica, bem como dizem respeito à implicação de diversos sujeitos com as questões pertinentes às mudanças do modelo assistenciais.

Assim, o autor afirma que no âmbito da saúde, tem sido constante tratar da subjetividade como condição para construção de sujeitos com a finalidade de protagonizarem processos de mudanças institucionais. Contudo, destaca não existir apenas uma subjetividade, mas subjetividades que são estruturadas a partir das experiências de cada pessoa, porém vinculadas a um determinado grupo.

Diante dessa perspectiva, autores como Carvalho e Cunha (2008) afirmam que para se pensar em mudanças de práticas de saúde é preciso realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e subjetivo dos modelos explicativos na saúde buscando entender que a saúde, física e mental é produzida na sociedade e sofre influência da organização da vida cotidiana, das relações sociais, da efetividade, subjetividade, cultura, lazer e da interação com o meio ambiente.

Nesse contexto, os autores ainda revelam que objeto, método, objetivo e estratégias na saúde variam de acordo com a concepção que se tem do sujeito e de como a saúde e a doença são compreendidos. A centralidade que os temas da autonomia e produção de subjetividades assume nesta formulação abrem novos caminhos para a produção de saúde demandando novas estratégias de gestão e novas estruturas organizacionais, e pedem igualmente uma nova concepção sobre a prática e a Saúde Pública.

Assim, modelos de atenção a saúde resultam, entre outros, da coerência entre as definições sobre o universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde/doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes. Essa compreensão condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde (CARVALHO; CUNHA, 2008).

Para Carvalho (2005), noções e crenças compartilhadas sobre o processo saúde/doença sintetizam um determinado sistema de valores e conceitos socialmente construídos que

induzem a julgamentos e fornecem elementos para elaboração de projetos de intervenção e para orientação da prática.

Diante dos aspectos até aqui considerados no que diz respeito aos modelos assistenciais e o processo de trabalho desenvolvido na ESF, Carvalho e Cunha (2008) consideram que ao analisar e propor mudanças nos modelos de atenção à saúde deve-se ter em mente a compreensão de que esses se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde. Desta forma, modelos se apresentam, por uma lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticas (Estado, Políticas Públicas), econômicos e sociais. Em contrapartida, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde.

2.3 Métodos Estatísticos

Toda pesquisa científica, seja de cunho quantitativo ou qualitativo, tem um problema a ser estudado, sendo necessário coletar informações segundo procedimentos adequados e coerentes, com o referencial teórico, que depois de tratados, impliquem à interpretação confiável dos dados. Ao se formular um problema de pesquisa, quase sempre se faz necessário formular hipóteses ou suposições quanto aos possíveis resultados, que em muitos casos podem ser conduzidas por um delineamento estatístico (BAPTISTA; CAMPOS, 2007).

Para Silva (2001), devem-se buscar opções lógicas e operacionais para a composição de delineamentos que assegurem o valor científico das informações obtidas e das conclusões alcançadas, e por sua vez, auxiliem no detalhamento posterior e técnicas necessárias para execução da pesquisa.

Desta forma, Baptista e Campos (2007) afirmam que a estatística pode ser uma poderosa ferramenta de análise, e, desta forma, é importante que ela esteja presente desde o início de uma investigação científica, auxiliando na operacionalização das hipóteses ou questões de pesquisa, na escolha de uma estratégia de pesquisa, na definição da população a ser estudada, na definição de variáveis, na coleta e na análise de dados.

Tendo em vista a complexidade de alguns termos na Estatística, é importante conhecer as diferenças entre estes para uma melhor compreensão de uma análise estatística. Entende-se por *população* o conjunto de elementos bem definidos que podem ser constituídos por um número finito ou infinito de elementos. Por sua vez, *elementos* são as unidades de observação

e análise determinadas pelos objetivos. Uma *amostra* é o conjunto ou uma parte da população (SILVA, 2001; SILVESTRE, 2007).

Sabe-se que ao se propor uma investigação científica, deve-se inicialmente avaliar qual método melhor se adapta àquilo que vai ser investigado. E dentre os vários métodos que se configuram para coleta de dados quantitativos, destaca-se a pesquisa por levantamento.

De acordo com Silva (2001), os levantamentos se caracterizam segundo os tipos de finalidades. O levantamento é considerado descritivo quando se limita a estimar frequências de elementos com determinadas propriedades ou estimar médias e variâncias de características quantitativas. Quando, definem-se grupos de comparações e, além de estimar, procuram detectar relações entre as características, com finalidade de aumentar as explicações para o objeto pesquisado, o levantamento é denominado analítico.

Uma pesquisa por levantamento objetiva chegar à descrição, explicação e exploração do fenômeno proposto, freqüentemente, descrevendo como aparece naquela amostra àquela característica encontrada, podendo chegar também a uma explicação para a presença daquele fenômeno (BAPTISTA; CAMPOS, 2007).

Entendendo que a estatística é um instrumento capaz de proporcionar maior exatidão na descrição e apreciação dos fenômenos, Markoni e Lakatos (2008) a considera essencial para desvelar complexidades quando se lida com um grande número de dados, e para tanto, destacam o levantamento por amostragem, o qual vai se permitir lidar apenas com um pequeno número de casos que seja legitimamente representativo do todo.

Assim, com a finalidade de produzir instantâneos das realidades estudadas, o levantamento por amostragem possui as seguintes características: a *população de estudo*, que são os conjuntos reais e finitos; os *elementos*, que podem ser os seres humanos, fichas, animais; *parâmetros ou valores populacionais*, que são as características dos elementos agregados através de medidas estatísticas; e as *informações disponíveis para os valores populacionais desconhecidos*, que são os dados coletados em amostras da população em estudo e as medidas (estimativas) calculadas (SILVA, 2001).

Ainda para esta mesma autora, as principais atividades do levantamento por amostragem estão reunidas segundo três diferentes fases: *construções conceituais*, *planejamento e amostra* e *operações*.

Na primeira fase, reúne-se a elaboração de construções teórico-conceituais, compreendendo duas etapas. Na primeira etapa, a formulação do problema expressa o direcionamento sobre o qual o objeto em estudo será considerado, tendo como produto final desta etapa, o quadro conceitual e o encaminhamento de hipóteses ou expectativas sobre os

resultados. A partir desses resultados obtidos nesta etapa, definem-se na segunda etapa, a população do estudo, os objetivos e as variáveis observadas (SILVA, 2001).

Na segunda fase, a fase do planejamento e amostra, considera-se o plano de amostragem como elemento de ligação com as atividades operacionais. O plano inicial, atividade que vai montar a estrutura lógica do estudo, pretende definir os planos de observação da realidade e da análise de dados; é o caminho a ser percorrido para atingir os objetivos propostos. O plano de coleta vai determinar se o estudo é descritivo ou analítico, define as variáveis prioritárias a serem investigadas, os fatores que serão controlados e os grupos que serão separados para comparação. Já o plano de amostragem, compreende a definição e o desenho da amostra, decidindo o modelo do sorteio e o tipo de amostra (sistemática, casual simples, estratificada e por conglomerados), que se adequará as condições propostas no plano de observação (SILVA, 2001).

Para última etapa do levantamento por amostragem, destaca-se a análise estatística e a interpretação dos resultados. Retoma-se aos objetivos, ao plano preliminar de análise e as hipóteses ou expectativas do levantamento afim de que os objetivos sejam efetivamente cumpridos e obtidos as respostas para as questões do estudo. O plano preliminar de análise será aprofundando e escolhidos métodos para a análise estatística dos dados; a interpretação dos resultados obtidos deverá ser realizada à luz do contexto construído na primeira fase do processo (SILVA, 2001).

Considerando, pois que o universo ou população de uma pesquisa vai depender do objeto a ser investigada, a amostra, que realmente será submetida à verificação, deverá ser obtida por uma técnica específica de amostragem. Para tanto, há duas grandes divisões no processo de amostragem: a probabilística e a não-probabilística. As não probabilísticas devem ser evitadas, pois podem conter vícios e até levar a conclusões errôneas.

Vale salientar que para o pesquisador social, interessam os métodos que permitem que qualquer indivíduo da população possa vir a fazer parte da amostra. Estes métodos de amostragem são denominados probabilísticos.

A amostragem probabilística pode ser submetida a tratamentos estatísticos, que se caracteriza por garantir *a priori*, que todo elemento que pertença ao universo de estudo tenha a probabilidade conhecida e diferente de zero, de pertencer à amostra sorteada (SILVA, 2001; MARCONI; LAKATOS, 2008).

Nesse contexto, dependendo do objeto a ser investigado, dentre os processos de amostragem probabilista, destacam-se: sistemática, casual simples, estratificada e por conglomerados.

A amostragem casual simples é o processo de amostragem em que os elementos têm igual probabilidade de pertencer à amostra sorteada, sem que haja reposição e que a ordem dos elementos na amostra não é considerada (SILVA, 2001).

Na amostragem estratificada, a população é dividida em subgrupos homogêneos para determinadas características e é selecionada, de forma aleatória, uma amostra em cada um deles, separadamente. Estes subgrupos não se interceptam e totalizam a população. Cada uma das subdivisões populacionais é denominada de estrato (SZWARCWALD; DAMACENA, 2009).

A amostragem por conglomerados consiste em selecionar unidades amostrais que contêm vários elementos, sendo que a informação de qual é a unidade de primeiro estágio faz-se necessária no momento da análise; os elementos da população são reunidos em grupo (SILVA, 2001).

A seleção de uma amostra implica o uso de metodologias que garantam que a mesma represente de fato a população de estudo. O cálculo de tamanho de amostra, portanto, se aplica à definição de quantas unidades amostrais são necessárias para que as estimativas dos parâmetros populacionais sejam representativas (TRIOLA, 2005).

É possível determinar o tamanho mínimo de uma amostra para estimar um parâmetro populacional, como por exemplo, a média populacional (μ). Na estimação da média populacional, pode-se determinar o tamanho mínimo necessário da amostra considerando-se um erro de estimação, e um nível de confiança desejado, através das seguintes fórmulas (TRIOLA, 2005).

Se a população for infinita.

$$n = \frac{z_c^2 \sigma^2}{\epsilon_x^2}$$

Se a população for finita:

$$n = \frac{NZ_c^2 \sigma^2}{\epsilon_x^2 (N - 1) + Z_c^2 \sigma^2}$$

Em que:

n = Número de indivíduos na amostra;

N = Número da população;

Z_c = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada;

ε = Margem de erro ou Erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima provável entre a média amostral (\bar{x}) e a verdadeira média populacional (μ);

Define-se como Nível de confiança ($1 - \alpha$) a probabilidade de que o intervalo construído contenha o verdadeiro valor da média populacional que está sendo estimada (TRIOLA, 2005).

Define-se Z_c como coeficiente de confiança, que é o valor obtido através da distribuição normal com o nível de confiança especificado (TRIOLA, 2005).

Outro parâmetro estatístico cuja determinação afeta o tamanho da amostra é a proporção populacional (π). Na estimação da proporção populacional, determina-se o valor mínimo para “n” considerando um erro de estimação e um nível de confiança desejados, considera-se as seguintes fórmulas:

Se a população for infinita:

$$n = \frac{Z_c^2 \pi (1 - \pi)}{\varepsilon_p^2}$$

Se a população for finita:

$$n = \frac{NZ_c^2 \pi (1 - \pi)}{\varepsilon_p^2 (N - 1) + Z_c^2 \pi (1 - \pi)}$$

Em que:

n = Número de indivíduos na amostra

Z_c = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

π = Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar.

$1 - \pi$ = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar

ε = Margem de erro ou Erro máximo de estimativa. Identifica a diferença máxima provável entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (π).

Para Silva (2001), ao se definir o valor máximo aceitável para o erro da amostragem E , estará fixando a precisão do processo de amostragem antes do sorteio da amostra e da obtenção dos resultados.

Ao se escolher o valor antecipado para $\pi = 0.5$, entende-se que irá determinar maior aproximação para o valor da variância da característica da população; irá determinar o maior tamanho da amostra para a precisão fixada (SILVA, 2001).

O intervalo de confiança determina o limite inferior e superior de um conjunto de valores, que tem certa probabilidade de conter no seu interior o valor verdadeiro do efeito da intervenção em estudo. Desse modo, estimando um intervalo de confiança de 95% significa que ele tem 95% de probabilidade de incluir o valor real da eficácia da intervenção em estudo (COUTINHO; CUNHA, 2005).

É interessante compreender que qualquer análise estatística pode ser caracterizada ou como descritiva ou como inferencial, dependendo dos dados e objetivos de análise. A estatística descritiva é um conjunto de métodos estatísticos destinados a observação e coletas dos fenômenos de igual natureza, à organização e classificação dos dados observados e a sua apresentação por meio de gráficos e tabelas, além de cálculos de coeficientes que permitam descrever resumidamente esse fenômeno. Está-se interessado nas medidas das características dos elementos de toda a população (BAPTISTA; CAMPOS, 2007 e SILVESTRE, 2007).

Na estatística inferencial, o conjunto de métodos é destinado a um processo de generalização, a partir de resultados, obtidos por meio de uma análise da amostra, ou seja, a inferência, indução ou estimação de propriedades para um todo com base na parte, no particular; tem-se como base, portanto, a amostragem probabilística, na qual cada elemento da população tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero de ser selecionado (SILVA, 2001; SILVESTRE, 2007).

Para utilização das informações coletadas, uma das preocupações se refere à análise apropriada dos dados. Nesse contexto, Shimakura (2002), considera que os métodos estatísticos podem ser utilizados para o planejamento e condução de um estudo, descrição dos dados e para tomada de decisões, e dentre estes métodos, pode-se citar os testes de hipóteses. Para Triola (2005), as aplicações mais importantes da inferência estatística compreendem o uso de dados amostrais para estimar o valor de um parâmetro populacional, assim como para testar alguma afirmação, a partir do teste de hipóteses.

A formulação de hipóteses tem sido muito empregada em pesquisas de diversas áreas do conhecimento. Para decidir se uma determinada hipótese é confirmada por um conjunto de

dados, é necessário ter um procedimento objetivo para aceitar ou rejeitar a hipótese (SIEGEL; CASTELLAN, 2006).

Para realização do teste, inicia-se com a afirmação de que a média da população é igual a algum valor μ_0 . Essa afirmação sobre o valor do parâmetro da população é conhecida como hipótese nula H_0 . A hipótese alternativa, conhecida como H_1 , é uma segunda afirmação que contradiz H_0 . Assim, juntas, as hipóteses nula e alternativa cobrem todos os valores possíveis das médias μ da população e conseqüentemente, uma das duas afirmações é verdadeira (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

A partir da definição das hipóteses, segue-se com a comparação entre os valores obtidos da amostra com os valores definidos nas hipóteses objetivando conhecer se a diferença entre esses valores é grande o suficiente para ser atribuída somente ao acaso. Se os valores amostrais não forem compatíveis com o valor suposto na hipótese nula ela é rejeitada. Caso contrário, caso não haja evidências suficientes para duvidar da validade da hipótese nula, não se pode rejeitar a afirmação (PAGANO, GAUVREAU, 2004).

No entanto, ao se formular uma decisão sobre H_0 podem ocorrer dois erros distintos. O primeiro, designado por erro tipo I, consiste em rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira. O segundo, designado por erro tipo II, consiste em aceitar H_0 quando ela é falsa. A estes erros estão associados uma probabilidade: $P(\text{rejeitar } H_0 \mid H_0 \text{ verdadeira}) = \alpha$ $P(\text{aceitar } H_0 \mid H_0 \text{ falsa}) = \beta$ (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Ao testar uma hipótese estabelecida, a probabilidade máxima com a qual se sujeitaria a correr o risco de um erro do tipo I é denominada de Nível de Significância do Teste, representada freqüentemente por α . É geralmente especificada antes da extração de quaisquer amostras, de modo que os resultados obtidos não influenciem na escolha (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Ainda é importante ressaltar que os testes de hipóteses se dividem em paramétricos e não-paramétricos. Os paramétricos são aqueles que utilizam os parâmetros da distribuição, ou uma estimativa destes, para o cálculo de sua estatística. Já os não paramétricos utilizam, para o cálculo de sua estatística, postos atribuídos aos dados ordenados e são livres da distribuição de probabilidades dos dados estudados (REIS; RIBEIRO JUNIOR, 2007).

Quando se fala em distribuição amostral, está relacionada a uma distribuição de probabilidade, ou seja, uma distribuição teórica que descreve o comportamento de uma determinada estatística. As principais estatísticas utilizadas nos testes de hipóteses possuem modelos conhecidos. Têm-se a distribuição normal, a distribuição t (de *Student*) a distribuição

χ (qui-quadrado), a distribuição F (de Snedecor) como as principais (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Para Pagano e Gauvreal (2004), desde que se assumam as formas das distribuições originais como conhecidas e que somente os valores de certos parâmetros, como as médias e desvio-padrão, não o sejam, os testes se classificam como paramétricos. Em contrapartida, se os dados não satisfazem as suposições feitas pelas as técnicas tradicionais, métodos não-paramétricos devem ser utilizados.

Existem inúmeros testes estatísticos tanto paramétricos quanto não paramétricos, por esta razão, alguns itens devem ser levados em consideração na escolha da prova estatística para determinada situação, destacando-se: a maneira como a amostra foi obtida, a natureza da população da qual se extraiu a amostra e o tipo de mensuração ou escala empregado e ainda o tamanho da amostra disponível. Uma vez determinados a natureza da população e o método de amostragem, ficará estabelecido o modelo estatístico.

Em função das diferentes características das escalas, as técnicas possíveis de serem utilizadas na análise variam conforme a escala seja nominal, ordinal, intervalar ou razão.

O nível Nominal de mensuração é caracterizado por dados que consistem em nomes, rótulos ou categorias apenas que não podem ser ordenados (tal como do menor para o maior); é o nível de mensuração mais baixo, mais rudimentar possível. Sua escala de medida chama-se *nominal* (PEREIRA, 2004).

Os dados estão no nível ordinal de mensuração, quando podem ser arranjados em alguma ordem, mas as diferenças entre os valores dos dados ou não podem ser determinadas ou não são significativas. Este nível já é um pouco mais elaborado que o anterior; a escala de medida chama-se *ordinal* (PEREIRA, 2004).

O nível intervalar de mensuração é como o nível ordinal, com a propriedade adicional de que a diferença entre quaisquer dois valores de dados é significativa. No entanto, os dados nesse nível não têm um ponto inicial zero natural (quando o nada da quantidade está presente); a escala de medida chama-se *intervalar* (PEREIRA, 2004).

O nível de mensuração de razão é o nível intervalar com a propriedade adicional de que há também um ponto inicial zero natural (onde zero indica que nada da quantidade está presente). Para valores nesse nível, diferenças e razões são, ambas, significativas. Este nível define a chamada escala de razão ou *racional* (PEREIRA, 2004).

De acordo com as características da amostra, os testes paramétricos podem ser divididos em testes para: uma amostra, duas amostras independentes, duas amostras dependentes e várias amostras (TRIOLA, 2005).

Assim, podem-se realizar testes para a média de uma população, teste para proporção, teste para variância, testes para diferenças entre duas médias populacionais, teste para diferenças entre duas populações, entre outros (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Para Triola (2005) e Silvestre (2007), o teste de hipóteses paramétrico envolve fazer inferências sobre a natureza da população baseado nas observações de uma amostra extraída desta população. Envolve determinar a magnitude da diferença entre um valor observado de uma estatística, por exemplo, a proporção p , e o suposto valor do parâmetro (π) e então decidir se a magnitude da diferença justifica a rejeição da hipótese. Considera-se o teste de um valor hipotético da proporção populacional, utilizando a distribuição normal. A distribuição normal pode ser utilizada num teste de hipóteses sobre a proporção populacional sempre que np e $n(1 - p) > 5$ ou 10.

Para tanto, o teste para a proporção populacional é normalmente baseado na seguinte suposição: tem-se uma população e se tem uma hipótese sobre a proporção π de elementos da população que possuem uma determinada característica. Esta proporção é supostamente igual a um determinado valor p_0 (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Assim, considera-se para a hipótese nula e para hipótese alternativa, as seguintes situações:

$$H_0: p = p_0$$

$$H_1: p \neq p_0$$

$$H_1: p > p_0$$

$$H_1: p < p_0$$

Para realização de qualquer teste de hipótese paramétrico seguem-se as seguintes etapas: formula-se a hipótese, estabelece a estatística a ser utilizada; fixa o nível de significância do teste; calcula-se a estatística do teste; a região crítica; regra de decisão e formula a conclusão.

Desta forma, entende-se por nível de significância (α) a probabilidade máxima de se rejeitar H_0 , quando H_0 é verdadeiro. A estatística do teste é o valor calculado a partir da amostra que será usado na tomada de decisão. A região crítica é a região onde os valores da estatística dos testes levam à rejeição da hipótese nula. A sua área é igual ao nível de significância, e sua direção é a mesma da hipótese alternativa (TRIOLA, 2005). Para cálculo da estatística do teste, considera-se a seguinte fórmula:

$$z = \frac{(\hat{p} - p)}{\sqrt{\frac{pq}{n}}}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra ou número de tentativas

$\hat{p} = x/n$ - proporção amostral

p = proporção populacional

$q = 1 - p$

z = valor crítico

Para o teste de diferença entre duas proporções, sejam P_1 e P_2 as proporções obtidas em duas amostras de tamanhos N_1 e N_2 , retiradas de duas populações, que apresentam as proporções $\pi_1 = \pi_2$. Podem-se considerar as seguintes hipóteses:

$H_0: p_1 - p_2 = p$

$H_1: p_1 - p_2 \neq p$ ou

$p_1 - p_2 > p$ ou ainda

$p_1 - p_2 < p$

Se $p = 0$, então $p_1 - p_2 = 0$, isto é, $p_1 = p_2$.

Extraídas uma amostra de cada uma das duas populações a variável $P_1 - P_2$ terá uma distribuição aproximadamente normal. Como os valores de π_1 e π_2 não são conhecidos, deve-se utilizar suas estimativas P_1 e P_2 .

Deste modo, a partir da amostra, faz-se o cálculo da estatística do teste para tomada de decisão (TRIOLA, 2005), considerando a fórmula que se segue:

$$z = \frac{(\hat{p}_1 - \hat{p}_2) - (p_1 - p_2)}{\sqrt{\frac{\hat{p}\hat{q}}{n_1} + \frac{\hat{p}\hat{q}}{n_2}}}$$

Onde:

$p_1 - p_2 = 0$ (suposto na hipótese nula)

$p_1 = \frac{x_1}{n_1}$ e $p_2 = \frac{x_2}{n_2}$

$$\bar{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

Assim, para a regra de decisão, se o valor da estatística do teste cair dentro da região crítica, rejeita-se H_0 . Ao rejeitar a hipótese nula (H_0) existe uma forte evidência de sua falsidade. Ao contrário, quando aceita-se, diz que não houve evidência amostral significativa no sentido de permitir a rejeição de H_0 . (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Diante dos aspectos até aqui relatados sobre os métodos estatísticos, enfatizando a Estatística como ferramenta de análise, destaca-se sua importância na área da saúde. As relações entre as práticas e as necessidades de saúde podem ser compreendidas a partir da busca dos seus significados econômicos, políticos e ideológicos, bem como da especificidade dessas relações em sociedades.

No entanto, os métodos estatísticos, podem a partir dessa busca, possibilitar possíveis comprovações de fatos e o desenvolvimento de estratégias voltadas para Tomada de decisões necessárias para melhoria dos serviços de saúde, assim como, propiciar achados que visem a reorientação das práticas dos profissionais na tomada de decisão.

Referencial Metodológico

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para obter a sustentação teórico-metodológica necessária ao encaminhamento processual da pesquisa, optou-se pela vertente investigativa da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), que foi organizada a partir dos pressupostos centrais do Materialismo Histórico e Dialético.

Para Egry (1996), a TIPESC se vale das categorias marxistas, cujo núcleo admite mudanças permanentes nos fenômenos pela ação do trabalho. A mudança constante da realidade, no entanto, não impede sua compreensão objetiva, o que se dá com o recurso da lógica dialética, que permite a capacitação total do movimento histórico em suas contradições constituintes.

De acordo com Silva *et al* (2004), o MHD é constituído por uma teoria científica e crítica da história – o Materialismo Histórico e, por uma teoria filosófica – a Dialética. Seu pressuposto é de que nada é eterno, absoluto ou fixo. Tanto no mundo natural, como no mundo social, tudo está em processo de transformação, e submetido ao movimento da história, como um processo temporal, movido por contradições cuja separação é mediada pelo trabalho.

De acordo com Gramsci, citado por Costa (2005), o MHD é considerado um método científico, um referencial teórico-filosófico que permite investigar e analisar a realidade objetiva historicamente, uma vez que, segundo os seus pressupostos, a história acontece por intervenção humana, por meio de sua prática.

Para Silva (2003), na abordagem do MHD, o trabalho é uma categoria que inaugurou a sociabilidade e a historicidade na qual as relações sociais são representadas pela *matéria*; a *dialética* é compreendida pelo movimento da ação humana que produz a história por meio de atos teleológicos e pela *prática social* de um determinado contexto histórico.

Nessa perspectiva, Marx (2008) afirma que o trabalho é um processo no qual o homem transforma a natureza e, ao transformá-la, acaba por transformar a si mesmo. Para o autor, a Finalidade, os Meios ou Instrumentos, e o Objeto são elementos constitutivos do processo de trabalho. A Finalidade é a antevisão do Objeto transformado; o Objeto é a matéria a ser transformada e os Meios ou Instrumentos são coisas ou complexos de coisas que o trabalhador coloca entre si e o Objeto de trabalho.

Assim, o Materialismo Histórico e Dialético compreende o homem como ser que transforma e é transformado durante o processo de vida, que vive dentro de relações contraditórias, conflitantes, inerentes a esse mesmo processo (SOUZA, 2007).

Perna e Chaves (2008) consideram que o caráter histórico da existência e sua compreensão a luz da dialética exigem que se leve em consideração uma teoria do conhecimento que articule a historicidade e a materialidade da existência humana, destacando, assim, a TIPESC, uma vez que a organização humana para o trabalho faz parte constituinte dessa teoria.

Do ponto de vista da construção teórica, a TIPESC se constitui um instrumental teórico-metodológico mais proximal da intervenção da enfermagem no processo saúde-doença da coletividade. Enquanto método, apresenta a possibilidade de uma sistematização dinâmica de captar e interpretar o fenômeno articulados aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e à doença de uma dada coletividade (MORAIS, 2008).

Segundo Egry (1996), a TIPESC se propõe a captar e interpretar um fenômeno articulado com os processos de produção e reprodução social de uma dada coletividade, para intervir na conjuntura e estrutura de um contexto social, historicamente determinado, prosseguindo com a reinterpretação da realidade objetiva para interpor instrumentos de intervenção. Assim, na sua vertente investigativa, a autora considera cinco etapas constitutivas: 1- Captação da realidade objetiva; 2- Interpretação da realidade objetiva; 3- Construção do projeto de intervenção da realidade objetiva; 4- Intervenção na realidade objetiva; 5- Reinterpretação da realidade objetiva.

A aplicação da TIPESC em investigações científicas é amparada por categorias interpretativas que representam a articulação entre as categorias conceitual e dimensional, no sentido da operacionalização metodológica da teoria. Define eixos de recorte operacional do processo total da intervenção, ou seja, são orientadoras para o recorte do fenômeno nas dimensões estrutural, particular e singular (MORAIS, 2008).

Nessa perspectiva, Ávila (2009) afirma que a forma como a sociedade se organiza pode ser entendida em suas dimensões estrutural, particular e singular. A dimensão estrutural é caracterizada pelo contexto econômico, político e social no qual a sociedade está estruturada. A dimensão particular é composta pelas relações que são estabelecidas entre diferentes grupos sociais, e a dimensão singular são as formações que se organizam para sustentar a vida e a saúde individual.

Dessa forma, no processo de trabalho assistencial da enfermagem, a dimensão singular refere-se à intervenção direta nos processos específicos de adoecer e morrer nos indivíduos, de suas famílias e de seus grupos. Essa dimensão está em estreita ligação com a dimensão particular que se refere ao diferencial de perfis por classes, seus estratos e frações. A dimensão singular reporta-se imediatamente à dimensão particular, onde deve ser focalizada a

organização da rede de qualificação da força de trabalho da enfermagem. Por fim, a dimensão estrutural comporta o modo como a sociedade está organizada para a qualificação geral da força de trabalho em saúde, suas políticas e diretrizes (EGRY, 1996).

Diante desses aspectos, a estratégia geral dessa pesquisa foi captar e analisar, à luz da TIPESC, os Atos e Ações de Saúde no interior do Processo de Trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros de cada equipe da ESF nos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB, revelando as bases do cuidado produzido e, por consequência, o Modelo Assistencial empregado, tendo em vista as dimensões singular, particular e estrutural.

A dimensão singular se refere aos Atos ou Ações de Saúde desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros que formam a equipe de saúde da família nos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB. Esses Atos ou Ações de saúde são operacionalizados dentro dos limites estabelecidos pelos níveis de atenção à saúde (Primário, Secundário e Terciário), com atividades ligadas à esfera Administrativa, Educativa ou puramente Assistencial, sendo, portanto, a dimensão particular desse fenômeno. Estas atividades se ancoram em princípios filosóficos e organizacionais preconizados no Sistema Único de Saúde, neste caso, tomada como dimensão estrutural. No aspecto mais restrito, buscou-se apreender as Estratégias ou Táticas Alternativas geradas pelo *modus operandi* do processo de trabalho de cada equipe de saúde abordada.

Para estabelecer classificações e agrupar ideias, tendo em vista a realidade social abordada, utilizaram-se como categorias analíticas: O Processo de Trabalho na Saúde em confronto com os Modelos Assistenciais.

A categoria Processo de Trabalho na Saúde foi compreendida como um conjunto articulado de atos ou ações, direcionadas para a produção intencional de algo novo e envolve três elementos essenciais: a finalidade do próprio trabalho, o objeto e os meios para sua consecução. (MENDES – GONÇALVES, 1994).

A categoria Modelo Assistencial foi compreendida como forma de produção e distribuição de atos ou ações de saúde, mediante necessidades socialmente determinadas de uma população.

3.1 Opções Metodológicas

Realizou-se uma pesquisa do tipo exploratório, descritiva e inferencial, desenvolvida a partir de abordagens quantitativa e qualitativa, a qual permitiu generalizar alguns dados e aprofundar o conhecimento sobre fenômenos e/ou conceitos.

A partir de dados, que foram quantificados e assim generalizados, foi possível caracterizar os atos e ações de saúde dos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários em estudo, assim como os modelos assistenciais vigentes.

Considerando que a pesquisa também exigiu uma aproximação com a realidade destes profissionais, envolvendo interpretações das relações de significados relacionados ao processo de trabalho, buscando a vivência dos informantes do estudo referente às estratégias ou táticas alternativas que estes produzem em suas Unidades de Saúde, entende-se que esta pesquisa também foi subsidiada pela abordagem qualitativa.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, que, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), possui 702.235 habitantes, distribuídos em área urbana, dentre os quais 45,7% estão concentrados na faixa etária de 15 a 39 anos, indicando a predominância de jovens em plena fase produtiva da vida. Em relação ao sexo, 46,7% dos habitantes são do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino, de modo que a proporção do número de mulheres para homens é de 0,87. João Pessoa é a segunda capital do Nordeste em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006).

No âmbito da saúde, João Pessoa dispõe de um total de 30 hospitais entre públicos, privados e filantrópicos, que oferecem 3.566 leitos, além de 305 unidades ambulatoriais, 94 centros de saúde, 10 ambulatórios e 6 postos de assistência médica. No que se refere à Atenção Básica, João Pessoa está dividido em cinco Distritos Sanitários que tem como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, capitaneada pelas 180 Unidades de Saúde da Família, organizadas para prestar a atenção básica, articulada com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar (JOÃO PESSOA, 2006).

O referido Município é integrante do 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba, juntamente com outros 24 municípios paraibanos e a Secretaria Municipal de Saúde, e tem sob sua responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal (JOÃO PESSOA, 2006).

Ainda segundo o Plano Municipal de Saúde estabelecido para o enfrentamento dos problemas ligados ao processo saúde-doença em João Pessoa/PB para o triênio 2006-2009, a organização da rede de serviços e a sua forma de funcionamento constituem grandes desafios para a gestão, pelo fato de que são fortemente influenciadas pela presença de forças políticas

hegemônicas que geram tensões, instabilidades e incertezas, permitindo a construção de múltiplos projetos technoassistenciais.

Para a pesquisa, o cenário de estudo contemplou apenas as Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa, situadas nos seguintes bairros: Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Cruz das Armas, Oitizeiro, Costa e Silva, Jardim Veneza, Jaguaribe, Ernani Sátiro, Cristo, Jardim Samaritano, Funcionários II, Geisel, Colinas do Sul, Grotão, Cidade dos Funcionários I, Nova República, Cidade dos Funcionários e Rangel (ANEXOS I e II).

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família dos Distritos I e II do município de João Pessoa-PB.

Para tanto, o estudo envolveu, inicialmente, o cálculo do tamanho da amostra (COCHAN, 1977), visando que os dados coletados em campo fossem estatisticamente representativos em relação à população de interesse. As Unidades de Saúde da Família foram estratificadas segundo os Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa. Para cada estrato e profissional, o tamanho da amostra foi calculado considerando uma margem de erro de 10 p.p. (pontos percentuais), um nível de confiança de 95% e uma proporção $p = 0.5$, de modo a obter o maior tamanho da amostra fixado uma margem de erro e um nível de confiança.

No quadro a seguir são apresentados os tamanhos de amostra para a consecução do estudo, segundo Distrito Sanitário I e II:

Quadro 01 – Valores Populacionais e Amostrais, segundo distrito sanitário e profissional. João Pessoa-PB, 2010

Distrito Sanitário	Tamanho da população MÉDICO	Tamanho da população ENFERMEIRO	Tamanho da amostra MÉDICO	Tamanho da amostra ENFERMEIRO
I	34	45	26	31
II	26	37	21	28

Desta forma, durante o desenvolvimento da pesquisa existiam 83 Unidades de Saúde da Família (USF) nos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa-PB, sendo 45 USF no DSI e 38 USF no DSII. No entanto, no período de coleta, 11 USF do DS I não tinham o profissional médico, e para o cálculo do tamanho da amostra desta população foram

consideradas 34 USF e para população dos enfermeiros, as 45 USF. Para o DS II, das 38 USF, 12 USF não tinham o profissional médico, participando para o cálculo da amostra desta população, 26 USF; no que se refere à população dos enfermeiros, foram consideradas 37 USF, uma vez que uma USF estava sem este profissional.

Assim, fizeram parte da amostra 105 profissionais, sendo 57 profissionais do DS-I (26 médicos e 31 enfermeiros) e 48 profissionais do DS-II (21 médicos e 27 enfermeiros), conforme planejamento amostral apresentado anteriormente. A escolha dos profissionais que participaram da amostra ocorreu através de sorteio aleatório. Para cada estrato foi gerado um número aleatório entre 0 e 1 para as USFs, sendo escolhida para compor a amostra os profissionais das USFs com maior probabilidade. Caso a USF sorteada não apresentasse médico ou enfermeiro, foi escolhida uma outra USF no qual estivesse presente este profissional, respeitando-se as probabilidades obtidas para cada unidade.

Após aplicação do questionário aos profissionais selecionados pela amostra, foram identificados três profissionais de saúde, que constituíram os sujeitos da fase qualitativa da pesquisa, seguindo os seguintes critérios de exclusão e inclusão:

- Critério de exclusão:

Todos aqueles que fizeram, na prática profissional, atos ou ações já consignadas ou previstas nos modelos assistenciais conhecidos (Privatista, Campanhista e da Estratégia de Saúde da Família);

- Critérios de inclusão:

1. Todos os médicos e enfermeiros que praticavam atos ou ações de saúde não consignados ou previstos nos modelos assistenciais conhecidos (Privatista, Campanhista e da Estratégia de Saúde da Família); ou

2. Todos os médicos e enfermeiros que praticavam atos ou ações de saúde, orientados pela Secretaria Municipal de Saúde, mas, utilizando uma racionalidade ou um jeito de fazer diferente do usual.

3.4 Instrumentos de Coleta e obtenção do material empírico

Esta pesquisa foi dividida em duas fases. A primeira fase, predominantemente quantitativa, contemplou a coleta de dados, que foi conduzida pelo questionário (Apêndice B).

Na segunda fase, unicamente qualitativa, o material empírico foi coletado por meio de entrevistas a partir de um roteiro semiestruturada (Apêndice C).

O questionário foi aplicado depois de assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O instrumento contém perguntas fechadas e abertas referentes aos aspectos socioeconômicos, identificação profissional e ambiente de trabalho dos profissionais, informações que permitiram mapear as equipes de saúde da família, nas 59 (cinquenta e nove) Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do município de João Pessoa; caracterizar os atos e ações de saúde dos profissionais médicos e enfermeiros; e foi também um instrumento norteador da pesquisa qualitativa, uma vez que, a partir da análise do material, indicou as Unidades de Saúde, onde os profissionais desenvolviam alguma estratégia e tática alternativa.

A segunda fase da pesquisa consistiu na aplicação do roteiro semiestruturado por meio das entrevistas aos profissionais selecionados, mediante sua permissão através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Nesta etapa da pesquisa, foi solicitado ao profissional que descrevesse, o mais completamente possível, seu dia típico de trabalho na equipe de saúde da família do Distrito Sanitário onde estava lotado, buscando detalhes sobre o uso de eventuais estratégias e táticas alternativas por ele desenvolvido.

3.5 Etapas de trabalho de campo

A pesquisa teve início com aplicação de um pré-teste a alguns profissionais escolhidos aleatoriamente, o que permitiu evidenciar eventuais falhas ou inconsistências nas questões.

A partir de então, foi iniciada a fase quantitativa da pesquisa mediante a coleta de dados realizada nos meses de fevereiro a julho de 2010. Foram realizadas visitas aos Diretores dos Distritos Sanitários I e II, para solicitação da autorização para iniciar a pesquisa. Em cada Unidade, os profissionais foram comunicados e, de acordo com a demanda dos usuários, foram agendadas datas para retorno com finalidade de aplicar o questionário.

Todas as Unidades de Saúde dos Distritos em estudo que constituíram a amostra foram visitadas e aqueles profissionais que recusaram foram substituídos por outros das Unidades seguintes, de acordo com o sorteio realizado.

Depois de realizada esta fase, nos meses de agosto e setembro de 2010 foi realizada a fase qualitativa da pesquisa, que se iniciou com um contato prévio com os três profissionais de saúde sujeitos desta fase, para agendamento das entrevistas, gravadas mediante permissão do profissional e posteriormente transcritas.

3.6 Análise dos dados Quantitativos

Na análise dos dados obtidos, a partir do questionário, foi utilizada a ajuda do *software* R. De acordo com Beasley (2004), esse instrumento fornece uma ampla variedade de técnicas estatísticas na manipulação de dados, cálculos e visualização gráfica.

Os dados estatísticos foram trabalhados em forma de tabelas, nos quais foram estudadas as proporções das variáveis desejáveis, assim como foram realizados testes de hipóteses paramétricos, como método para tomada de decisão.

3.7 Análise dos dados Qualitativos

Para a análise dos textos obtidos mediante a aplicação dos questionários semiestruturados, utilizou-se a Técnica da Análise de Discurso (FIORIN, 2008), que foi orientada pela análise de documentos oficiais relacionados ao objeto de estudo da pesquisa.

Para Fiorin (2008), a técnica da Análise de Discurso é indicada nas pesquisas qualitativas por possibilitar relacionamento dos materiais que envolvem juízos e valores..

3.8 Aspectos éticos

O referido projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o qual foi aprovado com o Parecer nº 0148 (ANEXO III).

Para iniciar a coleta de dados, foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde do município de João Pessoa-PB, recebendo encaminhamento favorável sob o número de protocolo 23.878/2009 (ANEXO IV).

*Apresentação e discussão dos dados
coletados*

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como mencionado anteriormente, esta pesquisa contempla as abordagens quantitativa e qualitativa. Nesse sentido, foram realizadas duas fases seqüenciais de coleta e análise de dados e, a seguir, será feita a apresentação dos resultados de acordo com as fases da pesquisa: I- Perfil sócio-econômico e de formação de médicos e enfermeiros por Distrito Sanitário; II- Caracterizando os atos e ações desenvolvidas pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II; e III- Estratégias e táticas alternativas: o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

4.1 Perfil sócio-econômico e de formação de médicos e enfermeiros por Distrito Sanitário

Como mostra a Tabela 1 abaixo, percebe-se que em ambos os Distritos Sanitários (DS), o gênero feminino prevalece em ambas as profissões, porém eles apresentam algumas diferenças que merecem destaque. No Distrito Sanitário I (DS I), 100% dos profissionais enfermeiros são do sexo feminino. Entre os profissionais médicos, tal porcentagem está em torno de 81%. No que se referem ao Distrito Sanitário II (DS II), os dados apontam que 7,41% dos profissionais enfermeiros são do sexo masculino. Em relação aos médicos, 61,90% dos profissionais são do sexo feminino, evidenciando que, na amostra dos médicos, a predominância do sexo feminino não é tão considerável quando comparada aos resultados obtidos para o DS I.

Tabela 1: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o Gênero. João Pessoa – PB, 2010.

GÊNERO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Masculino	19,23%	0,00%	38,10%	7,41%
Feminino	80,77%	100,00%	61,90%	92,59%

Na tabela 2 a seguir, observa-se divergência entre os DS no que se diz respeito à faixa etária, evidenciando que a maior parte (29,63%) dos enfermeiros do DS I está na faixa etária de 25 a 35 anos, o que diverge da realidade do DS II, uma vez que 33,33% dos enfermeiros se enquadram na faixa etária de 45 a 50 anos.

Em relação aos médicos, os dados revelam uma divergência quando comparados aos enfermeiros, pois 75% dos profissionais médicos no DS I e 55% no DS II se enquadram na faixa etária acima de 50 anos.

Tabela 2: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a faixa etária. João Pessoa – PB, 2010.

FAIXA ETÁRIA	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
18 ---25 anos	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%
25 ---35 anos	0,00%	29,63%	10,0%	29,63%
35 ---45 anos	16,67%	25,93%	25%	18,52%
45 ---50 anos	8,33%	22,22%	10%	33,33%
>50 anos	75,0%	22,22%	55,0%	14,81%

Em relação à formação dos profissionais (Tabela 3), a realidade de ambos os DS não difere, pois tanto os médicos quanto os enfermeiros concluíram sua graduação em universidades federais.

Tabela 3: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a Formação dos profissionais. João Pessoa – PB, 2010.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Universidade pública	88,46%	58,06%	95,24%	59,26%
Universidade privada	11,54%	41,94%	4,76%	40,74%

Em relação ao tempo de graduação, a Tabela 4 abaixo ilustra que a realidade não diverge quando comparados os DS, apenas apresentando pequenas diferenças em relação aos valores percentuais. Destaca-se que a maioria dos profissionais apresenta mais de 10 anos de experiência profissional.

Tabela 4: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o tempo de graduação. João Pessoa – PB, 2010.

TEMPO DE GRADUAÇÃO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
---3anos	0,00%	3,23%	4,76%	7,41%
3 ---5 anos	0,00%	19,35%	0,00%	7,41%
5 ---10 anos	3,85%	9,68%	14,29%	22,22%
>10 anos	96,15%	67,74%	80,95%	62,96%

No que diz respeito à pós-graduação (Tabela 5), a realidade dos DS não difere, uma vez que a maioria dos médicos e enfermeiros possui Especialização. Vale ressaltar que, em ambos os DS, observou-se que a proporção de enfermeiros com especialização é maior que a proporção de médicos com tal título. Além disso, verificou-se que apenas no DSI evidenciaram-se profissionais com o título de Mestrado.

Tabela 5: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.

PÓS-GRADUAÇÃO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Não possui	19,23%	9,68%	19,05%	11,11%
Especialização	69,23%	80,65%	80,95%	88,89%
Mestrado	11,54%	9,68%	0,00%	0,00%
Doutorado	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

De acordo com a Tabela 6, a realidade dos DS difere, evidenciando que a maioria dos enfermeiros afirmou possuir algum tipo de pós-graduação na área assistencial, sendo 37,93% do DS I e 41,67% do DS II. Em contrapartida, mais da metade dos médicos do DSI (52,93%) afirmaram possuir pós-graduação em outras áreas que não sejam educacional, assistencial e administrativa, destacando áreas como: clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria. No entanto, no DS II 58,82% dos médicos consideram que a pós-graduação se enquadra na área assistencial. Os dados ainda revelam que em ambos os DS a dimensão educativa foi pouco mencionada, evidenciando que apenas 10,34% dos enfermeiros do DS I e 20,83% dos

enfermeiros do DS II possuem pós nesta área. Em relação aos médicos, essa realidade não é diferente.

Tabela 6: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a área de pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.

ÁREA DA PÓS-GRADUAÇÃO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Administração	4,76%	3,45%	0,00%	8,33%
Assistencial	42,86%	37,93%	58,82%	41,67%
Educação	0,00%	10,34%	5,88%	21%
Outras	52,38%	31,03%	35,29%	29,17%
Nenhuma	0,00%	6,90%	0,00%	0,00%
Mais de duas	0,00%	10,34%	0,00%	0,00%

Entre os profissionais que afirmaram não possuir pós-graduação, a principal área de interesse seria a dimensão assistencial, assim como ilustra a Tabela 7 abaixo. Merece destaque o fato de que alguns profissionais médicos não possuem interesse por nenhum tipo de pós-graduação, sendo este percentual de 40% no DS I e de 25% no DS II.

Tabela 7: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo interesse em pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.

INTERESSE PÓS-GRADUAÇÃO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Administração	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Assistencial	60,00%	80,00%	50,00%	66,67%
Educação	0,00%	20,00%	0,00%	33,33%
Outras	0,00%	0,00%	25,00%	29,17%
Nenhuma	40,00%	0,00%	25,00%	0,00%

De acordo com os dados da Tabela 8 abaixo, observam-se algumas semelhanças quanto aos DS, uma vez que tanto os médicos quanto os enfermeiros apontaram a área assistencial como a mais importante. No entanto, vale destacar que no DS I apenas 7,69% dos médicos consideram a área educativa importante, sendo que no DS II, foram os enfermeiros que não

consideraram a área educativa importante para suas atividades, correspondendo a um total de 11,11%. A área administrativa, em ambos os DS, não foi mencionada pelos médicos e apenas 9,68% dos enfermeiros do DS I e 3,7% do DS II apontaram esta área como importante para suas atividades.

Tabela 8: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo a formação complementar. João Pessoa – PB, 2010.

FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Administração	0,00%	9,68%	0,00%	3,70%
Assistencial	46,15%	38,71%	42,86%	40,74%
Educação	7,69%	25,81%	23,81%	11,11%
Outras	15,38%	6,45%	14,29%	7,41%
Nenhuma	11,54%	0,00%	14,29%	7,41%
Mais de duas	19,23%	19,35%	4,76%	29,63%

No que se refere ao tempo em que tais profissionais trabalham na Atenção Básica, como mostra a Tabela 9 abaixo, quase a metade dos enfermeiros do DS I (45,16%) e pouco mais da metade dos enfermeiros do DS II (51,85%) tem mais de 10 anos de experiência na Atenção Básica. Em relação aos médicos, a realidade é diferente. No DS I, a maioria dos médicos está de 5 a 10 anos na Atenção Básica, correspondendo a um total de 42,31% da amostra. No entanto, no DS II, observa-se um equilíbrio, pois apresentam uma mesma proporção de 38,10% tanto para o tempo de 5 a 10 anos quanto para há mais de 10 anos na Atenção Básica.

Tabela 9: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo o tempo na Atenção Básica. João Pessoa – PB, 2010.

TEMPO DE ATENÇÃO BÁSICA	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
<1 ano	0,00%	6,45%	0,00%	0,00%
1 ---3anos	7,69%	6,45%	9,52%	11,11%
3 ---5 anos	11,54%	16,13%	14,29%	7,41%
5 ---10 anos	42,31%	25,81%	38,10%	29,63%
>10 anos	38,46%	45,16%	38,10%	51,85%

Os dados apresentados na Tabela 10 revelam que tanto no DS I quanto no DS II, a maioria dos enfermeiros está de 5 a 10 anos trabalhando na Unidade de Saúde da Família. Esta realidade diverge quando se refere aos médicos, porém não sendo diferente para os DS I e DS II, pois, em ambos, a maioria dos médicos está na Unidade de Saúde da Família há menos de três anos, correspondendo a uma proporção de 46,16 % e 52,38 % dos médicos, respectivamente.

Tabela 10: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo tempo na Unidade de Saúde da Família (USF). João Pessoa – PB, 2010.

TEMPO NA USF	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
<1 ano	11,54%	16,13%	0,00%	14,81%
1 ---3anos	34,62%	32,26%	52,38%	29,63%
3 ---5 anos	30,77%	9,68%	9,52%	14,81%
5 ---10 anos	19,23%	35,48%	19,05%	40,74%
>10 anos	3,85%	6,45%	19,05%	0,00%

De acordo com os dados da Tabela 11 abaixo, observa-se que a maior parte dos enfermeiros não exerce outra atividade profissional. No entanto, em relação aos médicos, verifica-se que 71,23% dos profissionais que atendem no DS II afirmaram exercer algum tipo de atividade que não seja na USF.

Tabela 11: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo exercício de outra atividade. João Pessoa – PB, 2010.

OUTRA ATIVIDADE	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
SIM	42,31%	35,48%	71,43%	40,74%
NÃO	57,69%	64,52%	28,57%	59,26%

Como mostram os resultados apresentados na Tabela 12 a seguir, quanto à iniciativa dos Distritos na implementação da educação continuada, percebe-se um equilíbrio entre os profissionais de ambos os DS, evidenciando-se que, para o exercício de suas atividades na USF, apenas os médicos do DS I responderam não receber nenhum tipo de educação

continuada por iniciativa do Distrito, correspondendo a quase 54% da amostra. No entanto, em ambos os DS, a maioria dos enfermeiros afirmou que recebia educação continuada, sendo que apenas os médicos do DS II se enquadram nessa realidade, representados por quase 58% da amostra.

Tabela 12: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo incentivo à educação continuada. João Pessoa – PB, 2010.

EDUCAÇÃO CONTINUADA	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
SIM	46,15%	51,61%	57,14%	66,67%
NÃO	53,85%	48,39%	42,86%	33,33%

De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2009), que visa a estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, observa-se, a partir da Tabela 13 que segue, uma divergência quanto aos DS. A classificação é dividida de acordo com pontuações estabelecidas e classificada nas seguintes classes por Renda Familiar: **A1** – R\$ 7.793,00; **A2** - R\$ 4.648,00; **B1** - R\$ 2.804,00; **B2** - R\$ 1.669,00; **C** - R\$ 927,00; **D** – R\$ 424,00; e **E** - R\$ 207,00.

Como mostram os resultados, 48,39% dos enfermeiros do DS I se enquadram na Classe B2, correspondendo a uma renda média familiar de R\$ 1.669,00, situação que difere dos enfermeiros do DS II, pois 62,96% destes profissionais se enquadram na classe C, que corresponde a uma renda média familiar de R\$ 927,00.

Em relação aos médicos, em ambos os DS, estes se enquadram na Classe B2, (renda média familiar de R\$ 1.669,00).

Merece destacar ainda que, no critério de classificação, existe a classe B1, que corresponde a uma renda média de R\$ 2.804,00 e que, como evidenciado, nos dois DS alguns profissionais se enquadram, destacando os médicos, embora com proporções diferentes, quando comparados os dois DS, assim como ilustra a Tabela 13 abaixo. Em relação aos enfermeiros, as proporções são diferentes quanto aos DS, revelando que no DS II, apenas 3,7% dos enfermeiros se enquadraram nessa realidade.

Tabela 13: Distribuição dos Médicos e Enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II, segundo Perfil sócio-econômico. João Pessoa – PB, 2010.

PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO	Distrito Sanitário I		Distrito Sanitário II	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
B1	37,50%	19,35%	21,05%	3,70%
B2	41,67%	48,39%	57,89%	33,33%
C1	20,83%	32,26%	21,05%	62,96%

De acordo com os resultados obtidos no processo amostral e apresentados nas Tabelas, evidenciou-se que os Distritos Sanitários I e II apresentam uma distribuição dos médicos e enfermeiros com semelhanças em relação aos aspectos: formação profissional, tempo de graduação, pós-graduação, área de interesse de pós-graduação e incentivo a educação continuada. Em contrapartida, foram observadas diferenças com relação ao gênero, faixa etária, área de pós-graduação, tempo de Atenção Básica, tempo na Unidade de Saúde, exercício de outra atividade e perfil sócio-econômico.

Chama atenção o fato de que, nos Distritos em estudo, a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros afirmou trabalhar na Atenção Básica há mais de 10 anos, no entanto, na Unidade de Saúde da Família em que se insere, a maioria dos médicos trabalha há menos de três anos e os enfermeiros de 5 a 10 anos.

Outro ponto em destaque se refere à faixa etária e o tempo de graduação, em que a maior proporção dos médicos se enquadra na faixa etária acima de 50 anos, enquanto os enfermeiros estão entre 30 e 50 anos. Quanto ao tempo de graduação, a maioria dos profissionais de ambos os Distritos, é graduada há mais de 10 anos. Esta realidade pode refletir na forma de atuar junto à comunidade, quando se considera o perfil profissional, pois se sabe que Educação passa por um processo de transformação que implica novas formas de ensino e aprendizagem que vão influenciar no modo de como intervir e atuar nos serviços de saúde.

4.2 Caracterizando os atos e ações desenvolvidos pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II

Considerando que alguns atos e ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), podem ainda estar muito impregnados de características de outros modelos que se pretende superar, terminando por desprivilegiar as características da própria Estratégia,

voltando-se o cuidado apenas para intervenção nos estados doentes e não voltado para as necessidades de saúde, optou-se por realizar **Testes de Hipóteses** objetivando verificar a proporção dos profissionais médicos e enfermeiros dos DS I e DS II quanto aos atos e ações desenvolvidos.

Desta forma, a partir dos dados coletados e do cálculo das frequências de respostas das questões que abordavam características dos Modelos Privatista, Sanitarista e da Estratégia Saúde da Família, para cada questão, foi identificada a hipótese específica a ser testada, conhecida como **hipótese alternativa (H_1)**, podendo ser expressa por $p > 0,5$ ou $p < 0,5$, de acordo com o que for definido, e a **hipótese nula (H_0)** que é representada por $p = 0,5$.

Para especificar alguns atos e ações, seja por profissionais ou por Distrito Sanitário, optou-se por realizar o **Teste da Diferença entre Proporções**, onde $H_1: p_1 \neq p_2$ e a $H_0: p_1 = p_2$, ou seja, a proporção de respostas é igual.

Após definidas as hipóteses, determinou-se o nível de significância ($\alpha = 0,05$) e utilizando-se o *software* R, calculou-se a estatística do teste para saber se o resultado está na região de rejeição ou não, de acordo com o p-valor obtido, para assim, tomar a decisão. Desta forma, caso o p-valor seja menor que o nível de significância, a hipótese nula será rejeitada, significando que os dados observados testemunham fortemente contra H_0 e, nesse caso, será adotado a H_1 . No entanto, caso não se rejeite H_0 , indica que não há evidências suficientes para rejeitar H_0 :

- Se $p\text{-valor} \leq \alpha$ ----- **Rejeitar H_0**
- Se $p\text{-valor} > \alpha$ ----- **Não rejeitar H_0**

Nessa perspectiva, realizado esses Testes de Hipóteses, evidenciou-se que, embora os pressupostos do Modelo de Estratégia Saúde da Família sejam aplicados pelos profissionais dos DS I e DS II, características dos Modelos Privatista e Sanitarista ainda foram identificadas. Estas características foram agrupadas por Modelo de Atenção a saúde e elaboradas hipóteses para aplicação dos testes para proporção, como revelam os resultados a seguir.

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo os Modelos de Atenção Privatista

Embora a reorientação do modelo assistencial na qual se insere a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja uma proposta formalmente concreta, no campo das práticas, permanece

em construção e, em virtude disso, co-existem elementos de ambos os modelos de atenção a saúde (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Assim, características do Modelo Privatista como: demanda espontânea, oferta de serviços demandados pelos usuários, ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos, ainda são ações presentes nos serviços de saúde.

Tabela 14: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Privatista. João Pessoa-PB, 2010.

Características do Modelo Privatista	Hipóteses estudadas	p-valor
Demanda espontânea	H ₀ : a proporção dos profissionais que trabalha com a chamada demanda espontânea é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que trabalha com a demanda espontânea é p > 0,5.	p-valor < 2.2 x 10 ⁻¹⁶
Oferta de serviços demandados pelos usuários	H ₀ : a proporção dos profissionais que trabalha apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é p < 0,5.	p-valor = 3.461x10 ⁻⁰⁸
Ações educativas pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos	H ₀ : a proporção dos profissionais que realiza ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que realiza ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é p < 0,5.	p-valor = 2.924x 10 ⁻¹⁵

Nível de significância (α) = 0,05%

Nesse contexto, tendo em vista que a pressão espontânea e desorganizada da demanda que condiciona a organização e recursos para oferta revela uma característica do Modelo Privatista (PAIM, 2003a), de acordo com os resultados, mais de 95% dos profissionais afirmaram que a Unidade de Saúde da Família (USF), em que se inserem, trabalham com a chamada “demanda espontânea”, isto é, atende a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria.

Do ponto de vista estatístico, através do teste para proporção, considerando as hipóteses apresentadas, como ilustra a Tabela 14, foi constatado um p-valor menor que o nível de

significância estabelecido e, assim, evidenciando-se que a maioria dos profissionais trabalha com a demanda espontânea.

Nesse sentido, verifica-se que existe uma grande proporção de profissionais que inserem em suas práticas o atendimento a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria. No entanto, esta realidade não indica que esses profissionais priorizem esse tipo de atendimento, uma vez que pode não influenciar na organização do serviço na USF, já que foi evidenciado que somente 23% dos profissionais afirmaram utilizar, no seu processo de trabalho administrativo, apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários. Esta realidade possui evidências estatísticas, pois através do teste para proporção, tendo como H_1 se a minoria dos profissionais, no processo de trabalho administrativo, utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários, foi verificado um p-valor menor que o nível de significância, confirmando, assim, esta hipótese.

Diante deste resultado, é necessário que se compreenda que a organização da assistência é o foco da atuação setorial desde o início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dentre os desafios, destaca-se o de substituir o modelo privatista e de livre demanda e, assim, implementar os princípios da universalidade e integralidade (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, embora os resultados revelem que a demanda espontânea ainda se faz presente nos serviços de saúde dos profissionais médicos e enfermeiros é importante reconhecer que não se pode desconsiderar a procura dos usuários por livre iniciativa, corroborando com as idéias de Scherer, Pires e Schwartz (2009), ao afirmarem ser ainda um grande desafio à gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores de saúde.

No que se refere às ações de educação em saúde, desenvolvidas pelos profissionais, apenas 11% afirmaram desenvolver ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos. Do ponto de vista estatístico, a partir do teste de proporção, constatou-se que, no processo de trabalho educativo, a minoria dos profissionais realiza essas ações pontuais e focalizadas.

Esta realidade também foi verificada, por profissional de saúde, a partir do teste de hipóteses para comparação de proporção. No entanto, não foram obtidas evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (p -valor = 0.863), evidenciando que não há diferenças entre médicos e enfermeiros nessa conduta.

Esses resultados revelam que, embora a maioria dos profissionais valorize ações generalistas, o que condiz com as propostas da ESF, merece destaque a existência de

profissionais que ainda contemplam ações educativas de forma pontual e focadas nas especificidades.

Assim, considerando que os profissionais que trabalham na Atenção Básica deveriam compreender e agir sobre os determinantes do processo saúde/doença, implicando a união de saberes e práticas a serem utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias, como demonstram os resultados, os profissionais do estudo ainda implementam práticas estabelecidas pelo modelo privatista que acabam não destacando tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas.

Besen *et al* (2007) e Reis *et al* (2007) consideram que o estilo de pensamento curativista na educação em saúde, por ter foco nas patologias e impositivo na relação profissional-paciente, é realizado na perspectiva da prescrição de conduta, saindo o usuário da Unidade com uma prescrição na mudança de hábito a ser implementada em seu cotidiano, sem levar em conta seus valores e modo de viver.

No entanto, no âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais da saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, devendo extrapolar o campo da informação, integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam a formas específicas de condutas e práticas (ALVES, 2005; BESEN *et al*, 2007).

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo os Modelos de Atenção Sanitarista

A análise ainda revelou outras formas de intervenção desenvolvidas pelos profissionais médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários em estudo, ao considerar algumas características subjacentes ao Modelo Sanitarista: campanhas sanitárias e programas especiais, controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e informações e esclarecimentos pontuais.

Os dados evidenciaram que os profissionais do estudo não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Para Paim (2003a), esse tipo de assistência que enfrenta os problemas de saúde da população através de campanhas e programas especiais, é uma característica do Modelo Sanitarista.

Tabela 15: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo Sanitarista. João Pessoa-PB, 2010.

Características do Modelo Sanitarista	Hipóteses estudadas	p-valor
Campanhas Sanitárias e programas especiais	H ₀ : a proporção dos profissionais que utiliza campanhas e programas especiais de saúde é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que utiliza campanhas e programas especiais de saúde é p > 0,5.	p-valor < 2.2x10 ⁻¹⁶
Controle de certos agravos ou em determinados grupos específicos em risco de adoecer ou morrer	H ₀ : a proporção dos profissionais que no seu processo de trabalho assistencial volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos em risco de adoecer ou morrer, é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que seu processo de trabalho volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos em risco de adoecer ou morrer é p > 0,5.	p-valor = 3.576x10 ⁻⁰⁶
Esclarecimento e informações pontuais à comunidade	H ₀ : a proporção dos profissionais que fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é p > 0,5.	p-valor = 1.349x10 ⁻¹⁴

Nível de significância (α) = 0,05%

Nesse contexto, constatou-se que 100% dos profissionais afirmaram utilizar, nas USF, campanhas e programas especiais de saúde para atender a população usuária dos serviços.

Os resultados ainda revelaram que mais de 72% dos profissionais também concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Resultados que também possuem evidências estatísticas, uma vez que, constatou-se a partir do teste de proporção, que no processo de trabalho, a maioria dos profissionais volta-se para o controle de outros agravos ou de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer.

Esses resultados apontam um desafio para gestão dos serviços de saúde no sentido de reduzir esse tipo de assistência, já que de acordo o Ministério da Saúde, na ESF deve-se buscar implementar ações que respondam aos problemas e necessidades sociais de saúde da população, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde

relacionados a seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006a), e não apenas enfrentando problemas de saúde por meio de campanhas e no controle de agravos.

Levando em consideração que as campanhas acabam visando, entre outros aspectos, ao esclarecimento e à informação da comunidade, não compreendendo práticas educativas estruturadas (PAIM, 2003a), merece destaque o fato de que, embora a maioria dos profissionais do estudo tenha anteriormente afirmado que no seu processo de trabalho educativo utilizam ações generalistas, visando à promoção da saúde dos usuários, estes se contradizem ao afirmarem que fornecem esclarecimentos e informações pontuais à comunidade, sendo uma realidade afirmada por mais de 87% dos profissionais. Tal fato possui evidências estatísticas, constatando que a maioria dos profissionais fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade.

Ao verificar essa realidade por profissional e por Distrito Sanitário, não houve evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula, já que os valores do p-valor encontrados foram maiores que o nível de significância (p-valor = 0.167 e p-valor = 1, respectivamente), podendo revelar assim que a postura da maioria dos médicos e dos enfermeiros não difere, assim como também os resultados podem indicar que a forma de organização das atividades desenvolvidas pelos DS I e DS II não é diferente, uma vez que não houve evidências estatísticas que apontassem diferenças entre as proporções dos profissionais.

Percebe-se que, embora os profissionais afirmem desenvolver ações com vistas à promoção da saúde, ainda pode estar presente a visão biologista, o que pode interferir no entendimento do que seria promoção da saúde e, desta forma, contribuir para o desenvolvimento de ações educativas condizentes com os modelos de atenção a saúde anterior ao da ESF, uma educação voltada para doença, com viés curativista, visando apenas ao esclarecimento e informação aos usuários.

Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo o Modelo de Atenção Estratégia Saúde da Família

Como visto anteriormente, os resultados revelam que ainda existem características dos modelos privatistas e sanitaristas no campo de trabalhos dos profissionais médicos e enfermeiros dos DS I e DS II. No entanto, ao abordar as características da ESF, percebeu-se que a maioria afirma considerar os pressupostos deste Modelo, mesmo podendo não ser aplicados na prática, uma vez que características dos outros modelos ainda estão presentes no processo de trabalho desses profissionais.

Tabela 16: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as características do Modelo da Estratégia Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2010.

Características do Modelo da Estratégia Saúde da Família	Hipóteses estudadas	p-valor
Necessidades de saúde da população (indivíduo e família)	H ₀ : a proporção dos profissionais que atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços, é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços é $p < 0,5$.	p-valor $< 2.2 \times 10^{-16}$
Trabalho em equipe	H ₀ : a proporção dos profissionais que prioriza atividades em equipe é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que prioriza atividades em equipe é $p < 0,5$.	p-valor = 0.085
Educação em saúde	H ₀ : a proporção dos profissionais que o trabalho educativo implementa ações voltadas para capacitação dos usuários é igual a 0,5; H ₁ : a proporção dos profissionais que no trabalho educativo implementa ações voltadas para capacitação dos usuários é $p < 0,5$.	p-valor $< 2.2 \times 10^{-16}$

Nível de significância (α) = 0,05%

A partir da análise dos dados, observou-se que apenas 3,8% dos profissionais do estudo afirmaram que a Unidade de Saúde da Família (USF) na qual se inserem não atende as necessidades de saúde da população usuária, apontando que utilizam apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços demandados. Esta realidade foi estatisticamente evidenciada (Tabela 16), a partir do teste de proporção, ao constatar que a minoria dos profissionais se insere nesta realidade.

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família compreende uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em novas bases e critérios, a partir a atenção básica tendo como objetivo principal a transformação das práticas assistenciais características do modelo tradicional de assistência, orientadas para a cura de doenças, de forma a priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Tal estratégia parte de uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, tendo como foco de atenção a família, entendida a partir do ambiente em que vive (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, os resultados revelam que a maioria dos profissionais, ao considerar as necessidades de saúde dos usuários e não apenas a demanda espontânea, está condizente com o modelo da ESF, pois mesmo tendo a maioria afirmado trabalhar com a demanda espontânea (como visto anteriormente), esta não está sendo o foco dos serviços de saúde, já que as necessidades de saúde estão sendo consideradas no processo de trabalho destes profissionais.

Ao se abordar o trabalho em equipe, apesar de 57,14% dos profissionais entrevistados priorizarem atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade, do ponto de vista estatístico, constatou-se um p-valor maior que o nível de significância, revelando que não há evidências estatísticas suficientes para rejeitar H_0 e, conseqüentemente, afirmar que a maior parte dos profissionais prioriza o trabalho em equipe.

Ainda sobre o trabalho em equipe, ao verificar essa realidade por profissional de saúde, não se obtiveram evidências estatísticas para rejeitar a hipótese nula (p-valor = 0.7988), evidenciando que não existem diferenças entre médicos e enfermeiros quanto a essa conduta.

Na ESF, a existência de um espaço para o planejamento e organização do processo de trabalho da equipe encontrado na reunião dos profissionais proporciona a oferta de um cuidado mais integral e resolutivo. A articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos (KANTORSKI *et al*, 2009).

Deste modo, vale ressaltar que, a partir do momento em que se considera o trabalho em equipe, passa-se a romper com as ações dos serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada da atenção, características de modelos anteriores ao da ESF, promovendo assim as discussões sobre os problemas prioritários da comunidade.

No que se refere ao processo educativo voltado para capacitação dos usuários, os resultados revelaram que apenas 9,5% dos profissionais afirmaram não realizar ações com essas finalidades. Tal fato pôde ser evidenciado estatisticamente, através do teste de proporção, evidenciando que a minoria dos profissionais se insere nessa realidade.

Vale ressaltar que foi constatado nesse estudo que os profissionais afirmaram fornecer esclarecimentos e informações pontuais à comunidade em seu processo de trabalho educativo, fato preocupante, uma vez que se percebe uma confusão pelos profissionais do que seria um processo educativo com base em informação.

Assim, é importante entender que a informação é o conteúdo do processo de comunicação. Este, por sua vez, implica necessariamente que haja interação interpessoal dos sujeitos envolvidos. O processo educativo, no entanto, está além do processo de comunicação, já que a educação é uma prática social que dá significado à informação, referindo-a ao

conhecimento, desenvolvendo a capacidade de sua compreensão plena pela reflexão e, sobretudo, provendo sua aplicação prática (BRASIL, 2003).

Diante dos resultados apresentados, percebe-se que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros desenvolve suas práticas conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde, implementando e organizando suas ações de acordo com os princípios do Modelo de Atenção a saúde da ESF, conforme o apresentado no Plano Municipal de João Pessoa-PB, no entanto, a minoria encontrada requer uma atenção, pois é preciso que os profissionais estejam atentos para que não fiquem alheios à finalidade da ESF e, assim, não se afastem do compromisso e da responsabilidade pela saúde do usuário. É necessário que façam uma reflexão acerca de suas práticas, a fim de torná-la aplicável ao contexto no qual está inserido e, desta forma, atender ao que condiz a ESF.

Identificando as dimensões Assistencial e Educativa: prioridades dos profissionais médicos e enfermeiros dos DS I e DS II

Para Villela *et al* (2009), as ações de promoção e prevenção da saúde no Modelo da ESF são tão importantes na construção da idéia do cuidado e da integralidade quanto é a prescrição de medicamentos nos modelos Privatista e Sanitarista. É pertinente, pois, que após discutir os atos e ações desenvolvidos pelos profissionais médicos e enfermeiros, enfatizando Modelos de Saúde, se investigue a dimensão nas quais essas práticas se inserem.

Tabela 17: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as Dimensões Assistencial e Educativa. João Pessoa-PB, 2010.

Dimensões analisadas	Hipóteses estudadas	p-valor
Dimensão Assistencial	H ₀ : se a proporção de profissionais que prioriza a dimensão assistencial é igual a 0,5; H ₁ : se a proporção dos profissionais que prioriza a dimensão assistencial é p > 0,5.	p-valor = 2.568X10 ⁻¹³
Dimensão Educativa	H ₀ : se a proporção de profissionais que considera a segunda dimensão como educativa é igual a 0,5; H ₁ : se a proporção dos profissionais que considera a segunda dimensão educativa é p > 0,5.	p-valor = 0.038

Nível de significância (α) = 0,05%

Evidenciou-se que o trabalho profissional ocorre com maior frequência na dimensão assistencial, representado por mais de 85% dos profissionais. Esses resultados foram comprovados estatisticamente, a partir do teste de proporção, evidenciando que a maioria dos profissionais afirmou priorizar a dimensão assistencial.

Ao verificar qual seria a segunda dimensão mais freqüente, quase 60% dos profissionais afirmaram ser a dimensão educativa. A partir do teste de proporção, o resultado foi comprovado, revelando que a segunda dimensão mais freqüente entre os profissionais é a dimensão educativa.

Sabe-se que o modo de agir do trabalhador é orientado pelo que compreende como seu trabalho e sua finalidade, assim como pelos seus projetos, desejos e interesses, pelo modo como lida e participa individual e coletivamente do processo de trabalho. (MERHY; FRANCO, 2003). Nessa perspectiva, acredita-se que o fato da dimensão assistencial ter sido a de maior freqüência entre os profissionais pode estar de acordo com a realidade em que se insere. No entanto, pode ser uma postura do profissional, reflexo de sua formação, uma vez que não se sabe como acontece essa assistência, que pode atender as necessidades de saúde dos usuários, contudo, pode voltar-se para uma assistência reduzida aos problemas de saúde.

Ainda é oportuno considerar ser importante a compreensão de que, ao estarem inseridos numa política que visa, acima de tudo, à melhoria da qualidade de vida do usuário, é preciso que a prática assistencial não se reduza a diagnósticos e prescrições, mas que almeje a promoção da saúde. Desta forma, vale ressaltar que a mudança proposta pela ESF reside não apenas na reorganização de serviços e práticas que ele pode ensejar, mas principalmente nas diretrizes que orientam o processo de trabalho dos profissionais.

Assim, corrobora-se com Silva, Dias e Rodrigues (2009), ao assinalarem que essa ideologia da sociedade medicalizada pode, de fato, influenciar o trabalho educativo dos profissionais de saúde, já que o reconhecimento do seu trabalho parece estar na dependência da utilização de tecnologias duras, como os medicamentos e os procedimentos diagnósticos.

Verificando a associação entre as questões a partir do Teste de independência

Com a finalidade de verificar se existe alguma dependência entre algumas questões do questionário aplicado aos profissionais do estudo (APÊNCICE B), foi realizado o **Teste de Independência**, considerando as seguintes hipóteses:

- H_0 : não há associação entre as variáveis, isto é, são independentes;
- H_1 : as variáveis são dependentes.

Desta forma, a partir do cálculo das freqüências de respostas das questões, determinou-se o nível de significância ($\alpha = 0,05$) e utilizando-se o *software* R, as hipóteses foram testadas e de acordo com o p-valor obtido, a decisão foi tomada. Assim, sendo o p-valor menor que o nível de significância, a hipótese nula será rejeitada, evidenciando-se a dependência entre as questões.

Nesse sentido, as práticas verificadas foram: as necessidades de saúde com os determinantes do processo saúde-doença e oferta de serviços demandados pelos usuários; Necessidades de saúde com o trabalho educativo voltado para capacitação dos usuários; e o trabalho educativo voltado para capacitação dos usuários com esclarecimentos e informações pontuais.

Assim, foi evidenciado associação entre os determinantes do processo saúde-doença com o trabalho educativo voltado para capacitação dos usuários, sendo que as demais questões não apresentaram dependência, como mostrará a discussão a seguir.

Necessidades de saúde e determinantes do processo saúde-doença

Tendo em vista que as questões sobre as necessidades de saúde e os determinantes sociais deveriam apresentar algum tipo de dependência, uma vez que na Estratégia Saúde da Família (ESF) o processo de trabalho dos profissionais deve voltar-se para atender a essas necessidades e não apenas aos problemas de saúde, considerando as condições sociais e suas relações com o processo saúde-doença, ao realizar o Teste de Independência, constatou-se que o p-valor encontrado foi maior que o nível de significância estabelecido (Tabela 18), evidenciando que não existe dependência entre as questões, uma vez que para rejeitar H_0 o p-valor deveria ser menor que o nível de significância.

Tabela 18: Associação entre as práticas voltadas para as necessidades sociais e determinantes do processo saúde-doença desenvolvidas por médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.

Necessidades sociais	Determinantes do processo saúde-doença		Estatística do teste
	Sempre (0)	Nunca, muito e pouco freqüente (1)	
Sim (0)	78	23	p-valor= 0,2395
Não (1)	2	2	

Nível de significância (α) = 0,05%

Desta forma, o resultado pode indicar que, embora os profissionais tenham afirmado atender as necessidades de saúde da população usuária, nem sempre consideram os determinantes de saúde na implementação de suas ações.

Vale salientar que as necessidades de saúde devem ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um determinado momento da vida. (VILLELA *et al*, 2009). Nessa perspectiva, Paim (2008) ressalta que, no processo de trabalho em saúde, ao reconhecer o objeto como necessidades sociais de saúde e não apenas como problemas de saúde (riscos, agravos, doenças e mortes), impõe-se uma análise dessas necessidades e dos determinantes.

Ainda é um desafio para os profissionais de saúde da ESF considerarem os Determinantes sociais de saúde no seu processo de trabalho. Nesse sentido, é importante ressaltar que somente tomando-se a saúde como um direito de todos, situada dentro de um contexto amplo, influenciada por inúmeros determinantes sociais, será possível elaborar políticas de saúde públicas mais efetivas (BADZIAK; MOURA, 2010).

Necessidades de saúde e ofertas de serviços demandados pelos usuários

Considerando que os profissionais de saúde, ao estarem inseridos em serviços de saúde que implementam suas ações de acordo com os pressupostos da ESF, devem atender as necessidades de saúde e organizar os serviços a partir destas necessidades, com intuito de reduzir a demanda espontânea, procurou-se associar as necessidades de saúde e ofertas de serviços demandados pelos usuários, no intuito de destacar a associação entre as variáveis, por considerar que essa organização dos serviços deveria estar voltado para as necessidades de saúde e não a partir da demanda.

Nesse contexto, a implementação de um modelo de atenção básica em saúde voltado para responder as necessidades de saúde dos diferentes sujeitos que constituem uma população, no Sistema Único de Saúde brasileiro, não é simples. Exige uma organização ágil e eficiente de diferentes elementos, incluindo serviços de saúde e profissionais. Para responder a este desafio, o SUS determina que os municípios devam organizar os serviços e atividades oferecidos à sua população de acordo com as necessidades identificadas e prioridades definidas localmente (VILLELA *et al*, 2009).

Tabela 19: Associação entre as práticas voltadas para as necessidades sociais e ofertas dos serviços demandados desenvolvidas por médicos e enfermeiros dos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.

Necessidades sociais	Ofertas de serviços demandados		Estatística do teste
	Não (1)	Sim (0)	
Sim (0)	77	23	p-valor = 1.000
Não (1)	3	1	

Nível de significância (α) = 0,05%

Assim, ao realizar Teste de independência, constatou-se que o p-valor encontrado foi maior que o nível de significância estabelecido (Tabela 19), evidenciando que não existe dependência entre as questões.

Os resultados podem apontar que, embora os profissionais afirmem considerar as necessidades de saúde, nem sempre as ofertas do serviço são organizadas a partir destas necessidades, uma vez que podem ainda considerar a oferta de serviços demandados na organização dos serviços.

É importante ressaltar que para o Ministério da Saúde, a ESF deve organizar e diminuir a demanda espontânea, à medida que as necessidades de saúde são identificadas e uma abordagem coletiva passa a ser colocada em prática (BRASIL, 2002).

Deste modo, do ponto de vista das finalidades da atenção à saúde, trata-se de superar o modelo centrado na atenção à demanda espontânea, para incluir ações de prevenção e promoção para além dos muros das unidades de saúde; implica tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes (TEIXEIRA; SOLLA, 2006), no sentido de reconhecer as necessidades de saúde e organizar os serviços de modo a ofertar diferentes práticas com intuito de enfrentar essas necessidades.

Determinantes do processo saúde-doença e processo educativo voltado para capacitação dos usuários

Tendo em vista que as questões que abordaram os determinantes do processo saúde-doença e processo educativo voltado para capacitação dos usuários deveriam apresentar algum tipo de dependência, uma vez que no processo educativo voltado para promoção da saúde se deve considerar os determinantes sócias de saúde, ao realizar teste de independência, evidenciou-se um p-valor menor que o nível de significância estabelecido (Tabela 20), indicando assim que existe dependência entre as variáveis.

Tabela 20: Associação entre as práticas voltadas para os determinantes do processo saúde-doença e processo educativo desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.

Determinantes do processo saúde-doença	Processo educativo voltado para capacitação dos usuários		Estatística do teste
	Sim (0)	Não (1)	
Sim (0)	79	1	p-valor = 0.041
Nunca, muito e pouco freqüente (1)	22	3	

Nível de significância (α) = 0,05%

Assim, considerando os resultados acima, estes podem indicar que os profissionais que consideram os determinantes do processo saúde-doença geralmente desenvolvem o processo educativo voltado para capacitação dos usuários, efetivando assim, as ações de promoção da saúde, o que condiz com as propostas da Política de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a).

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, sendo uma estratégia de articulação transversal que joga luz sobre os determinantes e condicionantes da saúde: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais; e a necessidade de considerá-los para diminuir vulnerabilidades e riscos à saúde (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, considerando o conceito ampliado de saúde, os profissionais devem conhecer os fatores sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais, que influenciam a qualidade de vida da comunidade assistida, as condições de saúde e, a partir destes determinantes, entrarem em articulação com outros setores. Essa análise da situação social e de saúde permite a proposição de ações capazes de interferir na realidade local, através de parcerias com a comunidade e com as instituições públicas, o que está diretamente vinculado aos pressupostos da promoção da saúde (TESSER *et al*, 2010).

Processo educativo voltado para capacitação dos usuários e associação entre esclarecimento e informações pontuais

Nas últimas décadas, há uma notável reorientação do discurso oficial sobre educação em saúde (GAZINELLI, *et al* 2005), que passa a ser vinculado às idéias de reflexão crítica sobre a realidade, empoderamento comunitário e transformação do *status quo* na perspectiva de se criar e ampliar condições de vida saudáveis. Assim, a educação que se deseja implementar objetiva, no plano teórico, não mais a manutenção de elementos ideológicos,

mas a formação crítica-cidadã das pessoas, de modo que estas se tornem aptas a intervir de forma autônoma na realidade social (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Tabela 21: Associação entre as práticas voltadas para o processo educativo e esclarecimento e informações pontuais desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros nos Distritos Sanitários I e II. João Pessoa – PB, 2010.

Processo educativo voltado para capacitação dos usuários	Esclarecimento e informações pontuais		Estatística do teste
	Não (1)	Sim (0)	
Sim (0)	13	88	p-valor = 1.000
Não (1)	0	4	

Nível de significância (α) = 0,05%

Nesse contexto, compreendendo que as ações de promoção da saúde não podem se reduzir a simples transmissões de informações voltadas para esclarecimentos e informações pontuais, ao se realizar Teste de independência, não foi encontrada associação estatística significativa entre essas variáveis, uma vez que o p-valor encontrado foi maior que o nível de significância estabelecido (Tabela 21), evidenciando que não existe dependência entre as questões.

Assim, os resultados revelam que, embora os profissionais afirmem realizar atividades educativas voltada para capacitação dos usuários, podem nem sempre estar implementando essas ações com intuito de promover o emponderamento destes, como objetivam as ações de promoção da saúde, já que ainda se voltam para o esclarecimento e informações pontuais à comunidade, limitando-se à mera transmissão de informações.

Diante dessa realidade, é relevante destacar que é necessário que o ato de educar não seja o ato de depositar ou de narrar ou de transferir, ou de transmitir conhecimentos e valores aos educandos, mas um ato cognoscente que ceda lugar para a educação problematizadora, que sugere a superação da contradição educador-educandos (FREIRE, 2009), não sendo diferente quando se remete a educação em saúde, uma vez que consiste em uma educação voltada para conscientização e emponderamento dos usuários.

Desse modo, essa nova abordagem de educação em saúde vem se destacando por valorizar o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, favorecendo o despertar, inclusive, da necessidade da luta por direitos à saúde e à qualidade de vida, atingindo dimensões além do biológico, considerando, também, a necessidade de mobilizar fatores políticos, ambientais, culturais, entre outros (SOUSA *et al*, 2010).

Estratégias ou táticas alternativas: verificando as proporções entre os profissionais médicos e enfermeiros

Tendo em vista que as práticas de saúde oferecidas para uma dada população devem levar em consideração suas características próprias, na medida em que estas se configuram como um perfil de demanda e apontam estratégias que podem facilitar uma maior adesão às propostas do serviço, exigindo, portanto, práticas de saúde caracterizadas pelo desenvolvimento de ações que envolvam uma resposta social, resultantes da participação de diferentes sujeitos sociais na procura solidária de estratégias possíveis para responder as necessidades de saúde (SANCHES; BERTOLOZZI, 2007; VILLELA *et al*, 2009), enfatiza-se a existência de práticas que não sejam comuns no cotidiano de Unidades de Saúde da Família, porém que são implementadas por atender a realidade de determinadas comunidades.

Essas práticas, que podem ser entendidas como estratégias ou táticas alternativas que não fazem parte dos atos e ações preconizados pelo Ministério da Saúde e que, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, não estão inclusas em alguma prática comum ao modelo da ESF, foram identificadas e analisadas segundo os critérios da pesquisa.

Tabela 22: Apresentação das Hipóteses estudadas segundo as Estratégias e táticas alternativas desenvolvidas. João Pessoa-PB, 2010.

	Estratégias e táticas alternativas	p-valor
Hipóteses estudadas	<p>H₀: se a proporção dos profissionais que desenvolve algum tipo de estratégia ou tática alternativa é igual a 0,5;</p> <p>H₁: se a proporção dos profissionais que desenvolve algum tipo de estratégia ou tática alternativa é $p > 0,5$.</p>	p-valor = 0.005

Nível de significância (α) = 0,05%

Nesse contexto, na visão dos profissionais do estudo, ao se abordar a utilização de estratégias ou táticas alternativas para cumprir seu compromisso de prestar uma assistência mais integral, equânime, contínua e resolutiva, foi evidenciado que quase 70% dos profissionais desenvolvem algum tipo estratégia e, do ponto de vista estatístico, a partir do teste de proporção (Tabela 22), constatou-se que a maioria dos profissionais desenvolve algum tipo de estratégia ou tática alternativa no seu processo de trabalho.

Percebeu-se, no entanto, que a visão dos profissionais médicos e enfermeiros sobre essas estratégias não foi condizente com tal definição, uma vez que ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e que devem ser implementadas foram mencionadas, como: puericultura, sala de espera, acolhimento, grupo de hipertensão e diabéticos, reuniões com a equipe, vacinação todos os dias, palestras nas escolas, informações e esclarecimentos para os usuários e humanização.

Sabe-se que essas atividades mencionadas pelos profissionais do estudo já são preconizadas pelo Ministério da Saúde, contudo, para os profissionais, parece não estar subjacentes à política do Modelo de atenção que se insere. Vale salientar que as políticas e pressupostos teóricos norteadores em saúde se materializam nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, por sua vez, corrobora-se com Alves (2005) ao considerar a relevância de se refletir criticamente sobre o processo de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do SUS.

Ao verificar essa realidade por profissional de saúde a partir do teste de comparação, evidenciou-se estatisticamente que a proporção entre médicos e enfermeiros é diferente, encontrando o p-valor menor que o nível de significância ($p\text{-valor} = 0.004$), revelando uma menor proporção de médicos (46,8%) quando observada a dos enfermeiros, representados por 75,8% dos profissionais.

Considerando, pois, essa realidade, os resultados podem assinalar uma postura diferente entre os profissionais, seja pelo entendimento do que seriam essas estratégias alternativas, seja pelo desconhecimento sobre as atividades preconizadas pelo Ministério da saúde.

Diante desses aspectos, com o objetivo de aprofundar a temática das estratégias e táticas alternativas, considerando a relevância de visualizar e expandir essas estratégias, a seguir serão apresentados os resultados e discussão sobre o material empírico referente ao processo de trabalho dos profissionais que afirmaram desenvolver algum tipo de estratégia, enfatizando o objeto, instrumentos e finalidades desse processo.

4.3 Estratégias ou Táticas Alternativas: o processo de trabalho dos profissionais de saúde

A análise do processo de trabalho e seus elementos constitutivos: objeto, instrumentos e finalidade, conformam o arcabouço teórico adotado para nortear o trabalho e, particularmente,

o trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF). A análise deste Processo nas Unidades de Saúde da Família pode evidenciar a lógica da produção dos Atos de Saúde e apontar possíveis mudanças nos desenhos das práticas destes profissionais.

Traz-se, nesta seção, a fase qualitativa da pesquisa. As discussões aqui realizadas foram subsidiadas pelas entrevistas com médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, cujo material foi agrupado e trabalhado segundo a técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin (2008). Para melhor compreensão desta seção, optou-se pela seguinte sequência de exposição: 3.1- Caracterização dos sujeitos, 3.2- Caracterização das estratégias ou táticas alternativas desenvolvidas e 3.3- Análise do material empírico.

Caracterização dos sujeitos

Com o propósito de identificar as Estratégias ou Táticas Alternativas, viabilizadas através dos Atos de saúde executados por médicos e enfermeiros, foram aplicados questionários cuja análise evidenciou um número significativo de profissionais que afirmavam desenvolver algum tipo de estratégia alternativa através de seus atos de saúde. Contudo, de acordo com a literatura estudada e com os critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa, apenas três profissionais foram categorizados como executores de Atos de Saúde considerados Estratégias ou Táticas Alternativas no seu cotidiano laboral.

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa-PB, perfazendo um total de duas profissionais enfermeiras e uma médica. A faixa etária das profissionais variou de 32 a 40 anos e quanto a sua formação, apenas uma das enfermeiras concluiu a especialização em Saúde da Família. O tempo de graduado, assim como o tempo de trabalho na atenção básica à saúde variou de 05 a 10 anos, embora uma das enfermeiras tenha sido enquadrada na variação de 01 a 03 anos de trabalho.

Caracterização das Estratégias ou Táticas Alternativas

De acordo com Paim (2003a), considera-se *ato de saúde* qualquer prática sanitária desenvolvida no trabalho profissional de médicos e de enfermeiros nos serviços de saúde. Estas práticas profissionais podem ocorrer na dimensão Administrativa, Assistencial e/ou Educacional. No conjunto das práticas sanitárias que materializam os Atos de Saúde estão

inclusas as *ações de saúde*, que são atividades programáticas, institucionais ou não, voltadas para os níveis de atenção a saúde: Primário, Secundário e Terciário.

Nessa perspectiva, dentre os Atos de Saúde convencionais desenvolvidos pelos profissionais de saúde selecionados para essa fase do estudo em suas Unidades de Saúde da Família, destacaram-se: consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, curativos, inalações, programas preventivos e educativos com finalidade terapêutica. No entanto, mereceram destaque atividades que, embora fizessem parte dos Atos de Saúde cotidianos desses profissionais, não estavam previstas no repertório de atividades dos modelos assistenciais vigentes (Privatista; Campanhista e da Estratégia de Saúde da Família), daí serem consideradas Estratégias ou Táticas Alternativas. Dentre estes Atos de saúde foram elencados: Terapia de canto; Danças circulares; Dinâmicas e Trabalhos manuais.

A Terapia do canto – É um trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde com ajuda de uma professora da própria comunidade, formada em música. O grupo se reúne nas sextas-feiras pela manhã de quinze em quinze dias. Faz-se um trabalho, próprio para a montagem de corais, com a participação dos usuários e profissionais da unidade de saúde (enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem e agentes de saúde da família). O grupo é formado atualmente por aproximadamente doze usuários, que se inserem na atividade voluntariamente. Durante os eventos, é realizado um momento de relaxamento e conversas entre os participantes. O investimento para a saúde dos participantes ocorre através destes contatos, que acabam funcionando como terapias de grupo com produção e troca de informações importantes, para prevenção e promoção da saúde.

As Danças Circulares – Trata-se de um grupo formado por mulheres da Terceira Idade que se reúnem mensalmente no salão paroquial da igreja da comunidade, junto com os membros da equipe de saúde. Dentre as atividades desenvolvidas com apoio da Unidade de Saúde, destaca-se a dança e, mais especificamente, as danças circulares sagradas, como a dança da paz universal, que tem participação da médica da equipe. O incentivo à participação nestes eventos constitui os Atos de Saúde desenvolvidos por esta profissional.

O Grupo Feliz Idade – É um grupo que se formou há dois anos, tendo iniciado suas atividades com apenas quinze idosos, a maioria do sexo feminino. Atualmente o número de participantes varia entre quarenta e quarenta e cinco pessoas de várias faixas etárias, ainda com predominância feminina. O número excessivo de participantes determinou a realização das reuniões no centro comunitário do bairro e, portanto, fora da Unidade de Saúde. O grupo desenvolve trabalhos de entretenimento, e o Ato de Saúde praticado pelo profissional se

materializa na condução dos usuários para a busca da saúde em locais onde antes apenas tratavam suas doenças.

Análise do Material Empírico

A identificação de Estratégias ou Táticas Alternativas no interior do processo de trabalho de profissionais médicos e enfermeiros na equipe de saúde da família em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa-PB, ainda que desenvolvida por apenas três profissionais de saúde, responde ao primeiro questionamento formulado pela pesquisa de forma positiva.

Cabe salientar que o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família; embora não preconize atos de saúde materializados em terapia de canto, danças circulares, dinâmicas e trabalhos manuais; comporta ações de saúde que extrapolam o próprio modelo. Percebe-se, portanto, da parte dos profissionais selecionados neste estudo, a compreensão desta possibilidade de romper com o paradigma usual e, através de seus Atos de Saúde, promovê-la, indo além de atender às fragilidades dos usuários.

Havendo, contudo, Estratégias ou Táticas Alternativas de trabalho em saúde, sendo utilizados como novas racionalidades assistenciais e, portanto, alternativas aos modelos de saúde Privatista e Campanhista, e complementares à Estratégia de Saúde da Família, resta elucidar o processo de trabalho que operacionaliza esses novos Atos de Saúde e responder ao objetivo geral proposto para essa investigação.

Os temas identificados a partir dos depoimentos dos entrevistados geraram as seguintes categorias empíricas, representativas de cada elemento do processo de trabalho:

- a- Objeto – Transformação dos modos de atenção em saúde hegemônicos: a incorporação de novas técnicas e métodos
- b- Meios – Outros saberes das diversas dimensões do universo coletivo
- c- Finalidade – A promoção da saúde: categoria que envolve o processo saúde-doença

Transformação dos modos de atenção em saúde hegemônicos: a incorporação de novas técnicas e métodos

Para Mendes Gonçalves (1992) a capacidade teleológica do homem de antever o produto final do trabalho o constitui agente transformador de seu próprio processo de trabalho. Objeto, no processo de trabalho em saúde, está constituído por processos ou estado

sociais, psíquicos ou biológicos, cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades.

No âmbito da Atenção Básica à Saúde, as condições sociais e psíquicas têm muita relevância na determinação das condições de saúde e nos resultados das intervenções dos profissionais e, portanto, constituem objetos fundamentais destas intervenções (FARIA *et al*, 2010).

Ao relatar um dia típico de trabalho em suas Unidades de Saúde, os profissionais selecionados para este estudo referiram estratégias alternativas, nas quais se buscou elucidar os elementos do processo de trabalho. Em algumas formas de assistência evidenciou-se, como objeto desse processo, as práticas curativistas focalizadas no indivíduo, revelando uma transformação no processo de trabalho no sentido de enxergar os atos de saúde como coadjuvantes das ações de saúde e, portanto, um trabalho com a comunidade e não para a comunidade:

“A estratégia é um modelo que ainda não se está implementado por completo, a gente procura acabar com a cultura da medicalização, implementando essas ações educativas; sendo a saúde também de responsabilidade das pessoas, porque a gente não pode fazer sozinha, a comunidade tem que estar junto também; a gente precisa fazer as atividades educativas não para comunidade, mas com a comunidade [...]” (Suj1)

Diante desse relato, percebe-se uma preocupação do profissional em transformar o ato de saúde de caráter focalizado e individual, bem ao gosto do Modelo Assistencial Privatista, em atos que envolvam a participação da comunidade com atividades desenvolvidas por ela e para ela.

Em harmonia com as ideias dos sujeitos da pesquisa, Faria e Araújo (2010) defendem ser imprescindível que os profissionais de saúde apreendam a necessidade de uma ampliação do objeto de trabalho proposto pelo modelo biomédico, na compreensão de que o cuidado envolve muito mais do que a realização de procedimentos, envolvendo também a promoção e o controle de riscos de adoecimento, valorizando as singularidades e apostando na autonomia dos sujeitos, numa relação que é capaz de produzir cuidado.

Entretanto, Feuerwerker (2005) assevera que as ideias e os valores oriundos do modelo Privatista ainda são predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), salientando que essas ideias e os interesses que elas representam interferem, a todo momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Essa realidade foi evidenciada por Horta *et al* (2009) ao abordarem a questão das práticas de grupos nas ações de promoção da saúde e perceberem as dificuldades de ruptura com a prática médica-centrada e curativistas, que dificulta a incorporação de referenciais de saúde, tendo como pilar a oferta organizada de ações que partem da realidade e das necessidades de saúde do usuário.

No que se refere à participação da comunidade nas ações educativas; Sousa, Wegner e Gorini (2007) salientam que a educação em saúde praticada nos serviços ainda se encontra centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis a alterações de seu estado de saúde, fazendo com que o profissional direcione suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde por alguma possível patologia, secundarizando o coletivo em virtude da priorização do indivíduo.

Machado e Vieira (2009) defendem que, na concepção do cuidado de saúde com vistas à sua promoção, as ações educativas requerem a participação da comunidade na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença.

Vale ressaltar que se tem, na Estratégia Saúde da Família (ESF), a alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, uma vez que se propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investindo, também, em ações que se articulam com a saúde como condição de vida (TESSER *et al*, 2010).

Com ênfase nessa lógica de pensamento, voltada para a mudança da concepção do processo saúde-doença, em outro relato, pode-se perceber que existe uma preocupação no modo de intervir na saúde dos usuários, tendo como objeto as práticas voltadas para doença, revelando uma transformação no processo de trabalho ao programar atos de saúde na perspectiva de considerar as condições de vida do usuário:

“[...] temos muitos casos de sofrimento psíquico, de doenças crônicas e crônico-degenerativas, dores e sintomas difusos que podem não estar associadas a nenhum diagnóstico específico, mas a um padrão de comportamento, de atividades, de qualidade de vida, como padrão de alimentação, que precisam ser considerados”. (Suj 2)

Diante desse depoimento, percebe-se que o profissional trabalha na perspectiva de um conceito de saúde que vai além da concepção da saúde ligada à ausência da doença, rompendo com práticas, ideais e valores ainda oriundos do modelo biomédico, tendo a doença como foco.

Corroborando com a ideia apreendida a partir do relato do entrevistado, Erdmann (2009), considera que a ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária, somada ao crescente processo de descentralização da saúde, acelerado desde a década de 1990, deve cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

Neste enfoque Silva, Sarreta e Bertani (2007) defendem que a visão de saúde na concepção integral, ao considerar os diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os indivíduos, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem maleficamente sobre a saúde.

Entretanto, Campos *et al* (2006) alertam para os riscos de se adotar o conceito ampliado de saúde, como remédio para todos os males, pois, embora carregue um vistoso discurso sobre a abertura para o social, também reduz a complexidade do processo saúde e doença quando imagina que essa linha de produção da saúde daria conta de toda a complexidade desse processo.

Ainda foi referida pelos profissionais a preocupação sobre o modo de desenvolver as ações educativas, tendo como objeto as práticas tradicionais, ressaltando a forma utilizada para programá-las

“[...] é tentar dinamizar, sair do óbvio, não deixar que fique em caráter repetitivo; é preciso fugir do que normalmente se vê nos grupos; dizendo o que faz e não se pode fazer; é preciso voltar-se para o usuário”. (Suj 3).

No depoimento acima, apreende-se a preocupação do profissional com as ações de educação em saúde, indicando uma necessidade de transformar práticas antes focalizadas e limitadas ao repasse de informações no que estava institucionalizado, para implementar atos de saúde a partir da realidade dos usuários, considerando a saúde como produção social.

Percebe-se, na descrição metodológica das atividades educativas relatadas pelo profissional, uma tendência para sair de ações reiterativas e tradicionais, onde o sujeito apenas reproduz múltiplas tarefas de caráter instrumental e pouco inovadoras, o que está em harmonia com os pensamentos de Acioli (2008) quando considera que uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas neste campo. Para tanto, essas ações educativas devem ser dialógicas e reconhecer o caráter histórico dos determinantes

sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, rompendo com o modelo normatizado e articulando a dimensão individual e coletiva do processo educativo.

Horta *et al* (2009) ainda assinalam que as práticas educativas não devem se remeter à resolução de interesses postos pelos profissionais das Equipes, justificados, muitas vezes, pela demanda exagerada nas Unidades, defendendo que a prática das equipes, pautada em protocolos fechados, impede que os profissionais tenham a ideia de linha do cuidado e que vejam os usuários de forma integral, agindo como cumpridores de normas na relação com o usuário dos serviços.

No entanto, para Albuquerque e Stotz (2004) e Alves (2005), tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação e de afirmação de um saber dominante, constituindo um modelo hegemônico, o qual pouco tem atuado na promoção da saúde de forma ampla. As estratégias dessa prática educativa incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, realidade que está se tentando romper, como evidenciado no discurso acima.

Diante do que foi retratado como objeto do processo de trabalho dos profissionais de saúde selecionados para este estudo, percebe-se uma preocupação com a transformação dos modos de assistência em saúde utilizados em seus cotidianos de trabalho. Entretanto, para se proceder a uma aproximação, manipular ou transformar esses objetos é necessário empregar tecnologias ou meios de trabalho. Esses meios ou instrumentos de trabalho precisam dar conta do caráter “coletivo” do objeto, tanto na sua apreensão quanto na sua transformação (PAIM, 2009).

Outros saberes das diversas dimensões do universo coletivo

Para Egry *et al*, (2009) no processo de trabalho em saúde é imperativo o conhecimento de instrumentos que articulem e ao mesmo tempo intervenham sobre objetos para consecução das finalidades. Observa-se que no trabalho da ESF, as unidades de saúde e as equipes recorrem a diferentes instrumentos, sem, contudo, saber se conseguem reconhecer as necessidades de saúde e se permitem enfrentá-las.

Como o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Nesse contexto, criação e experimentação de práticas são necessárias, uma vez que a singularidade dos

envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Assim, Krug *et al* (2010) defendem que, para alcançar a efetividade desejada na Atenção Básica, consideram-se necessários o planejamento e a implementação de ações de saúde em cada contexto, exigindo, portanto, conhecimentos detalhados sobre as condições de vida das pessoas que ali residem, sobre as especificidades do processo de organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos. Desta forma, pode-se delinear o que é necessário e o que é possível fazer em um determinado local.

Nessa perspectiva, considerando os instrumentos como saberes alternativos associados a saberes de saúde e empregados em conjunto, como indicam os depoimentos a seguir, música, dança, trabalhos manuais e dinâmicas, foram mencionados como os instrumentos buscados pelos profissionais para intervirem no objeto de trabalho relatados por estes:

“[...] Aqui na Unidade tenho a Terapia de canto; é um trabalho com a música”. (Suj 1).

“[...] Realizo práticas corporais [...]; todo mês tem o momento com o grupo de idosos aqui da igreja para dançar as danças circulares com eles [...]”. (Suj 2).

“[...] Temos o Grupo Feliz Idade; a gente trabalha muitas habilidades com eles: evitamos fazer palestras; trabalhamos com trabalhos manuais e com dinâmicas [...]”. (Suj 3).

Diante de situações adversas e complexas de adoecimento, pobreza e exclusão vivenciadas pelas comunidades mais periféricas, o recurso à arte, cultura, atividades físicas e laborativas, lazer e socializações apareceram como alternativas para romper com a manutenção do modelo medicalizante, dentro da Estratégia Saúde da Família (UCHÔA, 2009).

Tendo como objeto de trabalho as práticas curativistas focalizadas no indivíduo, o profissional busca na música uma forma de transformar e romper com esses tipos de práticas. Considerando essa preocupação da enfermeira em trabalhar com a música, Bergold (2003) revela que o interesse da enfermagem por esse artifício como recurso no cuidado tem aumentado significativamente, pois, dentre seus benefícios é possível constatar: diminuição da dor, conforto, possibilidade de comunicação, melhoria na relação cliente-enfermeiro e humanização do cuidado.

Assim, em estudo realizado sobre a música no espaço do cuidado terapêutico, Bergold, Alvim e Cabral (2006) evidenciaram que, na educação atual, não basta uma formação que contemple somente ciências básicas e humanas, mas também a percepção da influência da arte, na expressão da criatividade para a promoção da singularidade, imprescindível no mundo globalizado de hoje, além de poder ser um recurso importante para equilibrar e humanizar o processo educacional.

Em harmonia com essas ideias, Cecílio e Mendes (2004) salientam que nem sempre as coisas funcionam como o previsto em normas e diretrizes dos serviços de saúde, visto que sempre há reinterpretações e reinvenções por parte dos trabalhadores, que, ao exercerem suas possibilidades de autonomia, reconstróem dinâmicas e práticas no cotidiano de trabalho.

Entretanto, ainda é preciso que se reflita sobre o uso consciente da arte nos serviços de saúde, de forma a manter uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do cliente em desejar a presença da música no espaço terapêutico e sua escolha em determinados momentos (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Moretti *et al* (2009) apontam a existência de duas formas terapêuticas disponibilizadas pelo setor público: aquelas dirigidas para crises agudas e a demanda voltada para as doenças crônicas. No âmbito de nossa pesquisa, vale ressaltar que um dos motivos que levou o profissional a pensar em diferentes estratégias para atuar junto à comunidade de forma diferenciada foi a grande prevalência de doenças crônicas entre os usuários do sistema e a possibilidade de realização de uma terapêutica com a ajuda de práticas corporais com finalidades também preventivas.

Atualmente, as Danças Circulares estão sendo aplicadas em centros de atividades da terceira idade e, escolas educacionais e profissionalizantes (como técnica de relações interpessoais). Esse Meio ou Instrumento terapêutico, além de ser um exercício prazeroso, é um caminho de desenvolvimento pessoal e coletivo, constituindo-se uma poderosa ferramenta para atos e ações de terapêutica e prevenção com possibilidades de aplicação em diversos setores (RAMOS, 2002).

Em visita às Unidades de Saúde da Família também se observou a utilização de dinâmicas e trabalhos manuais, sendo utilizados como atividades terapêuticas com finalidades preventivas pelos profissionais selecionados para este estudo. O desempenho destas atividades, de certa forma, na contramão daquelas usualmente verificadas nos serviços públicos, explica, de certa forma, a observação de Silveira e Vieira (2005) para quem os profissionais da Estratégia Saúde da Família, têm desenvolvido uma prática pouco resolutiva,

impessoal, desvinculada das condições de vida da população e reducionista por colocar como foco de sua atenção à doença.

Por outro lado, Krug *et al* (2010), em estudo sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde na ESF, evidenciaram uma reclamação destes profissionais por mais autonomia no trabalho como um aspecto favorável à manutenção do processo e um incentivo à experimentação de novas formas de produzir saúde. Contudo, Faria e Araújo (2010) defendem que embora a criação e experimentação de novas práticas sejam necessárias é primordial o questionamento ético a respeito dos efeitos dessas práticas, uma vez que, a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços.

Mendes Gonçalves (1992 e 1994) analisa, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não materiais. Os primeiros são os equipamentos, de consumo, medicamentos e instalações. Os não materiais correspondem aos saberes, que articulam, em determinados arranjos, os sujeitos e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. O autor salienta que esses saberes também permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Nos depoimentos a seguir, os profissionais de saúde relatam suas experiências em relação à necessidade do trabalho em equipe:

“[...] É muito difícil trabalhar em um ambiente em que não se trabalhe integrado, porque não me adianta querer fazer algo, como o grupo de canto, se os demais não tiverem a importância dessas atividades para alcançar os objetivos da Estratégia [...]”. (Suj 1).

“[...] é muito importante a gente ressaltar que é difícil manter um grupo, pois tem que ter um envolvimento com a equipe toda e isso, às vezes, é muito difícil e não acontece, pois pode ficar apenas uma pessoa na frente e isso não é bom para continuidade do grupo; temos a participação da maioria da equipe, cada uma com seu apoio e compromisso [...]”. (Suj 3).

Para Peduzzi (1998), o que torna possível o processo de trabalho é a presença e, sobretudo, a ação do trabalhador, ou seja, é a dinâmica entre os elementos do processo de trabalho que o possibilita. Dessa forma, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e imediatamente sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de certo campo de possibilidades.

Os depoimentos revelam que, como forma de produzir saúde, os profissionais destacam a importância do trabalho em equipe, apontando esta forma de trabalho como meio de efetivar as estratégias alternativas por eles desenvolvidas. Isto é, os profissionais se veem também como instrumentos desse processo, uma vez que, inseridos nessa equipe, só se torna possível responder aos propósitos da ESF se todos entenderem a importância de si, para efetivação do processo de trabalho.

De acordo com Reis *et al* (2007), na perspectiva do modelo privatista, as discussões entre a equipe sobre o planejamento terapêutico não acontece. O autor ainda destaca que esse modelo orienta a maioria das práticas em saúde e é reforçado pelo trabalho de outras categorias profissionais que delegam ao médico todo o diagnóstico situacional e o projeto terapêutico, evidenciando, assim, um trabalho fragmentado.

No entanto, Kantorski *et al* (2009), defendem que a articulação entre os saberes dos vários profissionais possibilita a construção de um processo de trabalho coletivo, considerando a complexidade dos indivíduos. O trabalho construído em equipe deve ser integrado e não fragmentado, constituindo um cuidado baseado num saber-fazer mais abrangente.

Kell e Shimizu (2010) consideram ainda ser necessário a equipe ter clareza dos objetivos a serem alcançados, para que haja disponibilidade de todos e o coletivo partilhe as decisões e as responsabilidades, sendo fundamental para o desenvolvimento do trabalho.

Diante desses aspectos, percebe-se que os profissionais veem nas Unidades de Saúde um espaço em que podem exercer sua criatividade e, conjuntamente com a comunidade, construir novas formas de fazer saúde, não se resumindo ao habitual dos demais programas, caracterizados por sua verticalidade e assistencialismo.

A promoção da saúde: categoria que envolve o processo saúde-doença

Para Mendes Gonçalves (1992) a finalidade representa a intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que esteja na mente do trabalhador, isto é, em que direção e perspectivas serão realizadas as transformações do objeto em produto.

A possibilidade de transformar práticas curativistas focalizadas e individuais por atividades terapêuticas com forte apelo preventivo motivou um dos profissionais selecionados para o estudo a utilizar a música como meio através do qual a comunidade passasse a se responsabilizar também por sua própria saúde e alcançasse sua finalidade preventiva e promocional da saúde, com benefícios que vão muito além do processo de medicalização.

O relato a seguir mostra o uso da música no processo de trabalho do profissional, reorientando suas práticas em busca da saúde, com a finalidade de prevenção e promoção.

“[...] a gente trabalha com a música, que diminui tensões, regula a ansiedade, aumenta a autoestima [...]; atua na prevenção e promoção”. (Suj 1).

Para Bergold (2003) a música, assim como o cuidado, não devem ser vistos como prerrogativas de uma determinada profissão, mas sim de qualquer profissional da saúde que, no atendimento ao usuário, esteja preocupado em fazê-lo de forma respeitosa, valorizando a construção de subjetividades inerentes ao afeto e à criatividade.

Desse modo, em consonância com as finalidades propostas pelo profissional de saúde; Mattos, Sá e Câmara (2010) defendem que a música proporciona alterações positivas nos estados de ânimo, revertendo em recursos pessoais para enfrentar situações estressantes e desafiadoras do cotidiano, beneficiando, assim, estados psicológicos e fisiológicos.

Bergold, Alvim e Cabral (2006) ressaltam que a música, ao se constituir como expressão artística e cultural importante e universal, produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das pessoas, além de contribuir na manutenção da saúde mental, na prevenção do estresse e no alívio do cansaço físico.

Entretanto, a proposta de uma estratégia através do uso da música deve passar sempre pela consciência de que o processo se dá com o usuário e não para o usuário, preocupação já relatada anteriormente pelo sujeito da pesquisa, sendo este o objeto de seu trabalho. Deste modo; Mattos, Sá e Câmara (2010) ao referenciar Guerreiro e Caldas (2001), defendem ser necessário que se crie atividades buscando encorajar a comunidade a descobrir talentos e a assumir um papel mais ativo em suas vidas.

Nessa perspectiva, Tavares (2002) defende que a música pode ser uma técnica inovadora do cuidar, caso seja organizada de forma sistemática e, ao mesmo tempo, de forma criativa, pois facilita a conscientização das emoções, a comunicação interpessoal e a possibilidade de se focalizar aspectos saudáveis no usuário, sendo, portanto, um importante instrumento na redução da angústia e tensões, muitas vezes causadas pelo isolamento.

Ainda considerando o trabalho da Terapia de Canto implementado pelo profissional de saúde, percebe-se que, além de considerar os benefícios da música para os usuários, enfatiza em seus depoimentos que, criar um laço com a comunidade é muito importante, sendo essa outra finalidade de seu processo de trabalho.

“[...] quando a gente tem a questão da comunidade como nossa aliada, no lugar de reclamar que não tem isso ou aquilo, é ver a situação real e trazer isso como nosso aliado [...]; a gente cria um laço afetivo e a resposta é bem melhor [...]; a comunidade começa a se fazer mais presente na USF, mais participativa [...]; as pessoas precisam da importância da participação dela; ela vê que, na questão educativa, elas precisam fazer a parte dela para que se possa realmente fazer valer.” (Suj 1).

Apreende-se, a partir do discurso deste profissional, que existe uma preocupação com a inserção da comunidade nas atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde, o que possivelmente motivou a promover mudanças em seus atos, implementando estratégias que viabilizassem um olhar mais coletivo.

Crevelim e Peduzzi (2005) ressaltam a importância do reconhecimento da população como integrante do processo de construção de um projeto assistencial comum, revelando que o profissional da Equipe Saúde da Família pode deixar-se alcançar pela comunidade, sobretudo por reconhecer-se, ela própria, como comunidade, usuário, cidadão, na busca de condições de vida e de convivência melhores, mais saudáveis e mais integradas.

Entretanto, para Rabello (2010), não basta que apenas os profissionais de saúde tenham o entendimento da necessidade de ter a comunidade como sua aliada, como elemento integrador para concretização das ações de saúde, mas que essa comunidade faça o movimento de entrar em contato com os serviços, independente de estar enfermo ou não. Para tanto, é necessário a mudança de entendimento da própria comunidade sobre a saúde, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, e não na visão de saúde como ausência de doenças.

Além dessa preocupação, Faria e Araújo (2010) afirmam ser necessário estabelecer algumas ponderações sobre os limites e possibilidades ao incluir-se a comunidade nas estratégias, pois embora ressaltem a necessidade dessa inclusão, sugerem tomar a comunidade como algo concreto e real, em que existem tensões, diferenças e conflitos, considerando que nenhum problema pode ser resolvido de antemão, destacando, assim, a elaboração de projetos que contemplem a flexibilidade necessária no enfrentamento e resolução de problemas locais e inesperados.

A importância do vínculo entre comunidade e profissionais de saúde enquanto finalidade do seu processo de trabalho é agora tomado como elemento essencial para estreitamento dessa relação e efetivação da promoção da saúde, conforme se depreende do discurso a seguir:

“A gente precisa que a comunidade participe dessa promoção da saúde e isso só acontece quando a gente encurta esta questão do vínculo, da distância [...]”. (Suj 1).

Percebe-se um olhar voltado para construção da relação, interação profissional/comunidade. Nesse contexto, é importante sublinhar que quando se trabalha com a comunidade na perspectiva da promoção da saúde, não basta formar ou construir uma relação, tem-se que, a partir desta, empenhar-se para construção do vínculo, que, entre outras coisas, proporciona maior adesão, garantia de acesso e continuidade da atenção.

O documento da Política Nacional de Humanização ressalva que a formação do vínculo acontece pela aproximação do usuário com o profissional de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes; pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico, emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para cuidar da causa de sua fragilidade (BRASIL, 2004).

Schimidt e Lima (2004) e Machado (2007) reforçam a noção de que o vínculo envolve afetividade, ajuda, estímulo à cidadania e autonomia. No entanto, em estudo sobre a Humanização na Atenção Básica, Coelho e Jorge (2010) evidenciaram que, nas Unidades estudadas, ainda ocorre um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários, e fortalecendo apenas a valorização do pólo doença.

Nessa perspectiva, tendo a comunidade como sua aliada, torna-se mais fácil efetivar as ações de Promoção da Saúde, finalidade mencionada pelo sujeito da pesquisa, quando relata que o grupo de música é uma forma de efetivar a Promoção da Saúde:

“A terapia do canto se trabalha visando o vínculo com a promoção da saúde [...] a gente está oferecendo dentro da ESF esse espaço não para falar sobre doenças, problemas de saúde, mas para falarem entre si, eles crescerem entre si, conhecendo melhor a realidade deles”. (Suj 1).

Percebe-se uma preocupação do profissional em ter uma visão sistêmica e integral sobre sua comunidade, uma vez que não pretende apenas atuar sobre doenças, mas, sobretudo, promover um ambiente que viabilize a saúde.

Defendendo essa forma de atuação junto à comunidade, Machado e Vieira (2009) salientam que, embora o modelo "biologicista", centrado na doença, ainda seja forte no país, quer seja incorporado na prática dos profissionais ou na percepção da população, a ESF foi proposto como uma dinâmica diferente para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade, fazendo-se necessário que os profissionais tenham visão integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, Ronzani e Silva (2008), apesar de corroborarem com estas ideias, destacam que conciliar necessidades de saúde e orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população de forma dialógica e interativa, ainda é um desafio vivenciado na ESF pelos profissionais no cotidiano, pois ainda não consideram os usuários como sujeitos e participantes do planejamento em saúde.

Ao pronunciar, em seu discurso, que “a Terapia de canto é um espaço para o crescimento do usuário”, o profissional de saúde demonstra seu empenho em utilizar a autonomia do cliente, como uma nova ferramenta de trabalho. Tal manifestação aponta para a integralidade da atenção à saúde.

Leonello e Oliveira (2010) concordam que a integralidade, dentre outros aspectos, relaciona-se à atitude do profissional de saúde frente aos sujeitos, criticando e opondo-se a uma visão reducionista que visualiza o sujeito como objeto, isto é, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defendem, pois, uma visão ampliada e, portanto, integral do cuidado à saúde, partindo das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos, considerando seus modos de viver e enfrentar os problemas de saúde.

Assim, é importante sublinhar que não basta abrir espaço para se promover saúde, é necessário que esse espaço permita desenvolver nos usuários a importância sobre a corresponsabilidade nessas práticas de promoção da saúde, sendo necessária a participação do usuário na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença (MACHADO; VIERA 2009).

A mudança de comportamento dos usuários através das práticas sobre seu corpo, como a utilização das danças circulares, também constituíram finalidade do processo de trabalho para um dos profissionais selecionados pelo estudo.

“[...] essas práticas têm ajudado a mudar algumas pessoas, servindo para se abrir e se reconhecer, e participar um pouco mais do processo, pois acabam reconhecendo o que precisam ou o que não precisam mais, pois favorece na conscientização dos usuários sobre a sua rotina, padrão de vida, quem sabe a partir daí promover alguma mudança, ao sair do sedentarismo, por exemplo [...] a gente também tenta buscar a socialização, uma conscientização física e a integração grupal.” (Suj 2).

Percebe-se que, ao inserir práticas corporais no seu processo de trabalho, o profissional tenta superar a visão predominantemente assistencialista para articular atos que envolvem saúde e condições de vida, respondendo assim a questão da preocupação com a grande demanda de usuários com doenças crônicas em sua unidade.

Zago e Silva (2003) assinalam que a dança, ao permitir a maior convivência entre os integrantes, proporciona-lhes maior confiança em si e nas outras pessoas, afastando-se o sentimento de solidão e isolamento, proporcionando, por exemplo, a adoção de hábitos de vida mais alegre, tais como participação em festas e passeios, que antes não conseguiam realizar.

Fleury e Gontijo (2006) defendem que as danças circulares agem como facilitadoras da constituição de grupos, e, por conseguinte, atuam diretamente na socialização. A possibilidade de se estar de mãos dadas, de sentir a harmonia do grupo através do movimento e do ritmo, dissolve fronteiras. Os integrantes são convidados a se expressarem por meio dos gestos e a irem internalizando as sensações que eles vivenciam, participando ativamente da transformação pessoal, pelo conhecimento dos domínios corporais, e da modificação social, ou seja, a forma como veem a sociedade e se enxergam em relação a ela.

Entretanto, falar em mudança de comportamento requer uma proposta que não se limite a informações pontuais, ressaltando que apenas o conhecimento em si, em relação à saúde e à doença, não é suficiente para promover saúde, constatação corroborada por Freire (2009), ao afirmar ser fundamental a motivação da pessoa no processo de aprendizagem, que precisa ocorrer a partir de um processo dinâmico de ação de um sujeito, um ser de relações, um ser social, e que tem por objetivo promover uma autonomia do sujeito nas decisões sobre a realidade que o cerca.

Almeida e Soares (2010) defendem que aprendizagem acontece processualmente, em um movimento dialético, dinâmico, com necessidades constantes de interações, diálogos e esclarecimentos, entretanto, questionam até que ponto essa aprendizagem pode contribuir para a mudança de comportamento e hábitos e como ela se sustenta no cotidiano das pessoas.

Para Alves (2005) a transmissão de informações aos usuários em função de uma mudança em seu comportamento é uma estratégia que toma os usuários como carentes de informação e utiliza informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, estabelecendo, desta forma, uma relação assimétrica entre profissional e usuário, que está longe do conceito e da necessidade de educação em saúde como um modelo dialógico.

A preocupação com a “mudança de atitude” e a “qualidade de vida” dos usuários dos serviços de saúde, sobretudo com os idosos que constituíam a maior parte de sua clientela, também motivou os profissionais a inserir as danças circulares como atividades de seu processo de trabalho.

“[...] é a mudança de atitude, porque a partir daí as pessoas podem, elas mesmas, nutrir essa busca pela qualidade de vida”. (Suj 2).

Fleury e Gontijo (2006) relatam que é comum o preconceito e as discriminações sociais contra os idosos, o que acarreta alterações cognitivas, déficits de concentração, atenção e memória, induzindo as pessoas nesta faixa etária ao sentimento de desesperança e a sensações de inutilidade, abandono, solidão e desilusão.

Para Moretti *et al* (2009) é consenso que a aquisição de “qualidade de vida” engloba aspectos interligados e que têm relação com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas. Entretanto, o termo qualidade de vida abrange outros significados e integra várias dimensões de conhecimento, experiências, valores individuais e coletivos, e construção de sujeitos de direitos, sendo, no entanto, uma construção social que se realiza dada uma base territorial, por meio da intersetorialidade e da participação social.

Silva *et al* (2010) afirmam que tornou-se lugar-comum, no setor saúde, repetir, mesmo com algumas diferenças, a seguinte frase: “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”. Por mais correta que seja tal afirmativa ela costuma ser vazia de significado e, frequentemente, aponta a dificuldade que temos, como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública.

Diante desta realidade, Bodstein (2005) assevera que a efetividade das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implica um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária. Este envolvimento seria mais efetivo na medida em que considerasse

o processo de (re) construção de identidades culturais, o fortalecimento da cidadania e das redes sociais locais.

Nessa perspectiva, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, ao se responsabilizar pela saúde da população territorializada, as equipes devem ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida. Nisto reside um dos principais fundamentos da mudança do modelo assistencial em saúde (FREITAS; MANDU, 2010).

Desse modo, embora o profissional de saúde não faça menção ao termo empoderamento, percebe-se uma aproximação com essa ideia, uma vez que a partir do momento que visa mudança de comportamento, sendo esta proporcionada com atos de promoção da saúde voltados para as condições de vida dos usuários, esta propõe, como ela mesma relata uma mudança de atitude, voltada a busca da qualidade de vida. Para tanto, é necessário que crie ao usuário possibilidade de tomada de decisão consciente sobre sua saúde.

Neste contexto, Machado, Vieira e Silva (2010), partindo do entendimento que empoderamento está voltado para a aquisição de poder técnico (capacitação) e político pelos indivíduos e pela comunidade, defendem que o poder e controle das pessoas sobre o seu destino produzem ações concretas e efetivas na tomada de decisão para o atendimento das prioridades, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

Em passagem, enquanto observadora das atividades do Grupo Feliz Idade, foi possível evidenciar que ao inserir novas formas de implementar as ações educativas, a partir de dinâmicas e trabalhos manuais, identificou-se como finalidade a tentativa de consideração das diversas experiências de vida ali reunidas para implementação dessas ações:

“A gente procura considerar as experiências dos usuários para construir com eles os temas e realizar as dinâmicas [...]”. (Suj 3).

Ao considerar as experiências da comunidade, aponta-se para a superação de um modelo de educação em saúde pautado por normas com sessões programadas. Nessa perspectiva, Teixeira (2007) e Calomé e Oliveira (2008) defendem que a busca das necessidades da comunidade, a partir de suas experiências, é um processo de interação que possui um valor ético. Deste modo, a educação em saúde como prática que capacita indivíduos e grupos para se auto-organizarem a desenvolver ações, considerando suas

próprias prioridades, orienta e estimula a participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde.

Entretanto, essa perspectiva subjacente ao modelo da ESF, ainda pode ser um desafio para muitos profissionais de saúde, como ressaltam Toral, Conti e Slater (2009) ao revelarem que a prática pedagógica em saúde ainda se mantém baseada na ideia de que a compreensão do saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas, desconsiderando a história de vida do indivíduo, suas crenças, seus valores e sua subjetividade.

Em estudo realizado sobre educação em saúde para leigos, a educação em saúde praticada nos serviços encontra-se ainda centrada nas pessoas doentes ou naquelas suscetíveis a alterações de seu estado de saúde, por sua vez, o profissional direciona suas ações para indivíduos que procuram os serviços de saúde por alguma possível patologia (SOUSA; WEGNER; GORINE, 2007), realidade que se pretende superar, ao implementar estratégias como mencionado pelo profissional de saúde.

Machado e Vieira (2009) evidenciaram, em seu estudo sobre educação em saúde, que as ações de educação em saúde ficam restritas as práticas planejadas pelas equipes, de modo a atender o cronograma de atendimento do Programa, com dia e hora marcados. Para as autoras, essa conduta da equipe delimita por demais a amplitude das ações pertinentes à Educação em Saúde quando assumem o aspecto de ações ordenadas e normatizadas. Sob essa óptica, o processo educativo fica limitado a sessões educativas programadas sem serem pensadas como práticas permanentes e continuadas voltadas para a realidade da comunidade.

Ainda sobre o processo de educação em saúde, Boehs *et al* (2007), em um estudo sobre a interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e cultura, relatam que ainda hoje grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX em que “o outro” (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo.

Entretanto, ao considerar as experiências dos usuários, subtende-se que o profissional de saúde não se insere nessa realidade, já que, ao utilizar de estratégias na tentativa de sair do habitual de um grupo educativo, ela também visa considerar o conhecimento prévio do usuário, como mostra o depoimento a seguir:

“[...] A gente parte do principio que é preciso considerar que todo mundo tem o conhecimento prévio [...]”. (Suj 3).

Com essa percepção de que o profissional não é dono do saber e que se precisa considerar o conhecimento dos usuários, para, em torno disto, planejar seus atos de saúde, aponta para uma educação de saúde além da transmissão, não se limitando às informações pontuais e focalizadas.

Aciolli (2008) defende que no processo educativo em saúde é fundamental considerar o outro como sujeito, detentor de conhecimento e não mero receptor de informações, uma vez que o processo de interação e de abertura ao saber do outro propicia uma construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas, pensamentos que estão em consonância com a proposta do profissional de saúde, uma vez que esta, ao intervir na saúde do usuário, considera que este tem o conhecimento prévio, que deve ser respeitado.

No entanto, ainda se observa no âmbito da ESF que não é uma tarefa fácil para alguns profissionais de saúde repensar suas práticas educativas dentro de uma visão mais ampla de saúde, como propõe tal modelo. Muitas vezes, o profissional de saúde, por acreditar estar socialmente investido de autoridade sanitária, pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto sobre os temas que envolvem saúde e doença, e desta forma impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir. Isto acontece como reflexo do modelo de formação destes profissionais, que é hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado, características do chamado Modelo Privatista, que utiliza uma metodologia de ensino verticalizada (LEFEVRE, M; LEFEVRE, A, 2004; BESEN *et al*, 2007).

Diante dessas finalidades apontadas pelo profissional de saúde, quando relatou utilizar de dinâmicas como forma de promover situações mais atrativas, com intuito de passar a considerar a realidade dos usuários, esta aponta para o entendimento de que essa forma de atuar de fato pode inferir na participação desses usuários de forma mais efetiva, pois, como revela Ferreira (2006), as dinâmicas grupais permitem aos participantes a reflexão sobre situações concretas de suas vidas, ao valorizar seus conhecimentos e experiências, e possibilitar a busca de soluções para seus problemas cotidianos; são técnicas motivadoras que contribuem para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde por meio da criatividade e fixação dos conhecimentos adquiridos, vindo ao encontro das expectativas dos participantes das ações.

Por derradeiro, os trabalhos manuais também foram citados como instrumentos do processo de trabalho pelo profissional de saúde selecionada para o estudo, cuja finalidade foi a de tornar os participantes mais ativos e atraídos pela atividade.

“[...] espere-se ainda que eles se sintam mais atraídos, que se sintam ativos; que não fique cansativo e para isso eu também tento inserir trabalhos manuais [...]”. (Suj 3).

Machado, Vieira e Silva (2010) assinalam que a produção de saúde através de processos articulados de promoção requerem um esforço e exercício coletivo para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis e habilidades por parte do usuário como elemento de concretude dessa proposta, numa perspectiva democrática que valorize a inserção dos membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos.

Entretanto, embora seja uma forma diferente de atuar e implementar as ações de educação em saúde, não se pode afirmar que essa estratégia, de fato, contribui para a saúde do usuário, podendo ser considerada apenas como um artifício para atrair usuários ao grupo. Horta *et al* (2009), ao fazerem uma análise sobre a promoção da saúde, com algumas experiências apontadas como inovadoras das práticas em saúde, dentre elas grupos de artesanato e de trabalhos manuais, afirmaram tratar-se de experiências pontuais, realizadas de maneira não sistematizada, sem maiores resultados práticos.

Nesse contexto, o relato acima não nos permite inferir se os trabalhos manuais estão sendo implementados apenas com intuito de atratividade, contudo, diante dos aspectos já discutidos até então sobre o grupo em questão, percebe-se que a visão do profissional de buscar romper com práticas educativas tradicionais, inserindo estratégias no seu processo de trabalho que permitem atuar de forma conjunta, envolvendo os diversos atores e setores implicados, não nos deixa pensar que os trabalhos manuais estão sendo desenvolvidos sem maiores resultados práticos.

5 Conclusão

Nas últimas décadas, tem-se observado mudanças nos modelos de atenção à saúde e essas mudanças exigem reorganizações e transformações nos processos de trabalho dos profissionais desta área, no sentido de superar atos e ações, ainda presos aos modelos Privatistas e Sanitaristas, em suas versões mais tradicionais.

Ao buscar uma aproximação junto aos médicos e enfermeiros, em exercício nos Distritos Sanitários I e II, da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, foi possível caracterizar atos e ações de saúde destes profissionais, contraditoriamente, vinculados aos Modelos Assistenciais Privatista, Sanitarista e da Estratégia de Saúde da Família concomitantemente. Entretanto, também foram identificados, ainda que timidamente, alguns atos de saúde, nomeados neste estudo, como Estratégias ou Táticas Alternativas a estes Modelos Assistenciais, materializando seus Processos de Trabalho.

Em relação aos atos de saúde dirigidos às atividades educativas, administrativas e assistenciais, mereceu destaque as ações educativas, uma vez que foi evidenciado que a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros executava ações pontuais nesta dimensão, focalizadas nas especificidades dos agravos, limitado a transmissão de conhecimento. Esta realidade se contrapõe aos pressupostos da ESF, já que a promoção da saúde pressupõe o trabalho articulado entre as três dimensões, permeado pelo diálogo franco e aberto entre profissionais e usuários do sistema de saúde, sobre as necessidades desse último grupo.

Ao analisar o modelo da ESF, no âmbito do Processo de Trabalho dos profissionais entrevistados, também foi evidenciado que a maioria dos médicos e enfermeiros executava, pelo menos no campo da intenção, atos de saúde na perspectiva de consolidar os princípios e diretrizes deste modelo. Entretanto, foi verificado que, apenas três profissionais desenvolviam, no âmbito do Modelo Assistencial da Estratégia de Saúde da Família, atos de saúde que foram tomados como Estratégias ou Táticas Alternativas (Terapia de canto, Danças circulares e grupo Feliz Idade), estes profissionais foram novamente entrevistados e seus Processos de Trabalho mais aprofundadamente analisados.

A análise dos elementos do processo de trabalho dos profissionais que operacionalizam estratégias ou táticas alternativas revelou como *Objeto* deste Processo, diferentes modos de intervir na saúde da comunidade, cooptando os usuários para uma participação mais ativa na busca pela promoção da saúde, tanto individual quanto comunitária.

Para levar adiante o processo de cooptação dos usuários, os profissionais de saúde utilizam alguns *Instrumentos* alternativos aos processos de trabalho usuais, dentre os quais, a

dança, a música, as dinâmicas e os trabalhos manuais, utilizando-se de outros saberes, para além dos saberes da saúde, para empoderar os usuários e fazê-los repartir suas experiências exitosas com outros membros da comunidade.

No âmbito das *Finalidades* do Processo de Trabalho ficou evidente a ocorrência de três categorias pouco consideradas pelos modelos assistenciais tradicionais: Autonomia, Integralidade e Empoderamento. Embora não haja evidências que indiquem a operacionalização de um novo Modelo Assistencial em prática no cenário investigado, observa-se o empenho pela busca de novos caminhos para a promoção da saúde.

Ressalta-se que as estratégias desenvolvidas pelos três profissionais de saúde, também indicam um avanço quanto à implementação de ações educativas na perspectiva de romper com ações pontuais e focalizadas, limitadas à transmissão de informação, realidade ainda implementada pela maioria dos profissionais que fazem parte do Distrito I e II do município de João Pessoa-PB.

Os resultados desta pesquisa revelaram que, embora a maioria dos profissionais execute atos de saúde próprios do Modelo da Estratégia de Saúde da Família, há evidências estatísticas de que estes profissionais também utilizam práticas características dos Modelos Privatista e Sanitaristas em seus Processos de Trabalho. Este conhecimento pode auxiliar os gestores dos serviços de saúde em seus Processos de Tomada de Decisão, utilizando Testes de Hipóteses para verificação da ocorrência de elementos dos modelos assistenciais em processos de trabalho profissional e pode auxiliar, também, os próprios profissionais de saúde a reavaliar suas práticas profissionais, constituindo-se um caminho seguro e aberto a futuras investigações nos três níveis de atuação do Sistema Único de Saúde.

Este conhecimento merece ser melhor discutido pelos gestores e profissionais de saúde, no sentido de ampliar a inserção de diferentes instrumentos que permitam intervir na saúde da comunidade, desvelando o fato de que estas estratégias alternativas podem impulsionar mudanças no modelo assistencial vigente, abrindo possibilidades para sua superação.

Conclui-se com a esperança de que os resultados desta investigação incentivem um processo de revisão da postura dos profissionais no âmbito do processo de trabalho dos Modelos Assistenciais, e que essa atitude possibilite a superação das práticas que ainda privilegiam a doença em detrimento da saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2008. Disponível em: <http://www.abep.org>

ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe em promoção da saúde**, v.3, n.1, p.1-3, 2007.

ACIOLI, S. A. Prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.61, n.1, p.117-121, jan/fev. 2008.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-274, mar/ago. 2004.

ALMEIDA, E.S.; CASTRO, C.G.J.; VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: (Série Saúde & Cidadania), 1998.

ALMEIDA, S.P. de; SOARES, S.M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, jun. 2010.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ANDRADE, L. O. M; BUENO, I. C. H.C; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M. C. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

ANDRE, A, M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, Dez. 2007.

ANGNES, D. Humaniza saúde: diferencial do atendimento na saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.09-15, 2004.

ÁVILA, L. K. **Promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo**. 2009. (Tese) - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, 2009.

AZOLLIN, G. M. C. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e o processo de enfermagem**: a articulação na visão de docentes. 2007. (Dissertação) - São Paulo: Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo, 2007.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 3, n. 1, 2010.

BALESTRIN, M.F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre a concepção do processo saúde e doença e identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS- Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá**, v. 1, 2009.

BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D.C. **Metodologias de pesquisa em ciências**: análises quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

BEASLEY, C. R. **Bioestatística usando R**. Universidade Federal do Pará, Campus de Bragança, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I.E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, 2006.

BERGOLD, L. B.; SOBRAL, V. Music for care humanization. **Online Brazilian Nursing** [online], v.2, n.3, dez. 2003. Acesso em: outubro de 2010. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn203bergoldsobral.htm

BESSEN, C.B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde Soc**, v.16, n.1, p.57-68, jan. 2007.

BEZERRA, I. M. P.; MACHADO, M. F. A. S. **A comunicação desenvolvida pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**. 2008. (Monografia) - Crato: Departamento de enfermagem, Universidade Regional do Cariri, 2008.

BODSTEIN, R. C. A. Institucionalização da avaliação como estratégia de fortalecimento da atenção básica. **Bol. Abrasco**, v.94, p.14-15, 2005.

BOEHS, A. S. *et al.* A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito cultura. **Texto e contexto- Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr/jun. 2007.

BRASIL. **Lei 8.080, de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família**. Fundação Nacional da Saúde. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto promoção de saúde: Carta de Ottawa**. Secretaria de Política de Saúde. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem**. Brasília, DF, Secretaria da gestão do trabalho e da educação da saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da Educação da Saúde. Departamento de gestão da educação da saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área de saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância a Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2007.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARDOSO, J.P. *et al.* Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 4, 2007.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para pensar a mudança da organização da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Soc**, v. 13, n. 2, p.39-55, mai/ago. 2004.

COCHAN, G.C. **Sampling Techniques**, 3rd Ed. New York: Wiley, 1977.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, 2010.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectivas de graduandos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 28, n. 3, p. 347-353, 2008.

COSTA, A. S. S. M. **A construção do saber da enfermagem na equipe interdisciplinar de serviços de atenção psicossocial**. 2005. (Tese) - São Paulo: Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem na USP, 2005.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 2, p.146-157, 2005.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A. participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

EGRY, E.Y. *et al.* Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na ESF. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, 2009.

ERDMANN, A.L. *et al.* O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta paulista Enferm**, v. 22, n. 3, p.288-294, 2009.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.533-539, 2006.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010.

FARIA, H.P. *et al.* **Modelo assistencial e Atenção Básica da Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado educação. **Texto contexto enferm.**, v. 15, n. 2, p. 205-211, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p.489-506, set/dez. 2005.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso**. São Paulo: Contexto/Edusp, 2008.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira**: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

FLEURY, T. M. A.; GONTIJO, D. T. As danças circulares e as possíveis contribuições da terapia ocupacional para as idosas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 9, p. 75-90, 2006.

FRANCO, T. B. **Processo de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. (Tese) - Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

FREITAS, M. L. A.; MANDU, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, Abr. 2010 .

FUNHRMANN, N. L. Neoliberalismo, cidadania e saúde. **Revista Ciências Sociais**, v. 4, n. 1, jan/jun. 2004.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.

GAZZINELLI, M. F *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências das doenças. **Cad Saúde Publica**, v. 21, n. 1, p.200-206, 2005.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p.287-301, mar/ago. 2005.

HORTA, N.C. *et al.* A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul/set. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística da população**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pb> Acesso em: 25 de novembro de 2010.

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de João Pessoa**, estabelecido para o triênio 2006-2009. João Pessoa, 2006.

KANTORSKI, L. P. *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na ESF. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, 2009.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saud coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, 2010.

KRUG, S. B. F. *et al.* O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos Contexto Enferm.**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun 2010.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Promoção da saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira e Lente, 2004.

LEMOS, L. L.; REINEIROS, N.; MORAIS, V. **A transdisciplinaridade no trabalho em equipes do Programa Saúde da Família: um estudo de caso.** 2006. (Dissertação) – Unibrasil, Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. Curso de Especialização em Saúde da Família. Brasília, DF, 2006.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 366- 370, 2010.

LUCENA, A. F. *et al.* Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n.2, 2006.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 2, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da participação habilitadora.** 2007. 197f. (Tese) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – FFOE, Fortaleza, 2007.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, 2009.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. V. C.; SILVA, R. M da. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Jul. 2010.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME: Rev Min Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. **Rev. Méd. Minas Gerais**. Belo Horizonte: Coopmed, v. 13, n. 4, p. 251-259, out./ dez. 2003.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A, 2008.

MARX, K. O. **Capital: crítica da economia política**. 3 ed. Bauru, SP: Edipro, 2008.

MATTOS, D. N. C.; SÁ, S. P. C.; CÂMARA, V. D. Oficina de coral: contribuições para o cuidado do idoso. **Rev de pesq: cuidar é fundamental**, v. 2, n. 1, p. 614-624, 2010.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-1416, Set/Out 2004.

MELLO, M. C.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 1, p.87-90. 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. C. Formação em política pública de saúde e domínio da informação para o desenvolvimento profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 3, p.601-610, 2007.

MENICUCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde soc**, v. 15, n. 2, p.72-87, mai/ago. 2006.

MERHY, E.E. *et al.* **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, Set/Dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Ed 12. São Paulo: Hucitec, 2010.

MININEL, V. L. **Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro**. 2006. (Dissertação) - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2006.

MORAIS, T. C. P. **Necessidades de saúde e trabalho das equipes de saúde da família: a dialética do reconhecimento e enfrentamento**. 2006. (Dissertação) - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2008.

MORETTI, A.C. *et al* . Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, Jun. 2009.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.M. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. São Paulo: Medsi, 2003a.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.M. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. São Paulo: Medsi, 2003b

PAIM, J. S. **Desafios para Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador-Ba: EDUFBA, 2008.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 216p. (Tese) - Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. (Tese) - Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos**

usuários e da população. 2007. (Tese) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo, 2007.

PEREIRA, A.D. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 55-61, 2010.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. Fapesp, 2004.

PEREIRA, W. E. N. Do Estado liberal ao neoliberal. **Interface- comunic, saúde, educ.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 09-15, 2004.

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. O materialismo histórico-dialético e a teoria da intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva: a demarcação do ‘coletivo’ para a ação da enfermagem. **Trabalho necessário**, v. 6, n. 6, 2008.

PONTES, A. P. M. *et al.* Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, 2010.

PORTO, M. F. S.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. Prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 3, p. 399-407, 2007.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde** – a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAMOS, R. (Org.). **Danças circulares sagradas:** uma proposta de educação e de cura. 2. ed. São Paulo: TRIOM, 2002.

REIS, A. S. R. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface- comunic, saúde, educ.**, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

REIS, G.M.; RIBEIRO JÚNIOR, J. I. Comparações de testes paramétricos e não-paramétricos em delineamentos experimentais. **III SAEPRO**, UFV, 2007.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Faculdade de São Paulo - Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2007.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.23- 34, jan./fev. 2008.

SANCHES, A. I. M.; BARTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

SANCHES, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: BRASIL. **Violência faz mal à saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2006.

SAUPE, R. *et al* . Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, Dez. 2005.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface** (Botucatu), Botucatu; v. 9, n. 16, fev. 2005.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 721-725, 2009.

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004.

SHIMAKURA, S. E. **Bioestatística**. Departamento de Estatística, UFPR, 2002. Disponível em: <http://leg.ufpr.br/~shimakur/CE055/>. Acesso: 13 de dezembro de 2009.

SIEGEL, S.; CASTELLAN J. R. N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. Tradução de Sara Ianda Correa Carmona. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

SILVA, C.C. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores.** 2003. 164p. (Tese) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003.

SILVA, A. T. M. C. *et al.* Formação de Enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Rev. bras. enferm.** v.57, n.6, Brasília, DF, Nov./Dez. 2004.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.

SILVA, E.; SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em franca. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 16, n. 1, p. 81-103, 2007.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

SILVA, P. H. C. Neoliberalismo e Saúde Pública: Uma difícil equação. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 7, n. 2, p. 140-154, 2007.

SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 14, n. supl, p.1453-1462, 2009.

SILVA, K. L. *et al.* Formação do Enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Jun 2010.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2005.

SILVESTRE, A. L. **Análise de dados e estatística descritiva.** Escola Editora, 2007.

SOUSA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. O. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado do cuidador leigo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 337-344, 2007.

SOUSA, L.B. *et al.* Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-61, jan/mar 2010.

SOUZA, A. P. F. S. *et al.* Humanização no atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v 19, n.2, 2005.

SOUZA, L. M. A relação trabalho - educação frente às transformações no processo produtivo: uma análise sob o enfoque do materialismo histórico dialético. **Ensino em Re-Vista**, v. 14, n.1, p. 7-22, jul./jul. 2007.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, 2009.

TAVARES, C. M. M. Atividades terapêuticas como tecnologias de cuidar em saúde mental. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 1, n. 2, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **IESUS**, v. 2, n. 1, Abr/Jun. 1998.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde** - Promoção, Vigilância e Saúde da Família. Salvador: EdUFBA, 2006.

TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. Esc Anna Nery, **Rev Enferm**, v. 11, n.1, p. 155-159, 2007.

TESSER, C. D. *et al.* Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun 2010.

TORAL, N.; CONTI, M. A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**, 9 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

UCHÔA, A. C. Experiencias innovadoras de cuidado en Programa de Salud de la Familia(PSF): potencialidades y límites. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 29, p.299-311, abr./jun. 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. Concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p 443-453, 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**, 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 2008.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; ARAUJO, M. B. S.; TOMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p.1355-1360, 2008.

VILLELA, W.V. *et al.* Desafios da Atenção Básica: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009.

ZAGO, A. V.; SILVA, A. S. Dançando com a Terceira Idade. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 14, n. 28, p. 54-73, set. 2003.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Italla Maria Pinheiro Bezerra**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica intitulada: **ESTRATÉGIAS OU TÁTICAS ALTERNATIVAS: PROCURANDO NOVOS CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE MODELOS ASSISTENCIAIS E PROCESSOS DE TRABALHO**, e sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações: a pesquisa justifica-se pela necessidade premente de se conceber e experimentar propostas mais integrais do que os modelos assistenciais em vigência, elucidando a existência de novos modelos gestados na prática profissional e empiricamente utilizados durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). O objetivo do estudo é compreender o processo de trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiros nas equipes de Saúde da Família dos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa e atos e ações alternativos produzidos neste Processo. A investigação será ancorada pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC); os dados serão coletados através de um questionário e os materiais analisados a partir de métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados coletados. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo **telefone 86902945** ou e-mail: **itallamaria@hotmail.com**.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Ciente dessas informações concorda em participar do estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B- Questionário direcionado aos profissionais Médicos e Enfermeiros

PREZADO (A) SR. (A)

ATENÇÃO:

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário são necessárias e indispensáveis para sua participação na pesquisa. **Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais**

DESCOBRINDO VOCÊ E SUA FORMAÇÃO**Dados Pessoais**

1. Qual sua formação profissional

() Enfermeiro

() Médico

2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

3. Idade: _____

4. Estado Civil:

() Solteiro

() Casado

() Viúvo

() Divorciado/Separado

() União Estável

5. Etnia

() Branco

() Pardo

() Negro

() Mulato

() Indígena

() Amarelo

Escolaridade

6. Onde você estudou no ensino médio:

() Escola Pública Estadual ou Municipal

() Escola Pública Federal

() Escola Privada

7. Onde você estudou no ensino superior:

() Universidade Pública

() Universidade Privada

8. Há quanto tempo você concluiu a graduação:

- menos de 1 ano
- 1 |---- 3 anos
- 3 |---- 5 anos
- 5 |----| 10 anos
- mais de 10 anos

9. Você possui alguma pós-graduação? Marque sua maior titulação.

- Não tenho pós-graduação
- Possuo especialização
- Possuo mestrado
- Possuo doutorado

10. Caso possua uma Pós-Graduação, em que área se enquadra sua pós-graduação?

- Administrativa
- Assistencial
- Educativa
- Outra: _____
- Nenhuma

11. Caso **NÃO** tenha pós-graduação, em que área você teria interesse?

- Administrativa
- Assistencial
- Educativa
- Outra: _____
- Nenhuma

12. Qual área de formação complementar (pós-graduação) você acha mais importante para a sua atividade:

- Administrativa
- Assistencial
- Educativa
- Outra: _____
- Nenhuma

13. Há quanto tempo trabalha na atenção básica?

- menos de 1 ano
- 1 |---- 3 anos
- 3 |---- 5 anos
- 5 |----| 10 anos
- mais de 10 anos

14. Há quanto tempo trabalha nesta USF:

- menos de 1 ano
- 1 |---- 3 anos
- 3 |---- 5 anos
- 5 |----| 10 anos
- mais de 10 anos

15. Você exerce algum outro tipo de atividade:

- Sim
 Não

16. Para o exercício de suas atividades na USF, você recebeu algum tipo de educação continuada por iniciativa do distrito?

- Sim. Qual? _____
 Não

Dados Econômicos

17. Quantos dos itens abaixo, você possui em sua casa:

Qtd.

- TV em cores
 Vídeo Cassete e/ou DVD
 Rádio
 Microcomputador
 Automóvel
 Máquina de Lavar Roupas
 Geladeira
 Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)
 Acesso à Internet
 TV por assinatura
 Empregada fixa mensalista
 Banheiro

DESCOBRINDO VOCÊ E SEU AMBIENTE DE TRABALHO

18. Esta USF trabalha com a chamada “demanda espontânea”, isto é, atende a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria?

- Sim
 Não

19. Esta USF utiliza campanhas e programas especiais de saúde para atender a população usuária dos serviços?

- Sim
 Não

20. Esta USF atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços?

- Sim
 Não

21. Considerando as dimensões apresentadas logo a seguir, em qual delas, **SEU** trabalho profissional ocorre com maior frequência? Enumere da maior para a menor no caso de haver mais de uma opção.

- Administrativa
 Assistencial

() Educacional

22. Considerando os níveis de atenção a saúde apresentados logo a seguir, em qual delas, **SEU** trabalho profissional, ocorre com maior frequência? Enumere da maior para a menor no caso de haver mais de uma opção.

() Primária

() Secundária

() Terciária

23. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho assistencial (planejamento e implementação) é definido pela consulta médica?

() Sim

() Não

24. Nesta USF, **SEU** processo de trabalho assistencial está voltado para o controle de agravos ou de determinados grupos em risco de adoecer ou morrer:

() Nunca

() Raramente

() Às vezes

() Sempre

25. Nesta USF, **SEU** processo de trabalho assistencial considera a situação de saúde local, seus determinantes, visando atender às necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade?

() Nunca

() Pouco freqüente

() Muito freqüente

() Sempre

26. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho administrativo é caracterizado apenas pela oferta de serviços demandados pelos usuários?

() Sim

() Não

27. Nesta USF, durante as campanhas o **SEU** processo de trabalho administrativo é único e vertical com controle da secretaria Municipal de saúde?

() Sim

() Não

28. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho administrativo prioriza atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade?

() Nunca

() Pouco freqüente

() Muito freqüente

() Sempre

29. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho educativo, realizado em conjunto com o processo de trabalho assistencial é:

() Pontual e focalizado nas especificidades dos agravos

() É generalista e visa a promoção da saúde dos usuários

APÊNDICE C- Roteiro de entrevista semiestruturado dirigido aos profissionais Médicos e enfermeiros

Roteiro de entrevista semiestruturado dirigido aos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde dos Distritos I e II.

Instrumento

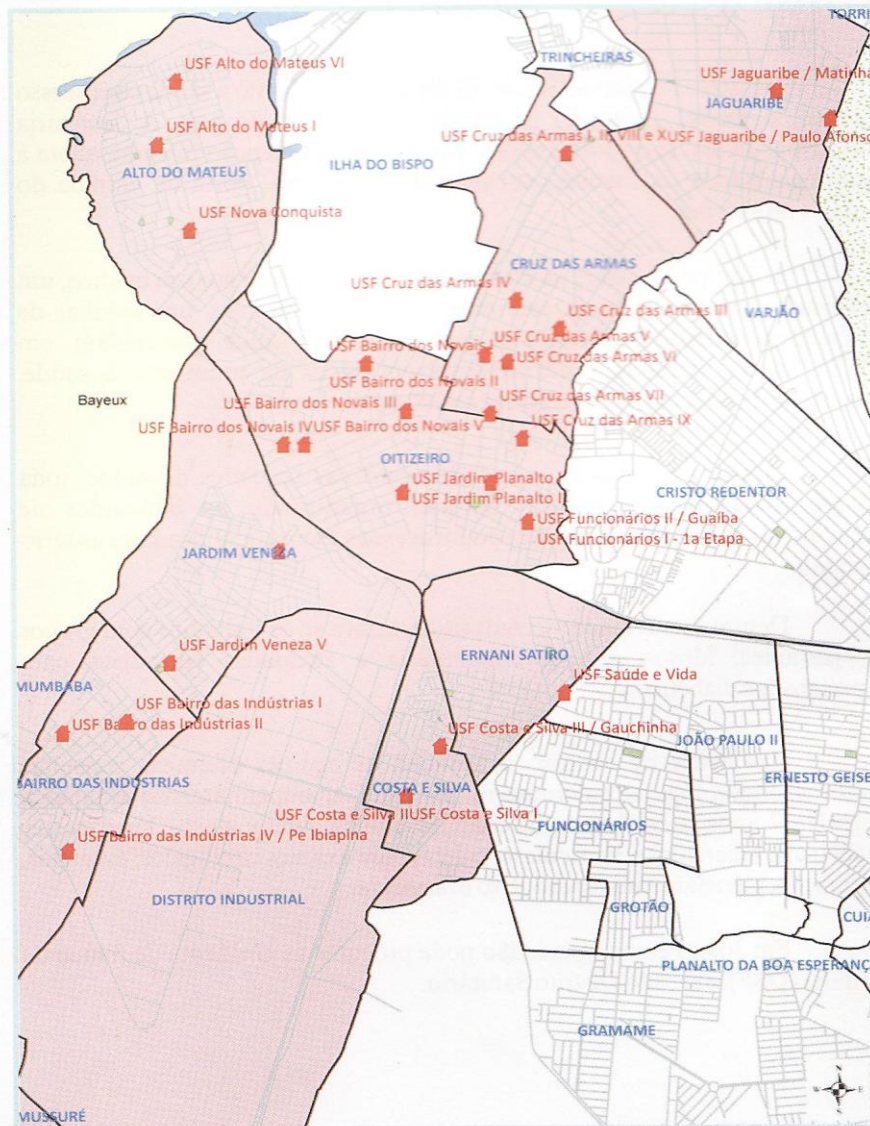
Descreva, o mais completamente possível, um dia típico de trabalho na equipe de saúde da família do distrito sanitário onde está lotado, em relação a estratégia ou tática alternativa desenvolvida.

ANEXO I- Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário I

Distrito Sanitário I

Av. Cruz das Armas, 423, Cruz das Armas

Telefone: (83) 3218-9819

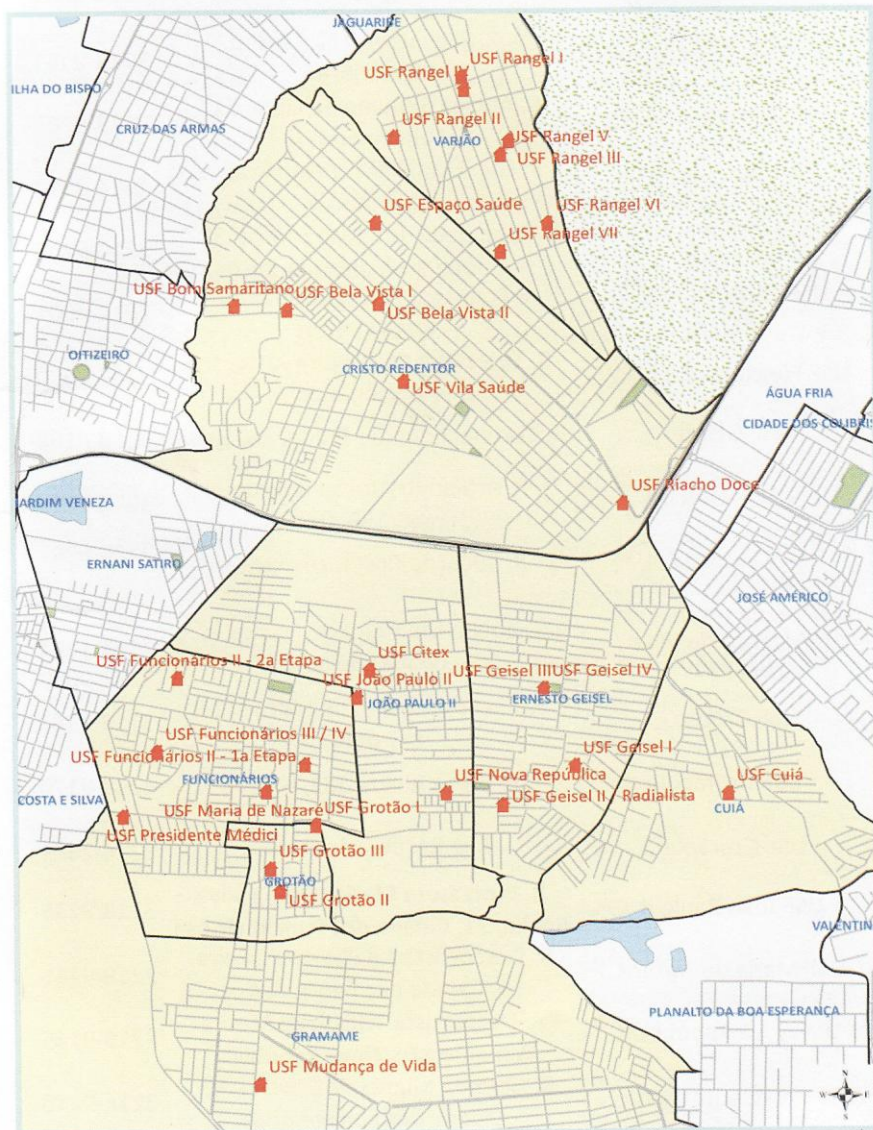


ANEXO II- Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II

Distrito Sanitário II

R. Olívia B. Guerra, 50, Cristo Redentor

Telefone: (83) 3223-7296



ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29-04-09, o projeto de pesquisa do interessado Professor César Cavalcanti da Silva, intitulada “MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE EM PROCESSOS DE TRABALHO PROFISSIONAL”. Protocolo nº. 0148.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO IV – Autorização da Secretaria da Saúde do Município de João Pessoa-PB**Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde**

João Pessoa, 02 de dezembro de 2009.

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a) **ITALLA MARIA PINHEIRO BEZERRA**, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PROCESSO DE TRABALHO PROFISSIONAL”, a ser realizada em todos os Distritos Sanitários, relacionada em anexo na cópia do processo nº 23.878/2009.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Gerente de Educação na Saúde

Welygton Kleber da Silva
Técnico da Gerência de Educação em Saúde
Matrícula 58.575-1