

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAIONARA CRISTINA DE ARAÚJO SANTOS

**TRÂNSITO DE SABERES E CAMPO REPRESENTACIONAL NA VISÃO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO
PELO TRABALHO E PARA A SAÚDE**

NATAL - RN

2010

Raionara Cristina de Araújo Santos

**TRÂNSITO DE SABERES E CAMPO REPRESENTACIONAL NA VISÃO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO
TRABALHO E PARA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, inserida na área de concentração Atenção à Saúde, linha de pesquisa Enfermagem na saúde mental e coletiva, grupo Ações promocionais e de assistência a grupos humanos em saúde mental e coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

NATAL - RN

2010

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Santos, Raionara Cristina de Araújo.

Trânsito de saberes e campo representacional na visão dos profissionais da Saúde da Família e do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde / Raionara Cristina de Araújo Santos. – Natal, RN, 2010.

152 f.: il.

Orientador: Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Atenção primária à saúde – Dissertação. 2. Saúde da família – Dissertação. 3. Pessoal da área médica – Dissertação. I. Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 614.39(043.2)

RAIONARA CRISTINA DE ARAÚJO SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Atenção à Saúde, linha de pesquisa Enfermagem na saúde mental e coletiva, grupo Ações promocionais e de atenção a saúde mental e coletiva, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 27/10/2010



Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Orientador

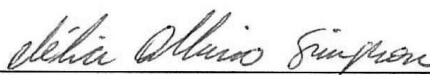
Departamento de Enfermagem da UFRN



Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato

Avaliadora Externa

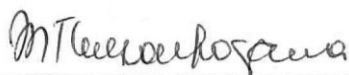
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP



Profa. Dra. Clélia Albino Simpson

Avaliadora Interna

Departamento de Enfermagem da UFRN



Profa. Dra. Maria Teresa Cícero Laganá

Avaliadora Interna

Departamento de Enfermagem da UFRN

Ao meu querido orientador, o Professor Francisco Arnoldo, que desde a graduação acreditou em mim, guiou-me, com paciência, pelos caminhos da ciência e do conhecimento, puxou-me as orelhas nas horas em que precisei, consolou-me diante das adversidades, vibrou por minhas conquistas e hoje me auxiliou na concretização de mais um sonho. Pra mim, o senhor é mais que um orientador, é um amigo e mestre a quem sempre serei grata e por quem tenho grande admiração!

Agradecimentos

Ao nosso querido Deus, maior mestre de todos, por sua infinita bondade e amor em proporcionar-me a realização de mais um sonho. Obrigada por toda paz, saúde, amor, força e *insights* que me ajudaram, grandemente, na construção desse trabalho.

A mim, por que não?! Pela perseverança, luta e vontade, pelas noites de sono perdidas, pelos finais de semana abdicados em nome da construção de um trabalho que pudesse responder a algumas das inquietações que fervilham em minha mente.

À minha mãe, Cristina, que apesar de, inicialmente, não compreender minha decisão em cursar o mestrado, foi imprescindível para a minha educação e formação pessoal e profissional, pois se não fosse pelos seus esforços talvez eu seguisse a inércia e a acomodação presentes no meio do qual sou proveniente.

Ao meu pai, Silvan (*in memoriam*), e à minha avó, Luzia (*in memoriam*), que acompanharam de um outro ângulo os meus passos e que, tenho certeza, confortaram-me nos momentos de tristeza e desespero.

Aos meus irmãos, Raul e Renner, que também compartilharam da incompreensão de minha mãe, mas que ao final também me apoiaram. Vocês, pra mim, são exemplos de irmãos e homens, pois desde cedo assumiram a responsabilidade e o cuidado da nossa família.

Ao amor da minha vida, Marcelo, vulgo Todzinho, que me deu carinho, amor e incentivo em muitos momentos da minha trajetória. Obrigada por, diversas vezes, ouvir minhas lamentações, fazer-me perceber a beleza da vida e a pequenez dos meus problemas, proporcionar-me momentos de extrema felicidade e não me deixar abater diante dos obstáculos e dificuldades.

Aos meus queridos amigos do 3º ano do Colégio Diocesano Seridoense, onde tudo realmente começou.

Às minhas grandes amigas Carla e Gisele (*in memoriam*), eternas companheiras do início da graduação em Campina Grande. Com vocês, comecei a compreender o significado da Enfermagem.

Aos meus amigos maravilhosos de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte que me receberam e acolheram em seus círculos de amizade, Ana Eloísa, Betsabéia, Débora, Emeline, Gislene, Maurian, Rafinha e, em especial, Isabelle, Tersila e Victor com quem estabeleci um vínculo fraterno maior. Todos vocês são pessoas inesquecíveis em minha vida.

À minha amada turma de mestrado 2009.1, pelos momentos prazerosos de aprendizado e enriquecimento pessoal e profissional. Com vocês, compreendi o significado da palavra UNIÃO e que podemos construir uma saúde melhor e mais humana, basta, pra isso, deixarmos de lado nosso orgulho e pensarmos no próximo. Obrigada, especialmente, pelos conselhos (Isabelle, Marília e Maria Coeli), pela inspiração (Antônia Líria, Lorryne, Palmyra e Maria da Guia), pela ajuda na construção de novos saberes (Aline, Angélica, Luciana e Neyse), pelas saidinhas (Diego e Thiago) e pela grande amizade (Arieli, Neyrian, Rafinha e Tarcy).

À minha querida amiga Gláucia que esteve sempre por perto para me escutar e aconselhar.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, pelos ensinamentos, paciência e dedicação, em especial às professoras Akemi, Bertha, Clélia, Raimundinha e Rejane Dawin, por quem tenho grande admiração.

À banca de qualificação e defesa pelas valiosas sugestões e contribuições.

À professora Regina Furegato e Gilda Pacheco, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo apoio na preparação do material para submissão ao ALCESTE.

Aos funcionários do departamento de Enfermagem da UFRN, em especial, Dona Graça, João, Mirtes, Sebastião e Xexeu que sempre trataram a todos com cordialidade e respeito.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), pelo apoio que tornou possível a realização deste mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Natal e ao coordenador do PET-Saúde de Natal por permitirem a realização dessa pesquisa.

Às enfermeiras, aos médicos e aos odontólogos participantes do estudo, sou extremamente grata pela forma como fui bem recebida por todos. Obrigada pelo trabalho que vocês desenvolvem na atenção básica e espero que, após essa pesquisa, o mesmo seja reconhecido e valorizado por todos.

E a todos os demais que, direta ou indiretamente, fazem parte de minha história. A todos vocês o meu muito OBRIGADA!

SANTOS, R. C. A. **Trânsito de saberes e campo representacional na visão dos profissionais da Saúde da Família e do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde**. 2010. 152 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) emerge como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, requerendo profissionais capacitados para atuarem nesse âmbito. Para tal, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde), visando integrar ações ensino-serviço, com foco na atenção básica. Com base nisso, definiu-se como objetivo desse trabalho apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em 07 Unidades de Saúde da Família (USF) que integram o PET-Saúde Natal (RN). A população foi composta por 35 profissionais das equipes básicas de nível superior das USFs vinculadas ao referido projeto. A amostra consistiu em 05 enfermeiros, 05 médicos e 05 odontólogos, perfazendo um total de 15 sujeitos. Os dados foram coletados através de três instrumentos: o desenho-estória com tema, a entrevista individual semi-estruturada e o diário de campo. Os dados referentes à identificação dos sujeitos foram digitados e tabulados pelo software *Microsoft Excel* versão 2007. A análise e interpretação dos desenhos deram-se pela significação atribuída ao recurso gráfico a partir do título e das palavras-chave atribuídas pelos sujeitos, tendo a ESF como termo indutor. As histórias e entrevistas transcritas e digitadas foram submetidas à leitura/escuta flutuante do material e à análise léxica do ALCESTE. Terminado esse processo, o material discursivo foi analisado e discutido mediante o recurso teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais. A maioria dos profissionais era do sexo feminino, com idade entre 46 e 52 anos, casados, renda mínima de 6 salários, tempo de formado entre 22 e 29 anos e de trabalho na ESF variando de 02 a 11 anos. A partir do sistema de classificação do ALCESTE foram elegidas as categorias identificadas por: Categoria 1 – ESF: relações e território; Categoria 2 – Formação e desenho do vínculo; Categoria 3 – Processos de trabalho na ESF; Categoria 4 – Articulação ensino-serviço; Categoria 5 – Atenção à saúde e prevenção de doenças. A construção do campo representacional, enquanto processo, seguiu a lógica dos núcleos estruturantes existentes nas categorias. Nesse sentido, inferiu-se que a ESF é um ambiente com potencialidades como a relação “muito sujeito-sujeito” e o vínculo estabelecidos entre profissional-comunidade, mas que também apresenta algumas fragilidades como precárias condições de trabalho, falta de participação popular e apoio da gestão, além de dificuldades na realização do trabalho em equipe. Sendo imprescindível, para tal, a articulação ensino-serviço com vistas à formação de um novo profissional de saúde apto para o trabalho na ESF. Nessa pesquisa, a formação do campo representacional encontrou uma diversidade de núcleos estruturantes, ou pensamentos em formação, acerca da ESF devido à maior ênfase dada ao aqui-e-agora da interação entre os profissionais de saúde, a ESF, a comunidade, o PET-Saúde e os discentes da UFRN, ressaltando-se que tais propostas ainda são conceitos considerados como recentes no contexto da saúde e que, portanto, não estão totalmente concretizados no imaginário social.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; saúde da família; recursos humanos em saúde; educação em saúde; pesquisa metodológica em Enfermagem.

SANTOS, R. C. A. **Knowledge in transit and representational field in the professional view of the Family Health and Education Programme for Work and Health.** 2010. 152 p. Dissertation (Master) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is emerging as a possible restructuring of services and new practices of intervention in health care; it requires skilled professionals to work with that framework. Within this purpose, we established the Education Programme for Work and Health (PET-Saúde), in order to integrate teaching and service activities, focusing on primary care. On this basis, the aim of this work is to apprehend the social representation of nurse, doctor and dentist (Project PET-Natal Health – RN preceptors) on the ESF, while practice field of them. It is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, carried out in 07 Family Health Units (USF) included in the PET-Saúde Natal (RN). The population was composed of 35 professional components of the primary care team with bachelor's degree of the USF linked to this project. The sample was composed of 05 nurses, 05 physicians and 05 dentists, for a total of 15 subjects. Data were collected through three instruments: the drawing-themed story, a semi-structured individual interviews and field diary. The data relating to the identification of the subjects were entered and tabulated by the Microsoft Excel software 2007 version. The drawing analysis and interpretation is given by the significance attributed to the resource chart from title and keywords assigned by the subjects, considering the ESF as an inductive term. The stories and interviews were transcribed and typed and then subjected to read/listen the material and a lexical analysis through Alceste. After this process, the discursive material was analyzed and discussed by theoretical and methodological feature of the Social Representations theory. The majority of health professionals were female, aged between 46 and 52 years old, married, income less than six minimum wage, time since graduation ranged from 22 to 29 years and working time in the ESF range from 02 to 11 years. From the classification system ALCESTE were selected categories identified by: Category 1 - ESF: relations and territory; Category 2 - Training and bond profile; Category 3 - Working process in the ESF; Category 4 - Articulation between teaching and service; Category 5 - Health care and disease prevention. The representational field construction, while a process, followed the logic of structural cores in existing categories. In this sense, it is clear that the ESF is an environment rich in diversity, experience and relationships with potential such as the relationship "very subject-subject" and the link established between professional-community, but also has some weaknesses such as poor working conditions, lack of popular participation and management support, thus difficulties in the achievement of teamwork. Being essential to that end, the teaching-service aimed at the formation of a new health professional able to work in the ESF. In this research, the training of the representational field encountered a diversity of structural cores, or thoughts on training, about the ESF because of the greater emphasis on the here and now of the interaction between health professionals, the ESF, the community, PET Health-UFRN and students, emphasizing that such proposals are still considered as concepts in the context of recent health and that, therefore, are not fully realized in the social imaginary.

Keywords: Primary health care; family health; Human resource for health; health education; methodology research in nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 JUSTIFICATIVA.....	28
1.2 PROBLEMÁTICA.....	30
1.3 OBJETIVOS.....	30
1.3.1 Objetivo geral.....	30
1.3.2 Objetivos específicos.....	30
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	31
2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUINDO UMA NOVA ATENÇÃO EM SAÚDE.....	32
2.2 PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA: FATORES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS AO DESENVOLVIMENTO DE SEU PROCESSO DE TRABALHO.....	38
2.3 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	43
2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	47
3 PERPECTIVA METODOLÓGICA.....	53
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	54
3.2 OS CENÁRIOS DA PESQUISA.....	54
3.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	57
3.4 OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	58
3.5 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	59
3.5.1 Fazendo um desenho, contando uma estória.....	59
3.5.2 A entrevista propriamente dita.....	61
3.5.3 O diário de campo.....	62
3.6 PREPARAÇÃO DO CONJUNTO DE DADOS.....	62
3.6.1 Considerações sobre o ALCESTE.....	63
3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	65
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
4.1 DESCREVENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	68
4.1.1 Perfil social dos profissionais: Quem são os enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN).....	69

4.1.2 Trajetória profissional dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN).....	73
4.1.3 Perfil profissional na Saúde da Família dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN).....	77
4.2 ANÁLISE DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DA ESF NA PESPECTIVA DO ALCESTE.....	81
4.3 SISTEMA CATEGORIAL NA APREENSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	83
4.3.1 Em busca da apreensão das Representações Sociais a partir do território, vínculo, trabalho, ensino-serviço e fragilidades.....	84
4.4 APREENSÃO DO CAMPO REPRESENTACIONAL.....	113
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	135
ANEXOS.....	141

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distritos Sanitários do Município de Natal (RN).....	55
Figura 2: Unidades de Saúde da Família do Município de Natal (RN).....	56
Figura 3: Classificação Hierárquica Descendente das classes geradas pelo ALCESTE 2010, porcentagem de UCEs existentes em cada classe e a sua relação com as demais.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição por faixa de idade dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.....	70
Gráfico 2: Distribuição por sexo dos sujeitos da pesquisa, conforme a categoria profissional.....	71
Gráfico 3: Distribuição da renda dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.....	72
Gráfico 4: Distribuição do tempo de conclusão do ensino superior dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.....	74
Gráfico 5: Distribuição da frequência à curso de pós-graduação entre os sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.....	75
Gráfico 6: Distribuição das categorias profissionais da pesquisa em relação à realização de curso introdutório à Estratégia de Saúde da Família.....	79
Gráfico 7: Distribuição dos principais cursos de atualização, realizados a partir da Estratégia de Saúde da Família, referidos pelos profissionais da pesquisa.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das USFs por Distrito Sanitário.....	55
Quadro 2: Distribuição dos profissionais de nível superior das USFs do projeto PET-Saúde Natal (RN) 2009.....	57
Quadro 3: Variáveis atribuídas para o estudo sobre as representações sociais dos profissionais de nível superior, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), sobre a ESF.....	64
Quadro 4: Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.....	69
Quadro 5: Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> realizados pelas enfermeiras da pesquisa.....	76
Quadro 6: Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> realizados pelos médicos da pesquisa.....	76
Quadro 7: Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> realizados pelos odontólogos da pesquisa.	76
Quadro 8: Correspondência entre o Sistema Categorial e as Classes geradas pelo ALCESTE 2010 sobre os profissionais da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN)...	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorias profissionais da pesquisa em relação ao estado civil.....	72
Tabela 2: Categorias profissionais da pesquisa segundo Instituição de conclusão do ensino superior.....	75
Tabela 3: Categorias profissionais da pesquisa em relação à carga horária de trabalho na ESF.....	77
Tabela 4: Categorias profissionais em relação ao tempo de trabalho na ESF.....	78
Tabela 5: Categorias profissionais da pesquisa em relação à existência ou não de outro vínculo empregatício.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACD – Agente de Consultório Dentário
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS – Atenção Primária à Saúde
- CHA – Classificação Hierárquica Ascendente
- CHD – Classificação Hierárquica Descendente
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DS – Distrito Sanitário
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GT – Grupo de Aprendizagem Tutorial
- IES – Instituição de Ensino Superior
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- MEC – Ministério da Educação e Cultura
- MS – Ministério da Saúde
- OPAS – Organização Panamericana de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
- PCCS- Plano de Cargos Carreiras e Salários
- PNAD – Política Nacional por Amostra de Domicílios
- PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família
- SACI – Atividade Integrada de Educação, Saúde e Cidadania
- SESAP – Secretaria de Estado da Saúde Pública
- SIAB – Sistema Nacional de Informação na Atenção Básica
- SILOS – Sistemas Locais de Saúde
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- THD – Técnico de Higiene Dental
- TNC – Teoria do Núcleo Central
- TRS – Teoria das Representações Sociais

UC – Universo Consensual

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UR – Universo Reificado

URNE – Universidade Regional do Nordeste

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita Domiciliária

Apresentação

Meu interesse em realizar esse estudo partiu de inquietações encontradas ao longo da minha formação acadêmica e no pouco tempo de desenvolvimento da minha prática profissional enquanto enfermeira. Nesse tocante, diversas vezes peguei-me refletindo sobre as seguintes interrogações: Até que ponto as práticas profissionais são responsáveis pela baixa eficácia e efetividade do sistema de saúde? São elas as causas ou as conseqüências do inadequado arranjo político-institucional do setor público de saúde? Como os profissionais vivenciam seu ambiente de trabalho? De que maneira a formação dos mesmos influencia sua prática profissional?

No Brasil, ainda vivemos um processo incipiente de democratização e de implantação de novas medidas no campo da saúde, no qual os mecanismos de sustentação e financiamento não estão garantidos *a priori* e os dirigentes políticos ao invés de incrementarem a continuidade e os avanços advindos de experiências anteriores exitosas, geralmente optam por priorizar a (re)inauguração de políticas e projetos, reduzindo a importância dos já existentes. Com isso, a cada alternância de governo, alternam-se também as políticas públicas dificultando o acúmulo e o fortalecimento de experiências que contribuam para um melhor desenvolvimento do país de uma maneira geral.

É muito rara a realização de pesquisas despretensiosas para detectar a eficácia dos programas governamentais por meio da busca de informações junto aos verdadeiros consumidores dos serviços - usuários - e seus servidores - trabalhadores - sobre as reais condições do *modus operandi* em que se encontram as políticas públicas. No âmbito da saúde, são notórias as insatisfações por parte de usuários e profissionais acerca da qualidade e da estrutura dos serviços ofertados, com situações que perpassam o cenário do desrespeito e desprezo por parte dos governantes àqueles que fazem e que sentem as dificuldades encontradas na busca pela saúde.

Nesse sentido, optar pelo Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, especificamente no Departamento de Enfermagem de tal instituição, de onde sou egressa, foi a forma que encontrei de procurar, no percurso metodológico, a compreensão e a maturidade para tentar entender os questionamentos expostos acima. Mais do que um curso, descobri no Mestrado, uma possibilidade de reiterar a disposição em continuar buscando caminhos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde a partir da Estratégia de Saúde da Família e de novos modos de ensinar saúde.



Tropical – Anita Mafalti (1889-1964): pintora, desenhista, gravadora e professora brasileira. Considerada um dos grandes nomes da Semana de Arte Moderna no Brasil.



Estrada do mundo novo com Pão de açúcar ao fundo – Abigail Andrade (1864 - ?): pintora e desenhista brasileira, premiada com a medalha de ouro por trabalhos no Salão Imperial de 1884.



Independência ou Morte – Pedro Américo (1843 – 1905): pintor, romancista e poeta brasileiro. Suas maiores obras foram a enorme Batalha do Avaí e Independência ou Morte.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a produção social da saúde no Brasil trilhou por diversos caminhos, desde as práticas mágico-religiosas dos indígenas à utilização de sofisticados aparelhos tecnológicos; da exclusão de milhões de indivíduos considerados indigentes sanitários à inclusão de “toda” a população brasileira dentro de um sistema único de saúde pública; de uma visão puramente biologicista de unicausalidade para uma preventiva e multicausal; da centralização no profissional médico para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Pode-se considerar que o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil foi realizado por meio de processos complexos, influenciados, majoritariamente, pela conjuntura econômica na qual o país estava inserido (FRANCO; MERHY, 2007; PAIM, 2003). Tal fato é confirmado por Mendes (1999) ao ressaltar que no momento em que a economia brasileira tinha por base a agroexportação, assentada principalmente na monocultura cafeeira, era exigido do sistema de saúde nada mais do que uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias, particularmente os portos marítimos, além do controle ou erradicação das doenças que poderiam interferir nas exportações.

Dessa forma, ocorreu, em 1923, a promulgação da Lei Eloi Chaves, a qual garantia amparo previdenciário e assistência médica somente a alguns trabalhadores com a exclusão dos demais sujeitos (ACIOLE, 2006; ELIAS, 2004). De acordo com Mendes (1999), o modelo médico assistencial privatista esteve relacionado a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social, iniciando-se com as Caixas de Aposentadorias e Pensões, na década de 1920, perpassando pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, dos anos de 1930 a 1960, até a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, elucidando a estreita relação existente entre saúde e economia.

Percebe-se, com isso, que a preocupação com o estado de saúde dos indivíduos esteve, inicialmente, atrelada à questão da necessidade de uma mão-de-obra saudável para exercer as atividades relacionadas ao mundo do trabalho, distanciando-se, substancialmente, das ações coletivas de saúde. Assim, a saúde possuía muito mais um caráter de mercadoria do que de direito.

Acrescenta-se a isso, em conformidade com Franco e Merhy (2007), o interesse dos grupos hegemônicos, aos quais o “Estado” era – e ainda permanece – submisso, e que mudavam a partir das transformações nas conjunturas políticas, gerando movimentos diferenciados na edição de políticas de saúde, ao passo que as necessidades de saúde da

população eram, e ainda são, determinadas pelas mudanças das situações sociais, econômicas e políticas. Sendo assim, mostra-se que o acesso aos serviços de saúde era um direito de poucos, os quais eram determinados pelo potencial econômico e político dominante.

A consolidação da saúde como política, segundo Elias (2004), ocorreu após o término da Segunda Guerra Mundial com o advento do “Estado de Bem-Estar Social” e dos sistemas de saúde na Europa e nos Estados Unidos, além da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, atual Cazaquistão, em 1978, que estabeleceu a Declaração de Alma-Ata, promulgando a necessidade de ação urgente de todos os governos, profissionais da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial de promover a saúde de toda a população.

Durante o final da década de 1970 e início dos anos de 1980, o Brasil passou por uma forte crise econômica repercutindo diretamente em suas políticas públicas. No setor saúde, o modelo de organização do sistema pautado na lógica flexneriana com priorização da medicina curativa centrada no hospital, na medicalização e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, destacava o caráter excludente de nossa cidadania ao restringir o acesso dos recursos e dos serviços de saúde a uma minoria da população, excluindo os estratos de baixo nível sócio-econômico e de regiões de difícil acesso (BRASIL, 2009a; MENDES, 1999).

Diante de tais acontecimentos, multiplicaram-se os sentimentos de insatisfação frente à ineficiência e ineficácia dos serviços de saúde, propiciando a criação do movimento sanitário brasileiro, que se organizava desde a década de 1970, fruto das discussões de um grupo de profissionais de saúde e das ciências sociais, universitários, sindicalistas, usuários dos serviços de saúde, entre outros atores sociais. Esse movimento contestava o modelo médico-assistencial privatista vigente, que se caracterizava por uma intervenção fortemente clínica, individualista e fragmentada, com pouca resolutividade e gastos financeiros exorbitantes, não conseguindo atender satisfatoriamente toda a população.

Tal movimento favoreceu o surgimento da Reforma Sanitária Brasileira, que para Cassels (1995) *apud* Mendes (2001) consistiu num momento para estabelecer prioridades, redefinir políticas e reformar as instituições nas quais as mesmas eram executadas.

O movimento da Reforma Sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornando-se marco fundamental para a construção das bases doutrinárias da criação e construção de um novo sistema de saúde brasileiro.

A Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988, no seu Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado em princípios e diretrizes que definiram a atenção primária à saúde (APS) como eixo norteador e articulador para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

Assim, a seção da saúde na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – compõem as bases jurídicas do SUS, atribuindo à saúde o caráter de direito de cidadania e dever do Estado (BRASIL, 2009a).

Consoante Vasconcelos e Pasche (2006), o SUS compreende o modelo organizacional da política de saúde do Estado brasileiro, constituindo-se num conjunto de ações e serviços de saúde das três esferas de governo – municipal, estadual e federal - aglutinando ainda os serviços privados de saúde, por meio de contratos ou convênios, que o integram funcionalmente, de forma complementar, para a prestação de serviços aos usuários do sistema.

Trata-se de um sistema diversificado e complexo que tem a finalidade de coordenar e articular as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com as de cura e reabilitação, através da incorporação de uma concepção ampliada de saúde incluindo os determinantes sociais, econômicos, biológicos, culturais, ambientais, entre outros.

O SUS está pautado em princípios e diretrizes, os quais concedem ampla legitimidade ao sistema e proporcionam racionalidade ao seu funcionamento. Os princípios doutrinários compreendem a universalidade, a integralidade e a equidade, enquanto as diretrizes organizativas consistem na descentralização e regionalização, hierarquização, resolutividade, participação comunitária e complementariedade do setor privado (SAITO, 2008; VASCONCELOS; PASHE, 2006; PEREIRA et al., 2005; COSTA; CARBONE 2004).

Desse modo, o SUS produziu resultados imediatos, destacando-se o término da segregação entre os incluídos e os excluídos economicamente através do princípio da universalidade, garantindo acesso à saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 2009a; MENDES, 2001). Além disso, conferiu a equidade no acesso e atendimento, priorizando, na oferta de serviços, os segmentos populacionais mais necessitados e com maior risco de adoecer e morrer em decorrência de suas condições sócio-econômicas (VASCONCELOS; PASHE, 2006), considerando as diversas dimensões do processo saúde-doença existentes no âmbito individual e coletivo.

A idéia básica da organização do SUS é, de acordo com Elias (2004), estimular o usuário a procurar, inicialmente, as ações e serviços ofertados na atenção primária. Os problemas não solucionados nesse nível deverão ser encaminhados para o setor secundário que, por conseguinte, irá referir para o terciário as situações em que não se encontra capacitado para atender. No entanto, salienta-se que essa construção da atenção em saúde não deve estar consolidada em um modelo piramidal, mas sim, em um modelo cíclico no qual estes níveis se inter-relacionam por meio dos sistemas de referência e contra-referência.

A participação comunitária, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, ocorre através das Conferências e Conselhos de Saúde, sendo imprescindível para a construção e implementação dos princípios e diretrizes do SUS na realidade cotidiana, visto que esse se constitui numa conquista de todos, requerendo dessa maneira o controle social na gestão dos serviços de saúde (VASCONCELOS; PASHE, 2006; MENDES, 1999).

Com base no exposto acima, destaca-se que o SUS tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de incomparável relevância, apresentando resultados significativos para a população brasileira. Entretanto, ainda persistem diversos problemas e desafios a serem enfrentados para torná-lo um sistema universal que possa realmente garantir saúde de qualidade a toda população.

Dentre os desafios teóricos, destacam-se a compreensão das relações de governo e das possibilidades de uma gestão participativa e democrática, o esclarecimento das obscuras relações público-privadas, bem como a sustentabilidade de políticas tidas como universais. No aspecto prático, o desafio consiste em alcançar a meta de garantir a saúde de forma universal e equânime (MAIO; LIMA, 2009). Nesse tocante, faz-se mister a frase de Elias (2004, p. 14): “o SUS delinea o que fazer, mas não diz o como se faz e muito menos para quem se faz”.

Diante disso, a partir da década de 1990, com a finalidade de implementar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a importância da assistência integral ao indivíduo tendo como foco principal o seu ambiente familiar, social e econômico, assim como uma nova concepção do conceito de saúde, tida não somente como a mera ausência de doenças, mas englobando a qualidade de vida (VIANA; POZ, 1998).

Em 1994, adotou-se a estruturação do Programa Saúde da Família (PSF), decorrente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo renomeado, em 1998, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerada uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Tem como objetivo reorientar o modelo assistencial no espaço político-operacional por meio da atenção básica, no âmbito da Unidade de Saúde da Família

(USF), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (MENDES, 2002).

Segundo Campos e Belisário (2001), é notória a revisão de paradigmas ocorrida através do processo de redemocratização, da busca ao direito universal e equânime à saúde, assim como do progresso científico e tecnológico ocorridos nos últimos anos e sua influência direta sobre os serviços e ações de saúde. Tal fato ocasionou uma mudança na qual o paradigma dominante deixa de ser flexneriano-cartesiano para privilegiar a prática sanitária e a produção social em saúde (MENDES, 1999).

Nessa perspectiva, a ESF emerge como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, visando à substituição ao modelo assistencial curativista, centrado no hospital, na medicalização, no individualismo, na fragmentação por especialidades e na cura das doenças.

O foco de atenção está voltado para o atendimento integral e contínuo ao indivíduo e sua família, abrangendo todos os ciclos da vida (desde o recém-nascido ao idoso), compreendidos a partir de diversificados contextos e ambientes, através de ações da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde-doença (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

A ESF constitui-se em um grande avanço na saúde brasileira, por proporcionar uma atenção voltada às reais necessidades do indivíduo e sua família por meio da atuação de uma equipe interdisciplinar composta, em sua maioria, por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliar de consultório dentário (ACD).

No entanto, destaca-se que a ocorrência dessa mudança paradigmática, por si só, não é suficiente para garantir uma nova lógica na organização do trabalho. Segundo Franco e Merhy (2007, p.115-6), faz-se imperativo

(...) mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, até mesmo no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamentos pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência.

Cotta et al. (2006) ressaltam que os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar suas ações de acordo com as necessidades da comunidade. Disso resulta que a qualidade dos serviços de saúde depende de diversos fatores, dentre eles incluem-se os instrumentos usados para a definição e análise dos problemas, assim

como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais relacionados com as normas técnicas, sociais e humanas.

Percebe-se que para os profissionais de saúde adquirirem a concepção descrita acima, torna-se imprescindível uma formação que integre ensino, gestão, atenção e controle social (MELLO, 2000). A transformação dos problemas e dificuldades, através da melhor qualificação, não se dará de forma instantânea, mas exigirá comprometimento daqueles que “pensam e fazem a saúde” no Brasil.

Nesse aspecto, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação instituiu através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) com o objetivo de fomentar a formação de Grupos de Aprendizagem Tutorial (GTs) relacionados com a ESF, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como desenvolver ações indissociáveis de ensino-pesquisa-extensão, na perspectiva da integração dos cursos de graduação com o serviço e a comunidade, na intenção de promover uma formação acadêmica socialmente comprometida e cidadã (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2008a).

Diante disso, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS/Natal) elaborou o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) do Município de Natal (RN), que compreende o desenvolvimento de atividades multiprofissionais e interdisciplinares, com ênfase na ESF, envolvendo discentes, monitores e docentes de seis cursos de graduação na área da saúde da referida universidade (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia), os quais se propõem a realizar atividades de atenção à saúde, pesquisa e ensino, de forma interdisciplinar e integrada com o serviço e com a comunidade.

No processo de construção desse projeto foram resgatadas as estratégias já desenvolvidas de integração multiprofissional no nível da graduação, através da Atividade Integrada de Educação, Saúde e Cidadania (SACI), e outras iniciativas relacionadas aos projetos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) I e II, os quais assentaram como eixos orientadores, rompendo-se com a lógica predominante de cursos isolados e projetos pedagógicos não relacionados.

Foram definidos como objetivos do Projeto PET-Saúde Natal (RN), os seguintes pontos:

- Promover o avanço da integração educação x trabalho, considerando a indissociabilidade entre ensino/pesquisa/produção cultural, através da extensão universitária;
- Contribuir para a formação de profissionais de saúde, tomando como referência um perfil crítico, pautado em rigorosos preceitos ético-humanísticos e adequado às necessidades sociais e epidemiológicas da população e ao SUS;
- Desenvolver atividades acadêmicas no trabalho em saúde, oportunizando experiências tutoriais para formação de profissionais com padrões de qualidade de excelência;
- Contribuir para o desenvolvimento das ações da política de educação permanente em saúde das equipes da ESF integrantes do projeto;
- Estimular uma cultura de investigação no serviço de saúde;
- Desenvolver estudos e pesquisas no campo da atenção básica em saúde no município de Natal-RN;
- Contribuir para a formulação de um projeto pedagógico comum para os cursos da área da saúde da UFRN, no tocante ao desenvolvimento das habilidades e competências gerais estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais;
- Desenvolver competências e habilidades específicas dos alunos da área da saúde para o trabalho com a atenção primária e a ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2009, p. 3-4).

Definiu-se, portanto, como objeto desse estudo os profissionais de nível superior que compõem a equipe básica da ESF, especificamente o enfermeiro, o médico e o odontólogo, os quais também são integrantes do Projeto PET-Saúde do Município de Natal (RN).

Consoante Leite e Veloso (2008) a idéia da ESF visa enfatizar a concepção de trabalho em equipe de forma interdisciplinar a fim de cumprir o princípio da integralidade na saúde e valorizar a integração dos diversos saberes de cada profissional na construção do cuidado na atenção básica. Dessa forma, a interdisciplinaridade constitui uma importante proposta de recurso de trabalho para o fortalecimento da atenção básica, ao passo que ocasiona um rompimento da dinâmica dos serviços centrados na figura do médico, configurando-se a possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva.

No entanto, Peduzzi (2001) ressalta que é preciso superar a concepção de trabalho em equipe regularizado por meio de relações assimétricas entre profissionais distintos, uma vez que não deve existir uma relação hierárquica e de subordinação entre os médicos e os demais profissionais da saúde. Além disso, essa autora também destaca que para um melhor

desenvolvimento do trabalho em equipe, cada profissional deve incorporar uma lógica de flexibilidade na divisão do trabalho e a ideia de autonomia técnica com interdependência, valorizando a produção do cuidado em seus diversos âmbitos: educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que, muitas vezes, aparecem como periféricos ao trabalho nuclear da assistência médica individual.

Deste modo, o estudo justificou-se pelo interesse dos autores em apreender o olhar do enfermeiro, médico e odontólogo, preceptores do Projeto PET-Saúde Natal (RN) e membros da equipe interdisciplinar da ESF, sobre essa estratégia, utilizando-se, para isso, o enfoque da Teoria das Representações Sociais (TRS). A representação social busca compreender a forma como um grupo de indivíduos constrói um conjunto de saberes que revela a identidade desse grupo social, bem como as representações que ele possui acerca de um determinado objeto ou fenômeno, tanto próximo quanto distante (OLIVEIRA; WERBA, 1998).

O desejo em utilizar a ESF como cenário de realização da pesquisa tem por desígnio a sua constituição como um novo modelo integral de atenção à saúde, requerendo, portanto, profissionais comprometidos com o usuário em relação à criação de vínculos, ao atendimento integral e de qualidade, ao conhecimento das necessidades e do contexto em que esse indivíduo está inserido, à resolução de problemas, entre outros, permitindo, dessa forma, uma maior eficácia, eficiência e efetividade à estratégia.

A escolha de trabalhar com o profissional enfermeiro, médico e odontólogo advém das expectativas de um trabalho integrado entre os mesmos para um melhor desenvolvimento da estratégia. Dessa forma, torna-se interessante compreender as representações que essas três categorias profissionais, cada qual com sua singularidade e processos de trabalhos diferenciados, possuem acerca da ESF.

Além disso, salienta-se que os profissionais que participam do Projeto PET-Saúde exercem o papel de preceptores dos alunos de graduação dos referidos cursos (Enfermagem, Medicina e Odontologia), constituindo-se em um referencial para estes discentes. As novas diretrizes curriculares buscam eliminar a ênfase nas especializações e procuram formar um novo protagonista social, ou seja, um profissional com formação generalista, direcionado primordialmente para a atenção básica (FEUERWERKER, 2003).

Com isso, percebe-se a importância desses profissionais junto às universidades, visto que os mesmos influenciam, direta ou indiretamente, o processo educativo e de trabalho dos discentes – futuros profissionais – não somente do ponto de vista técnico-metodológico, mas também do ponto de vista social.

A relevância desse estudo residiu nas contribuições que o mesmo fornecerá ao Projeto PET-Saúde Natal (RN), bem como a todos os cursos de saúde envolvidos direta ou indiretamente em tal projeto, uma vez que se conhecendo as representações sociais dos profissionais de nível superior que compõem as equipes mínimas da ESF e que correspondem aos preceptores dos discentes que desenvolvem atividades nesse campo de práticas, compreender-se-á a imagem que tais profissionais possuem sobre a ESF influenciando, de certa forma, no processo de trabalho desenvolvido pelos mesmos, bem como no processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos por eles acompanhados. Além disso, ajudará, de maneira indireta, a conhecer o perfil dos profissionais das equipes da ESF do município de Natal (RN).

A motivação para a realização desse estudo decorreu do encantamento da autora com a atenção básica e com o processo de trabalho dos profissionais que a compõe, sendo a ESF um ambiente complexo, com diversos matizes, dona de uma riqueza inexpressiva de experiências de vida e de aprendizados que mostram a relevância da mesma sobre a vida e condições de saúde-doença da população em geral.

Esse despertar para a saúde da família surgiu, inicialmente, na graduação durante as aulas das disciplinas de Clínica Ampliada, Saúde da Criança e Saúde da Mulher em que me foi apresentada a ESF, intensificando-se no Estágio Supervisionado I em serviços de atenção básica, no qual pude realmente vivenciar o trabalho, mesmo enquanto acadêmica, nesse serviço, bem como conviver com outros profissionais que dela faziam parte.

Logo após a faculdade, adentrei a ESF, porém dessa vez não como estudante, mas sim como enfermeira e pude observar suas potencialidades, bem como algumas de suas fragilidades, deparando-me com alguns profissionais, que como eu, acreditavam no crescimento e fortalecimento da estratégia, e outros, que não evidenciavam tal comprometimento com o campo de trabalho em que atuavam, mostrando desinteresse, falta de dedicação e responsabilidade para com os usuários.

Saliento também a esperança creditada nesse modelo de atenção em saúde focado na prevenção de doenças e promoção da saúde em todos os ciclos da vida que diz respeito à tessitura cotidiana dos sujeitos na perspectiva da vigilância em saúde. Sabedora de que esta ampliação da consciência sanitária depende de um grupo de fatores conjunturais relacionados, prioristicamente, à vontade e decisão do usuário em aderir à proposta, mesmo assim, ousado, a partir do alcance dos objetivos, seguindo o transcurso da reflexão-crítica e compartilhando experiências e sugestões com os mesmos e para os mesmos, considerando-se os novos e os

velhos desafios para eles e os profissionais inseridos na ESF, minimizar a procura pela média e alta complexidade da atenção à saúde.

Com base nas considerações tecidas anteriormente, definiu-se como problemática desse estudo a seguinte inquietação: Quais as representações sociais dos profissionais integrantes do Projeto PET-Saúde Natal-RN (enfermeiro, médico e odontólogo), sobre a Estratégia de Saúde da Família, enquanto campo de atuação dos mesmos?

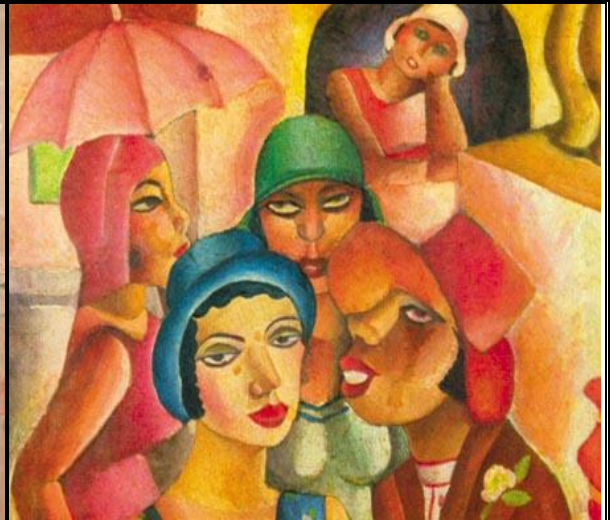
Assim, delineou-se como objetivo geral desse trabalho apreender as representações sociais do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos.

Como objetivos específicos enumeraram-se os seguintes:

- Apresentar as características sócio-demográficas dos preceptores do PET-Saúde Natal (RN) – enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF;
- Descrever as competências do enfermeiro, médico e odontólogo, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), na ESF;
- Identificar, de acordo com o pensamento desses profissionais, os problemas e as potencialidades da ESF;
- Enumerar as contribuições e/ou interferências ocorridas após a inserção dessas categorias profissionais no Projeto PET-Saúde Natal (RN).



Mariposa – Beatriz Milhazes (1960): pintora, gravadora, ilustradora e professora brasileira. Vem destacando-se em exposições no exterior.



Cinco moças de Guaratinguetá – Di Cavalcante (1897 – 1976): pintor, desenhista e caricaturista brasileiro. Considerado um dos grandes nomes da pintura brasileira.



Sem Título – Alice Soares (1917 – 2005): pintora e desenhista brasileira. “As meninas” foram o tema constante de suas obras.

Revisão de

Literatura

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar subsídio às discussões acerca do objeto de estudo dessa pesquisa, esse capítulo foi dividido em quatro subseções, com a finalidade de auxiliar a leitura e organização dos conceitos, buscando a fundamentação teórica e compreensão da temática. São participantes desse processo autores e estudiosos nas temáticas da Saúde Pública, Atenção Básica, formação de recursos humanos para a área da saúde, entre outros, sejam esses de áreas afins ou sujeitos da própria Enfermagem, como também demais envolvidos em tal processo.

Nesse momento revisional, utilizaram-se diversos materiais didáticos, tais como livros, manuais e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, artigos em periódicos impressos e digitalizados que serviram de embasamento teórico para a construção das ideias e conceitos que permearam o objeto de estudo, assim como a problemática elucidada.

Destarte, o capítulo foi subdividido da seguinte maneira: 2.1 A Política Nacional de Atenção Básica: construindo uma nova atenção em saúde; 2.2 Prática dos profissionais de nível superior na atenção básica: fatores favoráveis e desfavoráveis ao desenvolvimento de seu processo de trabalho; 2.3 Formação dos profissionais de saúde para a atuação na atenção básica; 2.4 A Teoria das Representações Sociais no campo da Saúde e ESF.

2.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: CONSTRUINDO UMA NOVA ATENÇÃO EM SAÚDE

O movimento da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988 foram marcos determinantes para se pensar e implementar a integralidade das ações no modelo da atenção em saúde no Brasil, historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa, individual e pelo entendimento do conceito de saúde como a mera ausência de doenças, princípios definidores do modelo flexneriano.

O rompimento deste paradigma veio com o ordenamento jurídico-institucional da criação e implantação do SUS, visto que o modelo clínico/flexneriano não conseguia responder aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira a atender às reais necessidades de saúde de toda a população (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Dessa maneira, o SUS instituiu a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir um novo modelo de atenção à saúde estruturado no paradigma da produção social em saúde, na concepção

ampliada do processo saúde-doença e na prática sanitária da vigilância em saúde (MENDES, 1999).

Dentre as estratégias utilizadas para substituição do modelo assistencial biomédico por um novo modelo pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção propostos pelo SUS, destacou-se a formulação e implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) renomeado, posteriormente, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerada uma estratégia ministerial em que diferentes segmentos sociais, tais como educação e segurança, articulam-se com o conceito ampliado de saúde (MENDES, 2002).

Com isso, importa que o indivíduo tornou-se o centro das ações, deixando de ser visto de forma fragmentada e especializada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores. Nesta perspectiva é possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Sinteticamente, a ESF emergiu, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), como uma maneira de expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira, consolidar o processo de municipalização da organização da atenção à saúde, facilitar o processo de territorialização e regionalização pactuada entre municípios adjacentes e, particularmente, promover o vínculo com a população através do fortalecimento das ações inter-setoriais com o estímulo à participação da comunidade.

Como diretrizes operacionais da ESF, elencam-se o caráter substitutivo de suas práticas, proporcionando a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde; a integralidade e hierarquização das ações, estando a USF inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde; a territorialização e adscrição de clientela, fazendo com que o trabalho das equipes seja desenvolvido em um território definido; e o trabalho através de uma equipe interdisciplinar (BRASIL, 1997).

Para Costa e Carbone (2004) e Elias (2004), a saúde da família constitui uma “porta de entrada” aos serviços de saúde, uma vez que estabelece um contato incipiente com o usuário, além de determinar a referência e a contra-referência para os demais níveis de atenção (secundário e terciário). Organiza-se como uma estratégia instituindo a integração e coordenação das atividades em um território definido a fim de identificar e solucionar os possíveis problemas existentes.

Assim, a ESF define-se como um modelo de atenção primária à saúde que inclui elementos de diferentes modelos, operacionalizado através de ações/estratégias de promoção,

proteção, recuperação e reabilitação, tanto para o indivíduo quanto para sua família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico) e de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária), valorizando os diversos contextos em que os usuários estão inseridos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2006; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005;).

Tal estratégia adota, segundo Franco e Merhy (2007), a formação de vínculo proposta a partir da adscrição da clientela, entre seiscentas a mil famílias, em determinado território, por meio da construção dos chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS) ou Distritos Sanitários, que se constituem no planejamento local das ações através da

(...) análise da situação de saúde e na definição da situação desejada. Desenham-se estratégias e um modelo de operação para estruturar a oferta de serviços e atender à demanda epidemiologicamente identificada e, ao mesmo tempo, captar os usuários provenientes da demanda espontânea. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006, p. 801)

A compreensão do SILOS/Distrito Sanitário pode envolver duas dimensões, na primeira, relaciona-se como uma estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios; na segunda, refere-se à menor unidade de território ou de população adequada para o processo de planejamento e gestão (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

No entanto, salienta-se que o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS depende essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e rede de serviços de atenção à saúde mental (MENDES, 2001).

A atuação conjunta e integrada dos profissionais da ESF que compõem a chamada equipe interdisciplinar destaca-se também como um ponto-chave para o impulso da mesma. Essa equipe é formada minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada setecentas e cinquenta pessoas e de doze ACS para a equipe da ESF. Adiciona-se a esta composição a equipe de saúde bucal e suas modalidades. A modalidade número 1 é composta minimamente por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (ACD), enquanto que na modalidade 2, acrescenta-se a presença de um técnico de higiene dental – THD (BRASIL, 2007a).

A jornada de trabalho de todos esses profissionais deve ser de 40 horas semanais. Outros profissionais podem integrar essas equipes de acordo com o perfil epidemiológico da

população e da decisão do gestor municipal em conformidade com o Conselho Municipal de Saúde.

As equipes de saúde da família devem estar preparadas para prestar assistência integral, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; proporcionar atendimento humanizado, viabilizando a criação de vínculo; conhecer a realidade e desenvolver o cuidado em saúde da população adscrita pela qual é responsável; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; solucionar, através de adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações inter-setoriais; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a participação da comunidade; identificar parceiros que possam potencializar ações inter-setoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos Sistema Nacional de Informação na Atenção Básica (SIAB); e participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2006).

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas, sendo regulamentadas pelo Ministério da Saúde.

Com isso, tem-se que ao enfermeiro compete realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou Distrito Federal; e planejar, gerenciar, coordenar, avaliar e supervisionar as ações desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem (BRASIL, 2006).

Ao médico cabe realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, se necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais, ou indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário (BRASIL, 2006).

E ao odontólogo, corresponde realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; desenvolver os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; encaminhar e orientar os usuários, quando

necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento e segmento do tratamento do mesmo; e coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais (BRASIL, 2006).

Além disso, esses profissionais devem realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio do usuário e/ou nos demais espaços comunitários (associações, igrejas, escolas, creches); desenvolver e participar das atividades de Educação Permanente dos demais profissionais como o auxiliar de enfermagem, o ACD, THD e os ACS; e contribuir no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

O desenvolvimento do trabalho da equipe, em essencial do enfermeiro, médico e odontólogo, deve ocorrer de forma dinâmica, integral e interdisciplinar com avaliação permanente de suas ações através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, visando à readequação do processo de trabalho.

Para a consolidação do modelo assistencial desejado torna-se necessário que, os profissionais atuantes na ESF executem suas competências pautados em três pilares – conhecimento, habilidade e atitude – comprometendo-se com a saúde da família, com a equipe e com a população usuária (RIBEIRO et al., 2008). Com relação à competência profissional, Mello (2000) afirma que a mesma implica numa mobilização de conhecimentos para que se consiga enfrentar uma determinada situação através do desenvolvimento de novas formas criativas e eficazes, requerendo, para isso, a integração e a coordenação de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para melhor compreensão destas palavras, buscaram-se os seus significados literais através de Ferreira (2008) onde o termo “conhecimento” é relacionado à informação ou noção adquiridas pelo estudo ou pela experiência; “habilidade”, é descrita como inteligência, capacidade e sagacidade; e “atitude”, como postura e forma de proceder em relação ao outro (pessoa e/ou objeto). Disso, depreende-se que os profissionais da saúde devem possuir conhecimentos técnicos compatíveis com o desenvolvimento de sua prática, agindo de forma coerente e organizada por meio de uma postura ética e humanizada.

Em conformidade com Feuerwerker (2003), as transformações ocorridas no mundo do trabalho exigem dos profissionais habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada, como também competências para a tomada de decisões, para desenvolver seu trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Destaca-se que essas competências se estendem ao campo da comunicação, visto que os profissionais de saúde

devem ser acessíveis e receptivos na interação com os usuários e a comunidade, fazendo-se imprescindível, para isso, uma postura ética e de responsabilidade.

O trabalho em equipe, nesse sentido, redimensiona o sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os demais membros da equipe, descentralizando-o da figura do médico, por meio da ação interdisciplinar e valorização das diversas especificidades, proporcionando uma abordagem ampla e resolutiva e uma melhoria na qualidade da prestação das ações de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A concepção da ESF como componente primário de um sistema público de saúde de abrangência nacional redimensiona sua importância frente às diversidades locorregionais, culturais, étnicas, de crenças, exigindo uma constante avaliação das ações particularizadas como forma de atender as demandas ou necessidades dos usuários. Nessa visão espectral do SUS, nos últimos anos houve uma expansão relevante do acesso às equipes de saúde da família e um aumento na cobertura da ESF nas zonas rurais e em cidades com menor densidade populacional (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Contextualizando a ampliação da cobertura, em 2003, existiam cerca de 19.000 equipes de saúde da família implantadas, atendendo 62,3 milhões de pessoas, ou seja, 35,7% em cerca de 4,4 mil municípios brasileiros. Em 2007, elevou-se comparativamente para 46,6% da população brasileira abrangendo cerca de 5.125 municípios (BRASIL, 2008b).

Dessa forma, considerando-se a expansão da ESF e sua evolução histórica e social, além de paradigmática, consolidada como uma ferramenta prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, foi aprovada, em 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica através da portaria nº 648/2006 que garante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, do PSF e do PACS (BRASIL, 2006).

Adensam-se às conquistas, garantias e também desafios de superação das disparidades que emergem com sua implantação nos diversos cenários dos municípios brasileiros, incluindo aqueles dentro de um dado município. Um desses desafios, e talvez o mais grave, refere-se à carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atuar nesse cenário (CAMPOS; BELISARIO, 2001).

Paim (2001) chama a atenção para o fenômeno da criação de vários postos de trabalho na ESF, em um intervalo de tempo relativamente curto. Tal evento requer a necessidade urgente e inadiável do surgimento de Pólos de Capacitação em Saúde da Família, no sentido de utilizar, da forma mais eficiente possível, a capacidade das universidades e dos serviços de saúde.

Franco e Merhy (2007) identificam outros desafios a partir de um processo de trabalho centrado exclusivamente em ações “higienistas”, relegando a segundo plano a importância da prática clínica. Além disso, ressalta-se a falta de garantia referente à mudança na forma de relacionamento dos profissionais para com os usuários, por estar pautada sobre novos parâmetros de trabalho (usuário-centrado) e a insegurança quanto ao desenvolvimento e consolidação do trabalho multiprofissional, ocasionando uma ruptura da dinâmica médico-centrada. E, ainda, o abandono da ideia de que altos salários são sinônimos de garantia de bom atendimento.

Como uma possibilidade para a solução dos desafios, corrobora-se com Merhy (2001, p.149) sobre a necessidade de politizar o debate e a prática profissional na ESF, “instigando os sujeitos envolvidos com a implantação do SUS a serem sujeitos reflexivos, e não sujeitos da adesão pura e simples”.

2.2 PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA: FATORES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS AO DESENVOLVIMENTO DE SEU PROCESSO DE TRABALHO

A análise da relação entre a organização dos serviços de saúde e as práticas de atenção, da forma como ocorrem no cotidiano das famílias, na comunidade, é imprescindível para compreender o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

De acordo com Franco e Merhy (2007), as características positivas da ESF estão relacionadas, essencialmente, à adscrição de clientela, possibilitando estabelecer vínculos entre os usuários e suas famílias com os profissionais de uma determinada equipe, além de permitir o reconhecimento das condições sócio-econômicas e epidemiológicas e suscitar um sentimento de responsabilidade pela assistência àquela população.

Nesse âmbito, a visita domiciliária (VD) é tida como um dos recursos mais valiosos para a equipe multiprofissional, ao possibilitar o entendimento de parte da dinâmica das relações familiares, através do contato direto e permanente do serviço de saúde com os usuários, mesmo na ausência de problemas. Assim, através da mesma torna-se possível, muitas vezes, detectar dificuldades antes que estas se agravem, evitar que as pessoas venham aos serviços de saúde por dúvidas ou orientações que podem ser solucionadas no âmbito do domicílio, bem como descobrir indivíduos doentes que não podem deslocar-se até o serviço para receber um atendimento (CUNHA, 2005).

Para tal, a VD requer um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após a visita ao usuário em seu domicílio, permitindo, dessa forma, conhecer mais facilmente as condições de vida, trabalho e saúde das famílias, bem como possíveis causas de adoecimento, tais como: falta de saneamento básico, condições de moradia, de alimentação, entre outras (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

As visitas domiciliares constituem-se em atividades externas à unidade, contudo devem ser realizadas por toda a equipe, correspondendo a uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado. Percebe-se, porém, que o ACS é o profissional que mais desenvolve esta tarefa, estando tal fato justificado pela responsabilidade do mesmo em integrar a equipe de saúde e a população adscrita à unidade.

Atualmente, de uma maneira geral no país, a ESF representa um meio importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira, requerendo dos mesmos, entre outros atributos, atenção, comprometimento e sensibilidade para as reais necessidades da população (RONZANI; SILVA, 2008). No entanto, destaca-se que a permanência desses profissionais em tal serviço está, na maioria das vezes, condicionada à falta de outras oportunidades de emprego e qualificação, contribuindo, indiretamente, para uma cultura de desprezo e baixo envolvimento na atenção básica (CUNHA, 2005).

Além disso, ressalta-se como outro obstáculo à ESF, a proposição de programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto em que vivem as populações aos quais são destinados. Esse desafio assume um desenho mais nítido e contrastante quando se refere a populações vivendo e sobrevivendo em condições de miséria, pobreza e desigualdade social. Aliado a isso, Franco e Merhy (2007, p. 113) destacam que a ESF

(...) articula um discurso de conotação populista, voltado aos “pobres”, propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde. Esconde, porém, neste discurso, suas limitações e, pior ainda, a intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres.

Tem-se que considerar que a equipe de saúde, em especial os profissionais de nível superior, geralmente, possui vivências muito diferentes daquelas da população adscrita à ESF, por serem oriundos de classes sociais mais privilegiadas e viverem em ambientes que não lhes fornecem instrumentos que possibilitem compreender a vida (às vezes dura e difícil) da maior parcela de sua clientela (COSTA; CARBONE, 2004).

De acordo com estudo de Campos e Wendhausen (2007), os profissionais de saúde do âmbito da saúde da família, assim como os profissionais da assistência médica no Brasil,

possuem uma crença de que tudo para as classes menos favorecidas ocorre de forma “mais difícil”. Essa crença sobrevém de uma cultura repleta de conformismos, do famoso “é assim mesmo”, explicado por uma sociedade marcada por desigualdade e exclusão.

Percebe-se também uma relação assimétrica gerada a partir da concepção de que as camadas mais pobres da população tem que se submeter ao controle de agentes externos, neste caso, os trabalhadores de saúde. Tal ajustamento hierarquiza práticas e saberes que a seu turno pode ser explicado pela falta de conhecimento das reais necessidades de saúde daquela população adscrita. Dessa forma, essa camada da população tem que se submeter às imposições e normatizações dos profissionais da saúde por estes se acharem os detentores únicos do saber válido ou científico no que se refere à saúde da comunidade.

Nesse sentido, estes dois campos do saber que permeiam a vida cotidiana em sua tessitura, campo imanente das representações sociais cujos conteúdos são compartilhados pelos sujeitos, gravitam em torno de dois universos que, para Moscovici (1978), são os universos reificado e consensual. Significa dizer que o universo reificado situa-se na esfera das explicações dadas pela ciência, podendo ser evidenciado na realidade cotidiana do campo da saúde, onde o pensamento e os saberes científicos dos profissionais refletem este conhecimento. Ao mesmo tempo faz interface com as práticas e saberes do senso comum, presentes no dia-a-dia, inclusive dos próprios profissionais de saúde, caracterizando um modo particular do sujeito apreender a realidade psicossocial, atribuindo significações frente as subjetividades, as crenças, os valores sociais no contexto da comunicação intra, inter e extra grupo de pertencimento.

Desta articulação dos diferentes saberes emanados da ciência e do senso comum, concorda-se com Costa e Carbone (2004) ao salientarem que os profissionais da USF – em particular o enfermeiro, o médico e o odontólogo – devem vivenciar as famílias e sua realidade na rotina de um trabalho diário para, assim, compreenderem e fazerem parte de seus contextos biopsicossociais, estimulando-as a frequentarem constantemente a USF como uma aceitação da aproximação real da equipe.

A lógica da instituição de saúde intra-muros contradiz aquela apregoada pelo SUS, extra-muros dos serviços de saúde a cargo de um único profissional, o ACS, perpetuando o *status quo* do enfermeiro, médico e odontólogo em suas práticas e saberes verticalizados pelas demandas ministeriais e do fluxo de informações que alimentam os bancos de dados do mesmo, como uma questão de sobrevivência para garantir os recursos necessários à estratégia.

Oliveira e Albuquerque (2008), bem como Trad et al. (2002) ressaltaram que grande parte da população da área de atuação das USFs, possui uma dificuldade em compreender as

ações do trabalho educativo desenvolvidas pelos profissionais de saúde por considerarem-no como uma de perda de tempo que deveria, prioristicamente, ser destinado ao atendimento curativo. Este conflito de interesses entre profissionais e comunidade gera uma resistência por parte desta em aceitar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, fato este relacionado, na maioria das vezes, com a realidade social de extrema precariedade, encontrando na USF a única alternativa de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Reconhece-se que na atenção básica, geralmente, a convivência com a incerteza é maior quando comparada ao ambiente hospitalar. Tal fato pode gerar ansiedade adicional no profissional de saúde, pois embora a atuação naquele âmbito se baseie em *scripts* ministeriais e programas verticalizados, resulta um novo posicionamento e um novo modo de fazer saúde, que requer habilidades e competências, acarretando aumento da complexidade do projeto terapêutico, a ponto de serem necessárias negociações na própria conduta de cuidado e de tratamento. A expectativa de “salvar vidas” não se efetiva na atenção básica (CUNHA, 2005).

Corroborar-se com Franco e Merhy (2007) ao salientarem a normatização imposta pelo Ministério da Saúde como mais um ponto desfavorável à atuação dos profissionais da ESF. Esta, diz respeito ao formato das equipes multiprofissionais e às funções que cada categoria profissional tem de cumprir na equipe de saúde da família, determinando, com isso, o processo de trabalho de cada profissional. Prescreve ainda sobre o cadastro de um determinado número de famílias, sobre o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer a ESF, ocasionando um engessamento e estagnação da referida estratégia.

Em um estudo realizado nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto (SP) com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS pertencentes às equipes de Saúde da Família, objetivando identificar e analisar a formação acadêmica desses profissionais para atuarem no âmbito da atenção básica, constatou-se a necessidade de instrução dos mesmos para um trabalho em saúde humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Além disso, destaca-se a realidade sócio-econômica da clientela através dos problemas cada vez mais diversificados, que a seu turno exigem conhecimentos da clínica ampliada, bem como habilidades no relacionamento interpessoal e inter-setorial (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Dessa forma, observa-se que a ausência de uma formação que inclua conhecimentos e ações voltadas para a atenção básica ocasiona insegurança por parte do profissional ao lidar

com a população, podendo prejudicar sobremaneira as relações que deveriam se constituir entre o trabalhador e o usuário.

Para Capozzolo (2002), os principais desafios encontrados pela classe médica na ESF consistem na sobrecarga explicitada através do número excessivo de famílias, na pressão da demanda por consultas individuais, na falta de retaguarda dos demais níveis de atenção, aliada às dificuldades estruturais como a falta de medicamentos, de materiais e a insegurança gerada pela falta de capacitação dos mesmos para exercerem a prática de generalistas.

Em relação aos odontólogos, ressaltam-se como desafios à sua prática na ESF, algumas características inerentes à própria profissão que conferem à saúde bucal particularidades as quais dificultam sua prática no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na atenção básica, assim como a integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho conjunto (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Em conformidade com estudo de Ermel e Fracolli (2006) desenvolvido no PSF do município de Marília (SP) sobre os obstáculos referidos pelos enfermeiros, tem-se que 62,5% dos entrevistados relataram encontrar dificuldades de interação com a equipe e consideravam que estas dificuldades eram decorrentes de dois tipos de ordem: pessoal (quando trabalham com pessoas com pensamentos muito diversos) e profissional (uma vez que cada profissional tem suas características próprias ou provem de diferentes estratos sociais).

Frente aos desafios para a Enfermagem, Medicina e Odontologia, Cunha (2005) destaca também a problemática das reuniões em equipe, as quais devem fornecer condições à mesma para lidar com a singularidade e o movimento dos sujeitos coletivos e individuais e não servir como um espaço para brigas na medida em que um profissional da equipe distribui tarefas aos demais, querendo mostrar-se superior, verticalizando as decisões e tomadas de posição.

Noutro estudo realizado no interior do Nordeste por Silva, Silva e Losing (2006), identificou-se a dificuldade nas tentativas de integração/articulação do trabalho na ESF e a inaplicabilidade dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos da mesma, bem como seu curto alcance em termos de ações para além do setor saúde, interferindo frontalmente nos resultados das ações implementadas.

Nesta síntese acerca dos desafios a serem enfrentados na ESF, adensa-se aos demais a questão salarial e de carreira profissional que geram nos profissionais sentimentos de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades e descompromisso para com os usuários do serviço.

Assim, no que diz respeito às relações de trabalho do profissional da ESF com o município, Senna (2002) aponta para os contratos informais de trabalho nos quais a contratação ocorre, na maioria das vezes, sem nenhum critério, propiciando práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais ou até mesmo inexistentes em alguns casos. Ainda nessa discussão, Carvalho e Girardi (2002) verificaram, em uma pesquisa de âmbito nacional, que contratações eram realizadas na maior parte dos municípios pelas prefeituras municipais, constituindo-se como a principal forma de contratar profissionais de caráter temporário ou por meio da prestação de serviços, enfraquecendo, todavia, o vínculo do profissional e os princípios e diretrizes do SUS.

Em relação à questão salarial, observa-se que o valor social do servidor público, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988 estão sendo, nos últimos anos, negligenciados e subordinados às precárias condições de trabalho a que estão sendo submetidos tais profissionais. No âmbito da saúde, evidencia-se a necessidade de implantar e considerar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto na Lei n.º 8.142/1990, como instrumento essencial da política de gestão do trabalho, garantindo que o ingresso dos trabalhadores de saúde no serviço público, e até mesmo nos projetos com financiamento internacional, nas três esferas de governo, ocorra, exclusivamente, através de concurso público (BRASIL, 2004).

Enquanto se aguarda o plano de cargos e salários desses profissionais para se solucionar os problemas da precarização dos processos de trabalho dos mesmos, adotam-se pactuações em defesa do SUS (MENDES, 2001).

2.3 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Historicamente, as ciências da saúde apoiaram-se, segundo Morin (2007), em paradigmas mecanicistas e cartesianos, os quais direcionaram os olhares e práticas desses profissionais para a fragmentação e especialização a fim de promover uma melhor compreensão dos processos de cuidados humanos. Entretanto, essa visão tornou o pensamento simplista, negligenciando a complexidade das relações que permeiam o ser humano. Dessa forma, os profissionais da saúde construíram seus conhecimentos sobre o corpo, a doença, a semiologia e a terapêutica utilizando-se, exclusivamente, de uma visão técnico-teórica (RODRIGUES, 2008).

Assim, para que ocorra realmente uma mudança no modelo de atenção é indispensável um novo processo de formação de um novo profissional, requerendo dos profissionais mais experientes, que estão no processo ensino-aprendizagem, um reinventar de si, de suas práticas e saberes para adotar um comportamento de mudança nos cenários de práticas disciplinares, que o paradigma humanístico requer. Caso contrário, tudo não passa de retórica, enquanto uns poucos o assumem, os demais, em sua maioria cristalizam o modelo flexneriano. Ressaltando-se que se a formação dos mesmos continuar voltada majoritariamente para os aspectos clínicos e curativos do processo saúde-doença, não haverá a consolidação do novo modelo de atenção à saúde (FEUERWERKER, 2003).

Costa (2007) afirma que a problemática da formação dos profissionais de saúde no Brasil reflete a forma como o sistema de saúde está organizado, pois, apesar das boas intenções, as estratégias de implementação se mostraram frágeis para dar conta da concretização do ideal expresso nos Projetos Político-Pedagógicos dos variados cursos do setor saúde, revelando um abismo entre o que é pensado como processo formativo inovador e o que está realmente sendo implementado.

Rodrigues (2008) referindo-se às abordagens profissionais cujo objeto de trabalho são as famílias chama a atenção para dois aspectos. De um lado, faz-se necessário desconstruir visões e conceitos cristalizados decorrentes da formação de caráter eminentemente biológico da maioria das profissões da área da saúde. De outro, desvincular concepções pessoais e ideológicas do conceito de família, permeadas por mitos e crenças.

Inferese-se que é preciso resgatar o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos de vida, identificando como as famílias existem *per se*, quem são? Como são compostas? Como funcionam? Que papéis desempenham? Questionamentos indispensáveis, por ser a família co-partícipe da reordenação e reorganização dos serviços de saúde, respeitando-se sua autonomia e favorecendo a resolução dos seus problemas.

Segundo Camelo e Angerami (2008), a formação dos recursos humanos na área da saúde, especialmente dos sujeitos que irão atuar na ESF, deve ocorrer em conformidade com as diretrizes de uma política nacional de saúde, tomando como pressupostos um modelo que associe técnica, competência, integridade e resolutividade. Acrescente-se também, de acordo com Franco e Merhy (2007), uma construção de novos valores, perpassando por uma cultura e comportamentos pautados pela responsabilidade, cidadania, respeito, solidariedade, e humanização na assistência.

Torna-se consensual que essa mudança deva incluir a interdisciplinaridade, requerendo para tal a integração ensino-serviço-pesquisa, a modificação dos cenários onde se dá a

formação desses futuros profissionais, para locais mais representativos da realidade sanitária e social de sua clientela, além do compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional (CAMPOS; BELISARIO, 2001). Dessa articulação necessária, leva-se em consideração o núcleo de competência de cada profissional, pois isoladamente, não consegue abranger a complexidade do atendimento das necessidades de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Em um estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) com profissionais que trabalhavam na ESF e cursistas *lato sensu* em Saúde da Família sobre o conceito de competência profissional, evidenciou-se que alguns profissionais não conseguem definir tal conceito em sua amplitude. Entretanto, é importante considerar que outros profissionais foram capazes, mesmo que de uma maneira sucinta e pouco abrangente, definir o conceito de competência como forma de conhecer os princípios do SUS, ou seja, ser responsável, dedicado, ético e comprometido com a população, não impondo seus saberes, mas sim respeitando a cultura e particularidades do usuário.

Franco e Merhy (2007) destacam que os saberes que cada profissional possui devem ser usados de forma articulada, utilizando todas as tecnologias necessárias – duras, leve-duras e leves – mas, principalmente, as tecnologias leves, a fim de produzir um novo modo de cuidado centrado no usuário. Para Merhy et al. (2006) as tecnologias duras constituem-se no aparato tecnológico (máquinas e instrumentos) existentes no campo da saúde, enquanto que as tecnologias leve-duras referem-se ao conhecimento técnico que cada profissional detem, podendo assumir diferentes formas de acordo com o modo de trabalho de cada um, e as tecnologias leves circunscrevem-se na subjetividade das relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, fundamentais na produção do cuidado.

Observa-se, porém, que o hospital, para Cunha (2005), ainda se constitui no espaço hegemônico de formação da maioria dos profissionais de saúde, trazendo-lhes sérias dificuldades quando vão atuar na Atenção Básica, uma vez que nesta conjuntura, através da adscrição da clientela, não existe um encontro eventual com o doente em situação de isolamento, mas diversos encontros seguidos no tempo, fazendo com que a submissão do doente seja infinitamente menor em relação ao ambiente hospitalar.

Prosseguindo, ressalta-se que a centralidade do trabalho em saúde não está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia. Em se tratando da Atenção Básica, requer uma capacidade de diálogo incomparável com a realidade hospitalar, implicando em disposição e, muitas vezes, técnica para escuta, aceitação do outro e de seus conhecimentos, embora pressuponha um raciocínio clínico e realização de projetos

terapêuticos de médio e longo prazo, em contraposição com a formação intra-hospitalar e intrinsecamente imediatista, centralizando a capacidade de crítica dos profissionais em relação aos possíveis danos de suas ações e terapêuticas como uma necessidade, a qual deve se estender na criação e utilização de tecnologias de intervenção inovadoras (CUNHA, 2005).

Enfim, deve-se ponderar, verdadeiramente, que todos os profissionais da saúde precisam:

(...) reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território por onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode mostrar-se eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário (FRANCO; MERHY, 2007, p. 109).

Torna-se fundamental, portanto, uma ação que reorganize as práticas e saberes desses profissionais, para atuarem em seus processos decisórios concomitante aos da produção em saúde. Em novembro de 2005, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação recomendou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), contemplando inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a ESF (Enfermagem, Medicina e Odontologia) sendo, posteriormente, ampliado para os demais cursos da área da saúde, mediante propostas públicas de caráter inovador e integrativo, em edital de âmbito nacional, no qual os cursos interessados, a partir do Projeto Político Pedagógico de cada um, construíam um Projeto Político integrado e articulado com as necessidades e vocações regionais de cada realidade brasileira.

O PRÓ-SAÚDE visava a aproximação da formação de graduação no país com as necessidades da atenção básica, buscando uma intervenção no processo formativo no sentido de que os programas de graduação possam deslocar o eixo da formação centrado na assistência individual prestada em unidades especializadas para outro processo, em que a formação esteja sintonizada com o cotidiano dos usuários, circunscrita nas dimensões econômicas, sociais, ambientais e culturais em que os mesmos estão inseridos (BRASIL, 2007b).

Além do PRÓ-SAÚDE, foi criado em agosto de 2008, inspirado no Programa de Educação Tutorial – PET do Ministério da Educação, a proposta do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde (PET-Saúde) com o objetivo de fomentar a formação de Grupos de Aprendizagem Tutorial (GTs) relacionados com a ESF, como uma das ações para fortalecer a atenção básica em saúde, de acordo com os princípios e as necessidades do SUS. A educação pelo trabalho é o conceito-chave do projeto, caracterizando-se como um instrumento para qualificação dos profissionais de saúde, através da integração ensino-

serviço-comunidade, contando com a preceptoria de um profissional do serviço e bolsas de incentivo para os estudantes (BRASIL, 2009b).

Destarte, percebe-se uma incipiente preocupação com o processo de formação dos futuros profissionais do setor saúde. Uma formação que não vislumbra apenas a doença e seu tratamento, mas também todos os aspectos que a permeiam, tais como a importância da promoção da saúde e prevenção das doenças, através de um processo voltado para a educação da população. E, para a consolidação desse processo, faz-se necessário construir sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos (PAIM, 2001).

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de uma ressignificação por parte dos profissionais em relação à sua prática e suas concepções acerca do processo de saúde-doença a fim de objetivar e ancorar tais conceitos em sua realidade cotidiana e psicossocial.

2.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE E ESF

Objetivar e ancorar como critérios de uma ressignificação para assimilar as subjetividades envolvidas a partir de um recurso teórico-metodológico frente aos processos de trabalho do enfermeiro, médico e odontólogo, diz respeito à Teoria das Representações Sociais (TRS), tornando-se o meio e o método para apreensão dessa realidade psicossocial.

Decorridas aproximadamente quatro décadas da introdução da Representação Social no espaço da Psicologia Social, é notória sua expansão, fertilidade de produção, heterogeneidade de objetivos de pesquisa e de procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados, requerendo uma revisão de seus aspectos, por muitos estudiosos e acadêmicos (RUMMLER, 2007), proporcionando a todos novas formas de olhar, de perceber e de interpretar os fenômenos sociais, ajudando a compreender por que as pessoas fazem aquilo que fazem.

O termo “Representações Sociais” foi inicialmente elaborado por Serge Moscovici em sua obra denominada de *La Psychanalyse, son image et son public* (1978) acerca da compreensão da representação social da psicanálise da sociedade parisiense no final da década de 1950 (SÁ, 1996). Seu objetivo consistia em pesquisar como uma teoria científica era transformada em conhecimento do senso comum, gerando, conforme Oliveira e Werba (1999), uma crítica aos pressupostos positivistas e funcionalistas existentes nas demais teorias, as quais não conseguiam entender a realidade em outras dimensões.

Dessa forma, Moscovici (1978) resgata o conceito de representações coletivas, inicialmente proposto por Émile Durkheim, que embasou a elaboração de uma teoria de

magia, de religião e do pensamento mítico. Assim, o conceito de representação social também se originou na Sociologia e na Antropologia, por meio de Durkheim e Levi-Bruhl, respectivamente.

Segundo Jodelet (1984) as representações são fenômenos complexos nos quais os conteúdos devem ser examinados minuciosamente e referidos aos diferentes aspectos do objeto representado de forma a poder compreender os diversos processos que contribuem para sua elaboração e consolidação como sistemas de pensamento que sustentam as práticas sociais.

Essa complexidade dos fenômenos é decorrente da:

(...) desconstrução, no nível teórico, da falsa dicotomia entre o individual e o coletivo, e do pressuposto daí decorrente de que não basta apenas focar o fenômeno no nível intra-individual (como o sujeito processa a informação) ou social (as ideologias, mitos e crenças que circula em uma determinada sociedade). É necessário entender, sempre, como o pensamento individual se enraíza no social (remetendo, portanto, às condições de sua produção) e como um e outro se modificam mutuamente (SPINK, 1993, p. 89).

De acordo com Moscovici (1981) as representações sociais são compreendidas como um conjunto de suposições, explicações e conceitos que se originam na vida cotidiana através do processo comunicativo entre os indivíduos. Em nossa sociedade contemporânea, elas se equivalem aos mitos e crenças das sociedades tradicionais, podendo também ser interpretadas como um novo senso comum.

Destarte, a representação social remodela e recompõe os elementos do meio ambiente, estabelecendo um sentido para a ação. O seu objeto está incluído num contexto ativo e dinâmico, sendo concebido pelo sujeito ou coletividade como prolongamento do seu comportamento (MOSCOVICI, 1978).

Sendo assim, dificilmente poder-se-á saber onde uma representação começa e onde a mesma termina. Não existe uma linguagem única, nem um único sistema de representações, os quais sejam capazes de difundir, de organizar e de abranger toda a riqueza de crenças ou de conhecimentos existentes. No entanto, MOSCOVICI (2003) ainda ressalva que “não é a pluralidade das representações que importa, é a dinâmica de suas relações no contexto da ação e da comunicação” (p. 29).

Tem-se que uma das principais vantagens dessa teoria é sua capacidade de descrever, desvendar uma realidade ou um fenômeno que existe e que muitas vezes não percebemos, mas que possui grande poder explicativo e transformador. Faz-se imperativo, porém, estudar esse fenômeno para que se compreenda e identifique como ele atua na motivação das pessoas ao fazer determinado tipo de escolha (OLIVEIRA; WERBA, 1999).

Segundo Spink (1993), as representações sociais possuem duas faces: como produto e como processo. Como produto, as Representações Sociais emergem como pensamento formado ou campo estruturado, visando entender os elementos constitutivos das representações, quais sejam as imagens, opiniões, informações, crenças, mitos, entre outros. Como processo, as representações surgem como pensamento em formação ou núcleos estruturantes, voltando-se à compreensão da constituição e transformação das representações ou do seu funcionamento e eficácia na interação social.

Destaca-se que, enquanto processo, a pesquisa tende a seguir em duas direções. A primeira examina os mecanismos sociais que intervêm na elaboração do conhecimento mediante dois processos constitutivos divulgados por Moscovici (1978): a ancoragem e a objetivação. A segunda, propõe-se a analisar as propriedades estruturais das Representações Sociais por meio da Teoria do Núcleo Central proposta por Abric, em 1976, na qual distingue-se os aspectos centrais – como o núcleo figurativo – dos aspectos periféricos, de modo a estudar a relação entre representação e comportamento e a dinâmica de transformação das representações sociais (SPINK, 1993).

A fim de entender a formação e a origem das Representações Sociais, constata-se que tais representações são criadas para tornar o não-familiar em algo familiar. Dessa forma, para assimilar e compreender o não-familiar são necessários dois processos básicos, mencionados anteriormente, a ancoragem e a objetivação.

Moscovici (1978) em seu estudo seminal constatou a existência, na sociedade contemporânea, de dois tipos diferentes de universos de pensamento: os Universos Consensuais (UC) e os Universos Reificados (UR). Credita-se ao mesmo a visão de futuro, pois nos anos de 1950 ele anteviu o prenúncio de uma nova era, a da informação, que marcou os meados do século XX e prossegue no século subsequente, em seus primeiros anos. Este aspecto comunicacional dado pela rapidez e circulação das informações nas sociedades contemporâneas ocidentais requer dos sujeitos uma filtragem de todo o arsenal produzido pelos meios midiáticos de toda ordem de conhecimento explicativo produzido pela humanidade. Assim, descreve-se a seguir os dois universos.

Nos universos consensuais, compreendidos como teorias do senso comum, encontram-se as práticas interativas cotidianas e a produção de representações sociais por meio de suas crenças, mitos, conhecimentos. Nesse universo, a sociedade é tida como um agrupamento de pessoas que são iguais e livres, cada uma com o mesmo poder diante do grupo com quem compartilha práticas e saberes, dando sentido e orientação na vida do indivíduo e do grupo de pertencimento. Dessa forma, elabora mecanismos para manter-se inserido no grupo e na

lógica das sociedades pensantes. Ao elaborar a teia explicativa para assuntos, pessoas, fatos ou acontecimentos de seu interesse tornam-se desnecessários os critérios epistêmicos da ciência, ou de uma investigação sistematizada a fim de compreender os questionamentos existentes em seu âmbito, interessando àqueles indivíduos somente os aspectos referentes às suas próprias vidas.

Os universos reificados são mundos restritos, elaborados, construídos e explicados por *experts* nos quais circulam as ciências, a objetividade, o conhecimento teórico-paradigmático ou as teorizações abstratas, os avanços tecnológicos e as tecnologias. A sociedade é interpretada como um sistema de classes, na qual os indivíduos possuem diferentes papéis, sendo assim, desiguais, assimétricos nas relações sociais e nas oportunidades de vida. Com isso, o reconhecimento formal é obtido através dos processos de neutralidade, rigor científico e validade das informações. As explicações da ciência assumem o tom da verdade absoluta frente aos demais conhecimentos explicativos da realidade psicossocial.

Exemplificando a articulação dos universos moscovicianos, Silva et al. (2000) estudando as representações sociais de práticas fitoterápicas em um grupo de mães inscritas no programa de vigilância alimentar e desenvolvimento e crescimento para crianças desnutridas, num município paraibano, constataram o uso indiscriminado da fitoterapia, embora desconsiderando a toxicidade e seus princípios, suas manifestações discursivas, remeteram a um modelo explicativo baseado na ciência médica, ou seja, num modelo tipo *vide bula*. Assim, percebe-se que o não-familiar, geralmente, origina-se e situa-se dentro do universo reificado das ciências, devendo ser transferido ao cotidiano do universo consensual para tornar-se familiar.

Com base no exposto, define-se como ancoragem o processo no qual se ancora o não-familiar, ou seja, atribui-se-lhe uma imagem (aspecto figurativo/icônico) a fim de situá-lo dentro de uma categoria que comporte esta dimensão de valor, tornando-o, assim, mais familiar. Conforme Jodelet (1984), a ancoragem consiste na construção de uma relação cognitiva do objeto, anteriormente desconhecido, com um sistema pré-existente de pensamento social, tornando-o comum.

Esse processo é fundamental em nossa vida, uma vez que nos auxilia a enfrentar as dificuldades de entendimento ou conceituação de determinados fenômenos, reduzindo o sentimento de ameaça frente ao desconhecido.

A objetivação consiste na necessidade e busca de tornar concreto, visível, uma realidade, atribuindo-lhe um sentido (significado), ou seja, a objetivação tem a função de duplicar um sentido por uma figura, através da qual ocorre a concretização de um objeto

abstrato (SÁ, 1996; MOSCOVICI, 1978). Assim, a imagem deixa de ser signo e passa a ser uma cópia da realidade.

Salienta-se que esses processos, objetivação e ancoragem, atuam de forma simultânea transformando a realidade psicossocial por meio do espaço de interação entre os sujeitos, frente a um determinado objeto de seu interesse ou do grupo a que pertence numa dada situação. Com isso, o envolvimento entre sujeito-objeto-realidade pode evidenciar a qualidade do processo de elaboração das Representações Sociais aí estabelecidas (MIRANDA, 2002).

De uma maneira complementar à TRS, Jean Claud Abric estabelece, em 1976, a Teoria do Núcleo Central (TNC) na qual a organização de uma representação social possui uma característica particular, onde os elementos da mesma se apresentam de forma hierarquizada (ABRIC, 2000).

Assim, constata-se que as representações sociais se organizam em torno de um núcleo central estruturante, atribuindo significado à representação social, determinando sua natureza e a relação entre seus conteúdos. Também, por um sistema periférico, formado pelos elementos não-centrais da representação, isto é, os elementos que não se incluem no núcleo central, constituindo-se na interface entre o núcleo central e a realidade dinâmica dos sujeitos (SÁ, 1996).

Atualmente, a TRS está presente em diversas áreas do conhecimento, ultrapassando o campo da Psicologia para os campos da Saúde, Ciências Humanas e Sociais, mostrando-se sua capacidade interdisciplinar, conforme fora proposto por Moscovici.

Nas Ciências da Saúde, Rummler (2007) realizou um levantamento das fontes teórico-metodológicas da TRS presente em artigos de periódicos, exceto aqueles das ciências médicas. Em um total de 45 artigos, em 19 periódicos, foram encontradas 138 referências, correspondendo a 69 obras com utilização da TRS, e participação de 49 autores. O aspecto mais interessante da pesquisa foi a constatação de que desses 19 periódicos analisados, 09 eram exclusivamente da Enfermagem, evidenciando a utilização e importância desse referencial no desenvolvimento de pesquisas empíricas.

No campo da saúde, constatou-se a utilização da representação social em várias áreas, como na saúde mental (SOBREIRA, 2009; AZEVEDO, 2008; CARVALHO, 2008; MIRANDA, 2002), na saúde da mulher (GIACOMOZI; CAMARGO, 2004; OLTRAMARI; CAMARGO, 2004), na saúde do adolescente (MACEDO, 2008; RODRIGUES; ARRUDA, 2008; MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003), na saúde do idoso (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006; MIRANDA et al., 2005), entre tantas outras, confirmando sua heterogeneidade e capacidade de adaptação a todos os objetos propostos.

No âmbito da ESF, percebe-se também a utilização desse referencial teórico-metodológico em diversos estudos como o de Leite e Veloso (2009) sobre os avanços e limites do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Campina Grande (PB); de Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) acerca da representação social do cuidado no PSF na cidade de Natal (RN); em outro estudo de Leite e Veloso (2008) sobre as representações sociais do trabalho em equipe percebidas pelos profissionais do PSF de Campina Grande (PB); em estudo sobre as opiniões elaboradas pelos profissionais do PSF relativas às suas práticas nesse âmbito, de Silva e Jorge (2002), dentre vários outros.

Assim, acreditou-se que a TRS e a TNC constituiriam em facilitadoras do processo de apreensão dos fenômenos dessa pesquisa, devido ao seu dinamismo e poder inovador.



Canto do Rio – Georgina Albuquerque (1885 – 1962): foi um dos expoentes do impressionismo no Brasil. Suas figuras são alegres e quase sempre em situações típicas do cotidiano.



Homens trabalhando (A sombra) – Zina Aita (1900 – 1967): pintora e desenhista brasileira. Desde jovem apresentou pendor para pintura e desenho. Participou, em 1922, da Semana de Arte Moderna.



Retirantes – Cândido Portinari (1903 – 1962): pintor brasileiro a ganhar maior projeção internacional. Pintou quase cinco mil obras, de pequenos esboços a gigantescos murais.

Perspectiva

Metodológica

3 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O desenho metodológico do trabalho consistiu num estudo descritivo e exploratório. As pesquisas descritivas tem como finalidade a descrição das características de determinada população ou fenômeno, sua natureza, composição, processos que o constituem ou nele se realizam (GIL, 2009). As pesquisas exploratórias tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, ou seja, levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto (GIL, 2009; RICHARDSON et al., 2008).

Quanto à abordagem metodológica, o estudo se inseriu na categoria qualitativa, embora encerre dados quantitativos para caracterizar os sujeitos e os cenários. A pesquisa qualitativa, para Minayo (2002), prioriza um agrupamento de circunstâncias que dão sentido ao fato, e não uma situação isolada, utilizando um universo de significados, motivos, valores e atitudes. Enfim, a pesquisa qualitativa, conforme Polit, Beck e Hungler (2004), enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos, centrados nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, tentando capturá-los em sua totalidade.

3.2 OS CENÁRIOS DA PESQUISA

Em 1987, a cidade de Natal (RN) desencadeou um processo de distritalização administrativa, decorrente da assinatura de convênio de cooperação técnica com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESAP). Tal processo de regionalização intra-municipal ressaltou, na época, a criação do Distrito Sanitário (DS) 1 na região norte do município, seguido pela criação das demais Regiões Administrativas sul, leste e oeste.

Em 1990, ocorreu a distritalização do município totalizando quatro DS. Respeitou-se a mesma conformação das Regiões Administrativas, que atuavam sob regime de organização em subprefeituras. Em 2005, o distrito sanitário norte passou por nova definição de seu território, subdividindo-se em Norte 1 e Norte 2, conforme a **Figura 1**. Levaram-se em consideração as particularidades sócio-demográficas e sanitário-epidemiológicas locais e a

necessária intervenção do poder público sob a ótica da gestão participativa (NATAL, 2007). A proporção da cobertura populacional estimada é de 38,47% (BRASIL, 2009c).

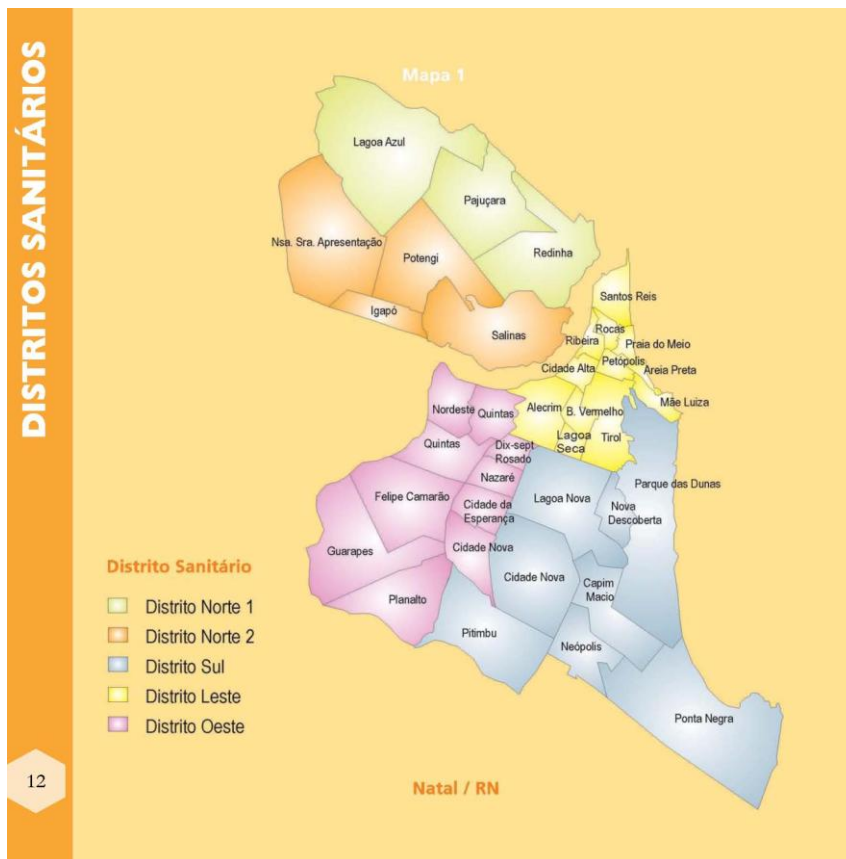


Figura 1 – Distritos Sanitários do Município de Natal (RN) 2007
Fonte: Natal (2007).

Nos distritos, localiza-se a rede municipal de saúde composta por 147 unidades, sendo 80 municipais, 10 estaduais e 04 federais, além de 06 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas, que de forma complementar, prestam serviços ao SUS. Entre as unidades públicas municipais, 35 são Unidades de Saúde da Família (USF) que se encontram distribuídas segundo o quadro a seguir:

Distrito Sanitário	Quantidade de USFs existentes
Norte 1	11 USFs
Norte 2	09 USFs
Leste	03 USFs
Oeste	12 USFs
Sul	Não possui USF
TOTAL	35 USFs

Quadro 1: Distribuição das USFs por Distrito Sanitário
Fonte: Natal (2007).

A **figura 2** retrata graficamente o exposto no quadro acima, evidenciando a irregular e insuficiente distribuição das USFs no município de Natal (RN), onde existem áreas que estão totalmente descobertas pela ESF.

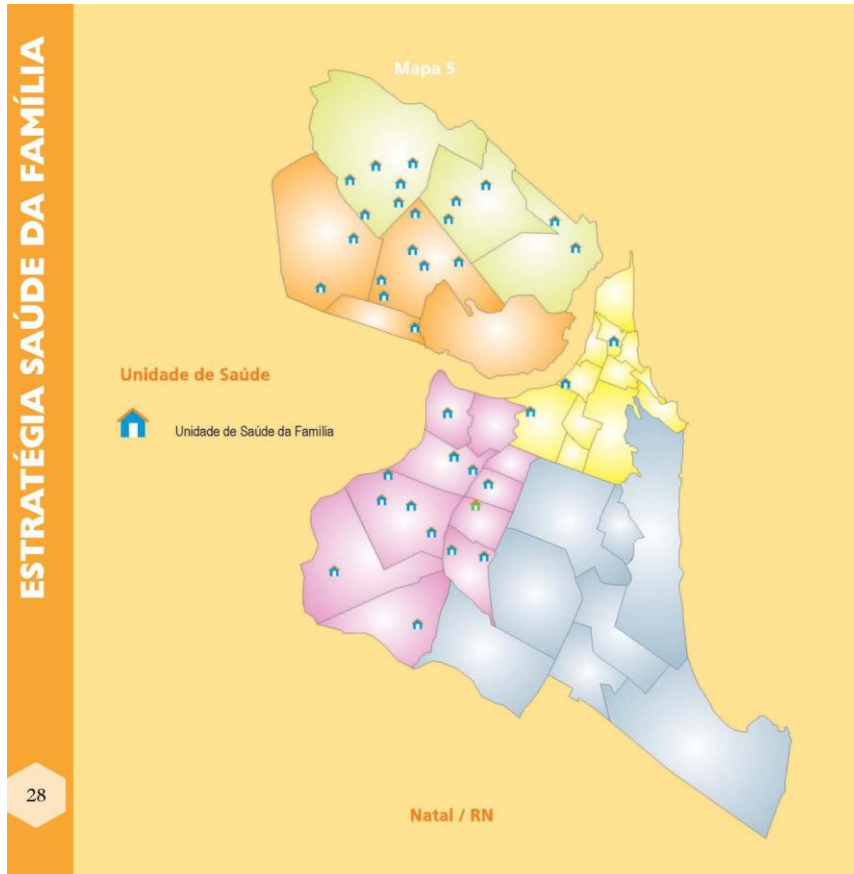


Figura 2 – Unidades de Saúde da Família do Município de Natal (RN) 2007
Fonte: Natal (2007).

Nesse âmbito, salienta-se que o Projeto PET-Saúde Natal (RN) foi implantado, desde 2009, em 11 Unidades de Saúde da Família, localizadas em diferentes distritos, do referido município. No entanto, para compor o cenário de estudo desta pesquisa utilizaram-se somente 07 dessas USFs, a saber: Felipe Camarão Básica, Cidade Nova, Nazaré, Nova Cidade, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém, excluindo-se as USFs de Felipe Camarão Mista, Guarapes, Planalto e Aparecida devido a incompatibilidades de horários para o encontro com os profissionais e problemas técnicos enfrentados pelas mesmas no período da coleta de dados.

A Portaria GM/MS n.º 648, de 28 de março de 2006, recomenda para as unidades que atuam com ESF a ampliação da cobertura para até 12 mil habitantes por unidade, o que comportaria no máximo 04 equipes. Ressalta-se que cada equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

O município de Natal se encontra dentro desse parâmetro, com número de equipes variando de 02 a 04 por unidade de saúde.

3.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA

A população desse estudo, composta por profissionais de nível superior, priorizou as categorias dos enfermeiros, médicos e odontólogos que compõem as equipes básicas de saúde da família das USFs referidas anteriormente, vinculadas ao Projeto do PET-Saúde Natal (RN). Deste contingente, totalizando 35 profissionais, 14 eram enfermeiros, 10 médicos e 11 odontólogos.

Para melhor compreensão, optou-se pela apresentação dos profissionais por USF (**Quadro 2**), destacando-se que, devido ao déficit e/ou falta de interesse de algumas categorias profissionais em participar do PET-Saúde em determinadas unidades, foram firmadas duas parcerias a fim de solucionar tal defasagem.

USF	Enfermeiro (s)	Médico (s)	Odontólogo (s)
Felipe Camarão Básica	02	02	02
Cidade Nova + Felipe Camarão Básica	04	01	02
Nazaré	03	02	02
Nova Cidade	02	-	02
Cidade Praia	02	02	02
Vale Dourado + Santarém	01	03	01
TOTAL	14	10	11

Quadro 2: Distribuição dos profissionais de nível superior das USFs do projeto PET-Saúde Natal (RN) 2009

Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2009)

Conforme expresso, observou-se a existência de uma assimetria quantitativa entre os enfermeiros, médicos e odontólogos vinculados ao PET-Saúde Natal (RN), havendo também desfalques na provisão destes numa categoria na USF de Nova Cidade. Diante disso, utilizou-se um rearranjo numérico através de um sorteio para equiparar os sujeitos participantes da pesquisa. O sorteio ocorreu da seguinte forma, com base no quadro acima: aleatoriamente, em cada USF do PET-Saúde Natal (RN), doravante referido como PET, foram sorteados três profissionais, de quaisquer das três categorias do estudo, vinculados diretamente ao PET. O

processo seletivo repetiu-se em todas as demais USFs coletadas e circunscritas nas delimitações desse estudo.

Salienta-se que o número três foi escolhido para compor o quantitativo de sujeitos sorteados por USF devido à quantidade mínima de profissionais vinculados ao PET-Saúde Natal, visto que existia uma USF com apenas quatro profissionais cadastrados no programa, fazendo com que, obrigatoriamente, se delimitasse o número três para o sorteio, pois caso fosse sorteado um profissional que não pudesse ou não quisesse participar da pesquisa poderíamos excluí-lo e sortear um outro.

Com base nisso, determinou-se, *a priori*, como amostra do estudo um contingente de 27 sujeitos, assim distribuídos: 09 enfermeiros, 09 médicos e 09 odontólogos. No entanto, esse dimensionamento do número dos sujeitos foi reduzido devido aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a realização da coleta dos dados da pesquisa.

Definiram-se como critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa, além do desejo e disponibilidade: colaborar com a mesma após sua seleção por meio de sorteio e comprovar vínculo efetivo, através de aprovação em concurso público, a partir de seis meses com a unidade de saúde em que trabalha. Destarte, foram excluídos do estudo aqueles profissionais que: estavam temporariamente afastados de suas atividades na USF (01 médico), de licença médica (01 médico) ou em período de férias (01 médico); não possuíam vínculo efetivo com a unidade de saúde ou cujo prazo era inferior ao período de seis meses (0); não sorteados para participar da pesquisa (06 enfermeiros, 01 médico e 06 odontólogos) ou aqueles que foram, mas se negaram a contribuir com a mesma (01 médico e 03 enfermeiros).

Com isso, respeitando-se a simetria numérica entre as categorias de estudo, a amostra final foi composta por 15 sujeitos, sendo 05 enfermeiros, 05 médicos e 05 odontólogos.

3.4 OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a efetivação do projeto com a posterior coleta dos dados, encaminharam-se ofícios à Coordenação do Programa Saúde da Família de Natal (Apêndice A, Anexo A e B) e ao Coordenador do Projeto PET-Saúde Natal/RN (Apêndice B e Anexo C) com o objetivo de informar e esclarecer a pesquisa para solicitar a devida autorização e garantia de realização da mesma, além de utilização do nome das Instituições nos resultados, parciais e conclusivos, em eventos de natureza científica em âmbito nacional e internacional, na publicação dos resultados e relatos de experiência em periódicos indexados mediante o critério QUALIS/CAPES.

Respeitou-se a normatização da Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), referente aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa/UFRN, conforme o parecer número 019/2010 e protocolo número 190/2009 (ANEXO D).

Após explicitação dos objetivos da pesquisa, sua importância e relevância, convidaram-se os sujeitos para aderir ao estudo, respeitados os critérios de inclusão, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

3.5 OS INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

No processo de coleta dos dados utilizaram-se três instrumentos que embora distintos tecnicamente e conceitualmente, apresentam-se como complementares: o desenho-estória com tema (TRINCA, 1976), a entrevista individual semi-estruturada (TRIVINÓS, 1987) e o uso de um diário de campo.

3.5.1 Fazendo um desenho, contando uma estória

Entende-se que o uso da arte e suas expressões artísticas como tratamento e cura são empregados desde épocas remotas (século V a.C. na Grécia). Tais manifestações correspondem à expressão psíquica da comunidade e, particularmente, de cada indivíduo. Neste sentido, a arte passou a ser utilizada como instrumento de expressão cooperadora e transformadora na edificação de seres mais inventivos, criadores, fortes e saudáveis. As modalidades expressivas devem ser criativas e variadas para o alcance da compreensão simbólica e também da função organizadora específica de cada símbolo (PHILIPPINI, 2000).

Concorda-se que os recursos técnico-metodológicos utilizados para desenhar basearam-se nos métodos projetivos com vistas à apreensão do campo representacional sobre a ESF de acordo com os profissionais de nível superior que a integra, ou seja, o enfermeiro, o médico e o odontólogo. A utilização de tais recursos seguiu o *script* adaptado do desenho-estória com tema de Trinca (1976). De forma sucinta e operacional, solicitou-se aos sujeitos a realização de um desenho; pediu-se para nomeá-lo; e após, contar uma estória sobre a produção da atividade gráfica. Portanto, esta técnica encerrou três momentos que corresponderam a uma entrevista não discursiva conceitual.

Focalizando o presente estudo, solicitou-se que cada participante da pesquisa fizesse um desenho com a seguinte temática: Para você, o que significa a Estratégia de Saúde da

Família? Na seqüência, pediu-se que o participante atribuísse ao desenho um título e, após, associasse três palavras relacionadas à imagem construída (Apêndice D). Destaca-se que esta associação de palavras-chave não faz parte do desenho-estória com tema.

Completado este momento composto por três etapas interligadas, iniciou-se o segundo momento, quando se estimulou os participantes a criarem uma estória sobre sua produção gráfica. Esta poderia ser escrita ou narrada e gravada por meio de áudio, conforme desejo e permissão dos sujeitos. Ressalta-se que este procedimento em seus momentos e etapas encerra um modo não tradicional de entrevistas não discursivas conceituais (MIRANDA, FUREGATO, 2006).

Os estudos de Miranda et al. (2007) e Miranda; Furegato (2006) sobre o modo não tradicional de entrevistas não discursivas conceituais, a exemplo do desenho-estória com tema, constituem-se numa proposta de abordagem dos sujeitos considerada alternativa frente aos modelos tradicionais de investigação. Segundo Vaisberg (1995), tal procedimento de coleta de dados, de uso e domínio da Psicologia Clínica, não tem o efeito de psicodiagnóstico, e sim tornar a atividade proposta mais descontraída, próxima às regras do brincar. Deste modo, Miranda (2002) afirma que os recursos gráficos admitem uma ação interativa entre o sujeito e as figuras por eles produzidas, sendo possível apreender como ele compreende e se sente diante de um determinado fenômeno ou objeto.

Concorda-se com Miranda e Furegato (2006) ao afirmarem que o recurso gráfico (figura ou desenho), como instrumento de coleta de dados, é de grande relevância para a apreensão das representações sociais, visto que se constitui num meio de expressão e comunicação entre a realidade subjetiva do sujeito e sua realidade externa. Para Moscovici (1978), toda representação social comporta uma figura/imagem (aspecto icônico) e um significado (aspecto heurístico). Dessa forma, toda figura comporta um sentido e todo sentido pode ser representado por uma figura.

Destarte, salienta-se que o participante não teve o controle total da atividade proposta, embora conhecesse o objetivo e a finalidade da pesquisa, ao revelar sentimentos de si perante a ESF e o PET-Saúde, refletindo num desafio e numa incerteza. Nesse sentido, o recurso gráfico com estas características apresenta traços do teste da agressão-reação (MIRANDA, 2002), o que deve ser tranquilizado no sentido de que não existem respostas certas ou erradas.

3.5.2 A entrevista propriamente dita

De acordo com Spink (1993), existem três maneiras de obtenção dos dados empregados nas pesquisas com representações sociais, quais sejam, as técnicas verbais, as técnicas não-verbais e a observação. Dentre estas três formas, as técnicas verbais consistem nas mais comuns de acessar as representações sociais, ocorrendo uma nítida predominância das entrevistas abertas, conduzidas a partir de um roteiro mínimo que possibilita ao entrevistado se expressar livremente, na medida em que fala sobre o assunto, tema, fato ou acontecimento, sem a ameaça do pesquisador impor pré-concepções, julgamentos ou manipulação, permitindo obter um rico material.

Realizou-se uma entrevista composta por duas partes. A primeira, dizia respeito à identificação sócio-demográfica dos profissionais, enquanto a segunda consistiu na entrevista semi-estruturada com cinco perguntas (Apêndice E).

Segundo Haguete (2003), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas onde uma delas, o entrevistador, tem por objetivo alcançar informações por parte do outro, o informante, assegurando a aquisição de informações através de um roteiro de entrevista que deve ser elaborado em conformidade com os objetivos da pesquisa.

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada possui como ponto inicial a utilização de determinados questionamentos básicos que interessam à pesquisa, objetivando não apenas a descrição do fenômeno, mas também sua explicação e compreensão. Assim, o entrevistado, por meio de sua linha de pensamento e de suas discussões, participa diretamente da pesquisa ao fornecer dados para a mesma.

Previamente, contatou-se a direção das unidades de saúde onde foi desenvolvida a coleta de dados para, em seguida, proceder ao agendamento das entrevistas, respeitando-se a preferência e a disponibilidade dos profissionais sorteados. As coletas foram realizadas exclusivamente em sala disponibilizada pela própria USF, que garantiu as condições de luminosidade, acústica e ventilação sem prejuízo ou interferência sonora ou de terceiros nos momentos da coleta de dados. Este momento foi gravado em áudio digital com o auxílio de um aparelho de MP4.

3.5.3 O diário de campo

O diário de campo foi o instrumento utilizado para anotar as impressões pessoais ricas em detalhes, que congregam os diferentes momentos da pesquisa, registrados diariamente desde o primeiro instante da ida ao campo, auxiliando a descrição e a análise do objeto estudado. Conforme Minayo (2008), essa estratégia de registro de dados constitui-se num valioso instrumento que serve ao trabalho sistemático de anotação simultânea das percepções, questionamentos e informações obtidos pelo pesquisador mediante a utilização de outras técnicas durante todo o trabalho de campo.

3.6 PREPARAÇÃO DO CONJUNTO DE DADOS

A preparação dos dados seguiu quatro passos: 1. Preparo e tratamento dos dados de identificação sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa; 2. Preparo e tratamento dos desenhos e das palavras associadas aos mesmos; 3. Preparo e tratamento das histórias provenientes das produções gráficas e do material obtido através das entrevistas narradas; 4. Preparo e tratamento do *corpus* formado pelas histórias colhidas através do desenho-estória e entrevistas para seu processamento em um recurso informacional.

Os dados referentes à identificação sócio-demográfica dos sujeitos extraídos da entrevista semi-estruturada, parte I, foram digitados e mediados pelo software *Microsoft Excel* versão 2007. Tabularam-se e organizaram-se tais dados segundo a manipulação descritiva com cálculos de frequência absoluta e relativa, visualizados por meio de gráficos, tabelas e quadros, a partir dos quais se traçou o perfil dos participantes da pesquisa.

Os desenhos elaborados pelos sujeitos foram digitalizados, salvos em computador e levados ao *Microsoft Word* versão 2007. As palavras associadas aos desenhos, elencadas pelos participantes da pesquisa, também foram digitadas no *Microsoft Word* versão 2007, fazendo-se a articulação com os respectivos desenhos.

As histórias narradas originárias da criação dos desenhos e mais as entrevistas obtidas por meio do roteiro de entrevista, parte II, foram transcritas e digitadas com o auxílio do recurso informacional *Microsoft Word* versão 2007.

Esses dados relativos às histórias do desenho-estória com tema e à entrevista semi-estruturada formaram um conjunto de dados textuais, denominado *corpus*, submetido ao suporte do software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), criado na França na década de 1970, sendo considerado pioneiro no uso da

informática na análise de conteúdo. E, usado particularmente nos estudos de Clementino (2009), Azevedo (2008), Carvalho (2008), Macedo (2008) e Costa (2007) egressos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PGENF-UFRN.

3.6.1 Considerações sobre o ALCESTE

Relembra-se que o ALCESTE consiste num *software* que realiza a análise léxica das palavras de um conjunto de textos, reunindo as raízes semânticas por meio de classes, considerando a função de cada vocábulo dentro de um determinado texto (CAMARGO, 2005; MIRANDA, 2002).

Consoante Miranda (2002), o ALCESTE trabalha com um único arquivo, em formato texto (extensão txt), denominado de *corpus*, que é preparado seguindo critérios previamente estabelecidos pelo programa como um modo de garantir uma lógica quantificável em sua análise.

A organização do material para a formulação do *corpus* segue determinados padrões. O texto deverá conter aproximadamente 20 páginas ou cerca de 70.000 caracteres, com no mínimo 1.000 linhas de 70 caracteres cada uma, estar digitado em qualquer versão do *Windows For Word* e utilizar fonte *Courier New*, tamanho 10, espaçamento simples (CAMARGO, 2005; THEINGO; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005). Salienta-se que o *corpus* da presente pesquisa apresentou quase o dobro de páginas recomendadas.

Além disso, o texto não deve conter aspas, apóstrofos, percentagens, cifrões e asteriscos (CAMARGO, 2005). Miranda (2002) recomenda também não utilizar gírias, pronomes, provérbios, verbos auxiliares, advérbios, numerais e locuções exclamativas. Toda essa limpeza do texto, na prática, torna-se algo bastante difícil, uma vez que se trata de material discursivo, rico em expressões, detalhes e sujeitos aos vícios do coloquialismo do cotidiano, requerendo do pesquisador atenção e uma leitura árdua do material.

Um conjunto de Unidades de Contexto Iniciais (UCIs) constitui um *corpus* de análise. Camargo (2005) e Miranda (2002) afirmam que em função de algumas características do material coletado, tais como entrevistas, respostas e número de participantes em questões abertas, cada resposta pode ser considerada uma UCI, ou seja, caso a análise diga respeito às respostas de “x” participantes a uma questão aberta, cada resposta será uma UCI e teremos “x” UCIs.

Como exemplo de uma UCI, também chamada de “linha de comando” ou “linha com asteriscos”, dispõe-se, a seguir, um modelo das variáveis concebidas no *corpus*, correspondente a cada resposta obtida nas entrevistas:

**** *q_01 *ind_04 *ida_2 *tmf_1 *tsf_3

Uma UCI é definida pela individualização do texto a partir da definição das variáveis, sendo esse o único aspecto que possui a participação do pesquisador, pois as demais etapas do ALCESTE são decorrentes de combinações estatísticas.

Nessa pesquisa, o “*Corpus de Análise*” foi representado pelas 90 respostas, ou seja, 90 UCIs, decorrentes dos 15 sujeitos que responderam a um total de 06 questões. A construção e a definição das variáveis foram organizadas conforme o quadro a seguir:

Identificação	Variáveis
Pergunta da entrevista semi-estruturada	*q_01: primeira pergunta da entrevista; *q_06: sexta pergunta da entrevista a qual correspondeu à estória contada após a elaboração do desenho.
Categoria profissional do sujeito pesquisado	*ind_01 ao *ind_05: enfermeiros; *ind_06 ao *ind_10: médicos; *ind_11 ao *ind_15: odontólogos.
Idade dos sujeitos da pesquisa	*ida_01: profissionais com idades de 39 a 45 anos; *ida_02: profissionais com idades de 46 a 52 anos; *ida_03: profissionais com idades de 53 a 59 anos.
Tempo de formado dos participantes da pesquisa	*tmf_01: profissionais com 14 a 21 anos de conclusão do ensino superior; *tmf_02: profissionais com 22 a 29 anos de conclusão do ensino superior; *tmf_03: profissionais com 30 a 37 anos de conclusão do ensino superior.
Tempo de trabalho dos participantes na Estratégia de Saúde da Família	*tsf_01: profissionais com 02 a 06 anos de experiência de trabalho na ESF; *tsf_02: profissionais com 07 a 11 anos de experiência de trabalho na ESF; *tsf_03: profissionais com 12 a 16 anos de experiência de trabalho na ESF.

Quadro 3: Variáveis atribuídas para o estudo sobre as representações sociais dos profissionais de nível superior, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), sobre a ESF

O *corpus* de dados textuais trabalhados no ALCESTE deve ser considerado um conjunto de enunciados simples que traduzem os pontos de vista dos indivíduos, e não um conjunto de proposições que refletem uma visão generalista do mundo (SOARES, 2005).

O ALCESTE realiza, automaticamente, quatro etapas operacionais na análise dos dados definidas pelas letras A, B, C e D, cada uma contendo três operações exceto a última (D) que contém cinco (REINET, 2005; MIRANDA, 2002).

Na etapa A, o programa prepara o *corpus*, através da leitura do texto e cálculo dos dicionários, agrupando os vocábulos mediante o cálculo de frequência das raízes semânticas, originando as UCIs. A etapa B classifica as Unidades de Contexto Elementares (UCE) através do teste de associação do qui-quadrado. As UCEs são segmentos de texto, na maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo ALCESTE de acordo com o tamanho do *corpus*. Nessa etapa, aplica-se o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), cruzando-se formas reduzidas e UCEs, para obtenção de uma classificação definitiva (MIRANDA, 2002).

A etapa C apresenta o dendograma da CHD, elucidando as afinidades entre as classes; e a etapa D faz o processo inverso ao ilustrar a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) para cada classe, permitindo o estudo das relações dos elementos intraclasses (CAMARGO, 2005).

Salienta-se que na etapa C3 são originados os esquemas figurativos por meio de combinações estatísticas e informacionais, compostas por eixos, um horizontal e outro vertical, linhas x e y, compreendendo quatro partes iguais da mesma figura e uma distribuição espacial das variáveis, as quais estão apresentadas em quadrantes superior direito e superior esquerdo (QSD e QSE), inferior direito e inferior esquerdo (QID e QIE), onde se configura o campo representacional (AZEVEDO, 2008).

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

De antemão, optou-se pelo estilo de análise de edição onde o pesquisador age como um intérprete, que lê, relê os dados, tantas vezes quanto forem necessárias, em busca de segmentos significativos os quais, quando identificados, são revistos e inseridos num esquema de classificação a partir de padrões e estruturas conectadas às categorias de estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A análise dos dados baseou-se nos quatro passos da preparação e tratamento dos mesmos, iniciando-se pela análise e discussão da caracterização dos sujeitos da pesquisa, em

seguida, dos desenhos e das palavras associadas a tal produção gráfica, das histórias obtidas através do desenho-estória com tema e entrevistas semi-estruturadas e, por fim, do material advindo do *corpus*.

A análise da identificação sócio-demográfica dos sujeitos ocorreu através da descrição e discussão das tabelas e gráficos com literatura pertinente aos achados.

Os desenhos foram analisados e interpretados pela significação atribuída ao recurso gráfico a partir do título e das palavras-chave atribuídas pelos sujeitos, tendo como termo indutor a palavra ESF, utilizando-se, para isso, a técnica de associação livre de palavras (TALP) que revela, conforme Abric (2000), a existência de universos semânticos de elementos implícitos, os quais se apresentam mascarados nas produções discursivas. Nesse sentido, Moscovici (1978) destaca que a análise da associação livre de palavras pode, analogamente, associar-se ao software ALCESTE na busca da investigação do conteúdo representacional, de sua estrutura e organização para a determinação e controle do núcleo central.

As histórias e entrevistas transcritas e digitadas foram submetidas à leitura/escuta flutuante do material e, após a elaboração do esquema provisório de interpretação das mesmas, procedeu-se à análise léxica do ALCESTE (REINERT, 2005), através da classificação, agregação das informações e identificação das categorias empíricas.

No Brasil, esse programa de informática tem contribuído de forma significativa nas pesquisas com representação social tendo em vista que possibilita a interpretação de um volume considerável de dados textuais, bem como a possibilidade da triangulação de dados qualitativos e quantitativos, podendo ser evidenciado nos estudos de Azevedo (2008), Costa (2007), Theingo, Oliveira e Rodrigues (2005), Miranda (2002), dentre vários outros.

Terminado o processo de submissão do *corpus* ao ALCESTE o material discursivo foi analisado e discutido mediante o recurso teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978), utilizando-se também a Teoria do Núcleo Central (SÁ, 1996) como subsídio para a realização desse processo.



Folia de Reis de José Lino – Yara Tupinambá (1932): artista plástica brasileira, com obras conhecidas em todo Brasil. Entre as mais famosas, destaca-se o painel “A árvore da vida” que retrata Adão e Eva seminua.



A primeira missa no Brasil – Victor Meirelles (1832 – 1903): pintor e professor brasileiro. Especializou-se no gênero da pintura histórica.



Boi Bumbá “Encarnado” – Constância Nery (1936): pintora brasileira que retrata em suas telas a temática do folclore brasileiro.

*Resultados e
Discussão*

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, apresenta-se e discute-se a caracterização dos 15 profissionais da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), a fim de esclarecer quem são esses personagens, o que fazem, como desenvolvem suas atividades laborais e entender de que forma essas variáveis etárias, sociais, culturais e econômicas podem interferir em suas formas de representar a ESF como seu campo de atuação, além de significações simbólicas, efeitos defensivos e a ocorrência de *insights*.

Em seguida, realiza-se a análise do material proveniente das entrevistas semi-estruturadas e das histórias colhidas com o desenho-estória com tema. Incorporaram-se, ao longo do texto, desenhos elaborados pelos participantes da pesquisa e alguns trechos de falas desses sujeitos quer *in natura*, quer derivados do ALCESTE, no sentido de complementar, esclarecer, ilustrar e dar maior visibilidade às discussões pertinentes aos achados do estudo.

Nessa intenção, os dados são apresentados e discutidos em quatro tópicos: a caracterização dos profissionais da ESF, preceptores do Projeto PET-Saúde Natal (RN); a análise das falas dos profissionais (enfermeiro, médico e odontólogo) na perspectiva do ALCESTE; o sistema categorial na apreensão das Representações Sociais; e a apreensão do campo representacional.

4.1 DESCREVENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Inicialmente, todos os sujeitos pesquisados foram denominados por pseudônimos referentes a nomes de pintores brasileiros, conforme o **Quadro 4**. A escolha por tais nomes deu-se pela utilização da produção gráfica, assim como por influência da própria concepção da TRS, que é elaborada na interface de uma figura e um significado. A abertura de cada capítulo dessa dissertação, como percebido pelo leitor, foi idealizada a partir das produções artísticas de pintores cujos nomes foram emprestados aos sujeitos da pesquisa, uma forma de homenageá-los e situar melhor o leitor quanto às obras e algumas características referentes a cada artista plástico nomeado.

Em seguida, a caracterização foi feita através de três subtópicos que revelaram o perfil social, a trajetória profissional e o perfil profissional dos preceptores do PET-Saúde Natal (RN), ou seja, dos enfermeiros, médicos e odontólogos das USFs pesquisadas.

Profissão	Local de trabalho (USF)	Distrito Sanitário	USF em que exerce a função de preceptor do PET-Saúde	Pseudônimo
Enfermeira 1	Mãe Luiza	Leste	Nova Cidade	Anita Mafalti
Enfermeira 2	Santarém	Norte 2	Santarém	Beatriz Milhazes
Enfermeira 3	Cidade Nova	Oeste	Cidade Nova	Georgina Albuquerque
Enfermeira 4	Cidade Nova	Oeste	Cidade Nova	Yara Tupinambá
Enfermeira 5	Felipe Camarão II	Oeste	Felipe Camarão II	Marysia Portinari
Médica 1	Felipe Camarão II	Oeste	Felipe Camarão II	Abigail de Andrade
Médico 2	Cidade Praia	Norte 1	Cidade Praia	Di Cavalcanti
Médica 3	Nazaré	Oeste	Nazaré	Zina Aita
Médico 4	Vale Dourado	Norte 2	Vale Dourado	Victor Meirelles
Médica 5	Santarém	Norte 2	Santarém	Tarsila do Amaral
Odontólogo 1	Nova Cidade	Oeste	Nova Cidade	Pedro Américo
Odontóloga 2	Felipe Camarão II	Oeste	Cidade Nova	Alice Soares
Odontólogo 3	Cidade Praia	Norte 1	Cidade Praia	Cândido Portinari
Odontóloga 4	Felipe Camarão II	Oeste	Felipe Camarão II	Constância Nery
Odontóloga 5	Nazaré	Oeste	Nazaré	Djanira da Motta e Silva

Quadro 4: Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa

4.1.1 Perfil social dos profissionais: Quem são os enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN)?

O perfil geral dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde de Natal (RN) caracterizou-se, de modo geral, por profissionais do sexo feminino, com idade entre 46 e 52 anos, casados e com renda mínima de 6 salários, conforme mostram as tabelas e gráficos a seguir.

O **gráfico 1** identifica a faixa de idade dos 15 participantes da pesquisa de acordo com a categoria profissional a que pertencem. Entre as categorias profissionais estudadas (enfermagem, medicina e odontologia), constatou-se uma predominância de idades entre 46 e 52 anos, com um número de 07 (46,6%) profissionais, sendo 03 (42,8%) enfermeiras, 02 (28,6%) médicos e 02 (28,6%) odontólogos.

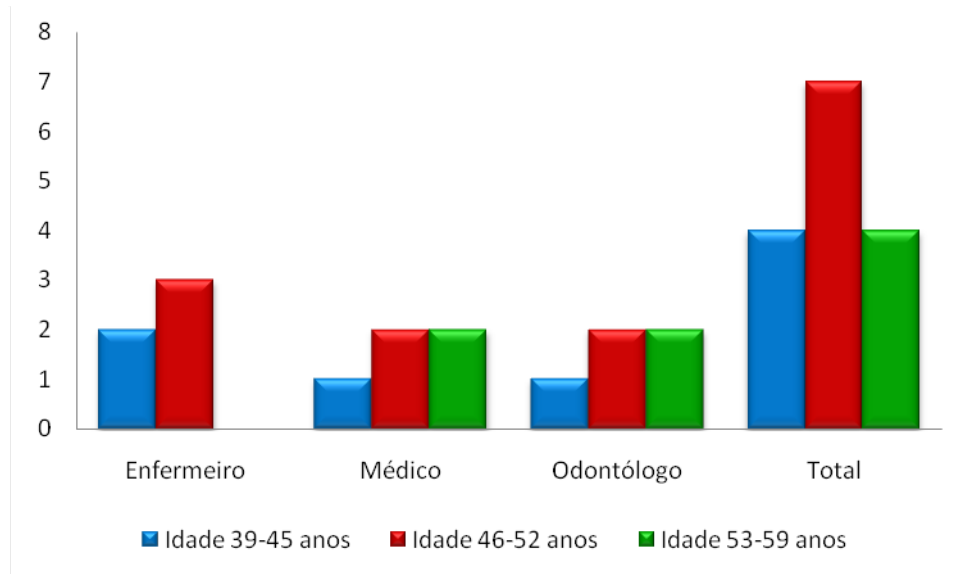


Gráfico 1: Distribuição por faixa de idade dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.

Com relação à idade, destacou-se na ESF a existência de profissionais mais experientes, alguns até em término de carreira. Esta configuração aponta para indivíduos que provavelmente tiveram oportunidades de vivenciar experiências profissionais e pessoais diversas, conferindo certo privilégio que pode contribuir para melhorar o desempenho no trabalho junto à equipe de Saúde da Família. Esse achado também foi identificado em outras pesquisas que retratavam o perfil dos profissionais da ESF, especialmente, médicos e enfermeiros (CAMELO; ANGERAMI, 2008; GIL, 2006). Entretanto, ressalva-se que essa configuração também pode trazer os vícios adquiridos ao longo da carreira profissional, ocasionando um déficit no atendimento.

O **gráfico 2** retrata o sexo dos participantes da pesquisa de acordo com as categorias profissionais estudadas. Conforme o mesmo, observa-se maior percentual de profissionais do sexo feminino entre todas as categorias profissionais analisadas, sendo que deste total de 11 (73,3%) profissionais, 05 (45,4%) eram enfermeiras, 03 (27,3%) médicas e 03 (27,3%) odontólogas.

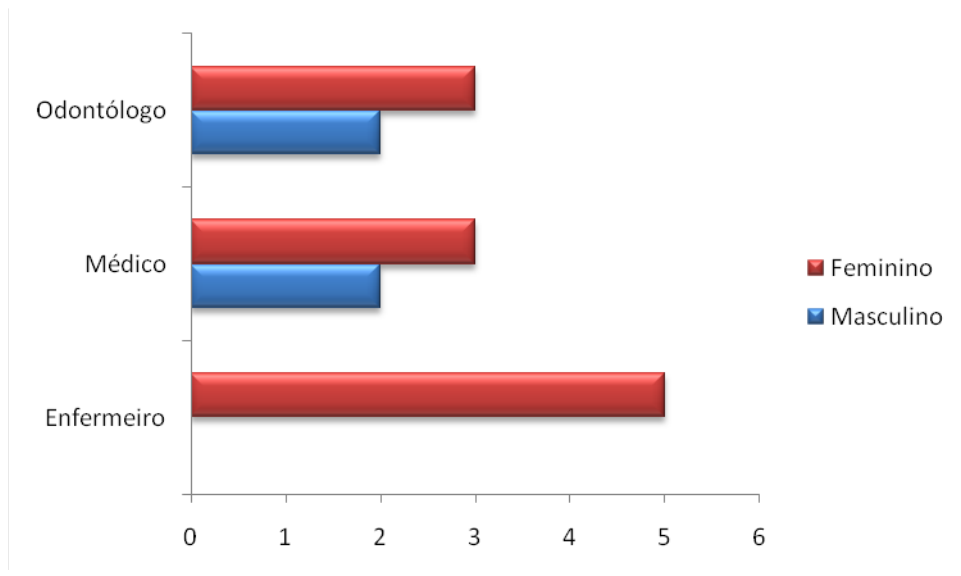


Gráfico 2: Distribuição por sexo dos sujeitos da pesquisa, conforme a categoria profissional.

Neste estudo, as equipes são predominantemente femininas, embora haja presença masculina (26,7%) somente entre médicos e odontólogos. No que diz respeito à enfermagem, esse domínio do sexo feminino assemelha-se com a pesquisa de Machado et al. (2000) sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, indicando que a ESF absorve mais mulheres em suas equipes de trabalho. Na mesma pesquisa, contrariamente, prevaleceu, entre os médicos, o sexo masculino.

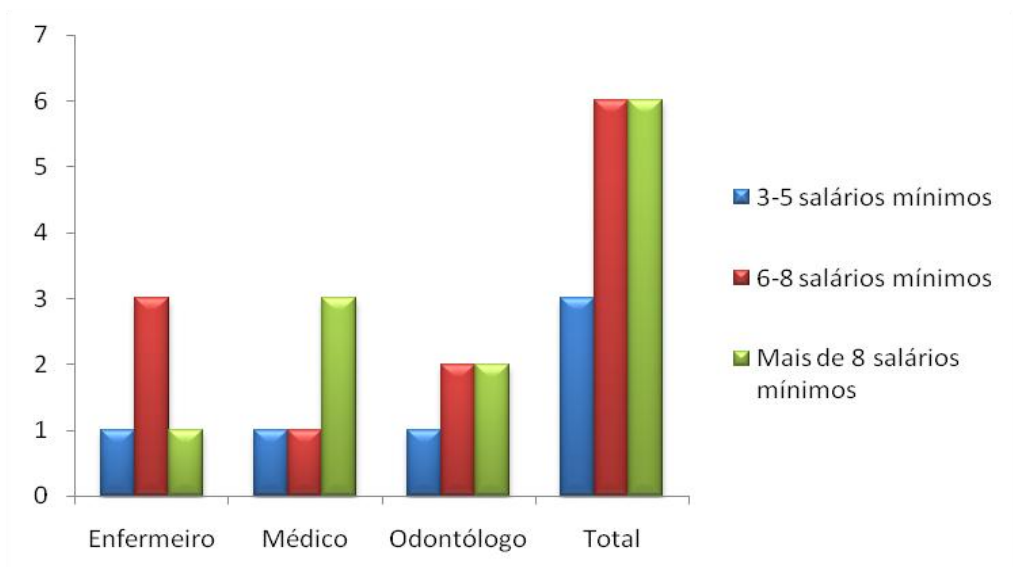
Igualmente à predominância feminina na enfermagem, diversos estudos em odontologia (FERNANDES, 2008; VILARINHO; MENDES; PRADO JUNIOR, 2007) apontam para uma preponderância do sexo feminino, também encontrado nesta pesquisa.

Em relação ao estado civil dos participantes, 11 (73,3%) profissionais eram casados, 03 (20%) solteiros e apenas 01 (6,7%) era divorciado. Dentre os 11 profissionais casados, ressalta-se que 03 (27,3%) eram enfermeiras, 05 (45,4%) médicos e 03 (27,3%) odontólogos. Portanto, verificou-se que a maior parte dos profissionais dessa pesquisa são casados e do sexo feminino, que a seu turno sugere uma sobrecarga do número de tarefas e responsabilidades perante o trabalho e a família, requerendo uma forma conciliatória para atender as demandas da esfera público-privada e seus desdobramentos.

Tabela 1: Categorias profissionais da pesquisa em relação ao estado civil

Profissão	Estado Civil						Total	
	Casado		Solteiro		Divorciado		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Enfermeiro	03	60	02	40	-	-	05	100
Médico	05	100	-	-	-	-	05	100
Odontólogo	03	60	01	20	01	20	05	100
Total	11	73,3	03	20	01	6,7	15	100

No **gráfico 3** observa-se a renda dos sujeitos pesquisados por categoria profissional estudada na realidade cotidiana da ESF do município de Natal (RN). Entre as enfermeiras, a renda média situa-se na faixa de 6 a 8 salários mínimos (60%), seguido dos médicos com renda superior a 8 salários mínimos (60%) e dos odontólogos com renda variando entre 6 a 8 (40%) ou mais de 8 salários mínimos (40%).

**Gráfico 3:** Distribuição da renda dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.

A diferenciação no salário das categorias profissionais da ESF configura-se em um vestígio do modelo curativista, onde há maior valorização do profissional médico. Tal fato constitui um sério problema a ser enfrentado no contexto nacional, pois gera insatisfação dos demais profissionais de saúde frente ao paradoxo da desigualdade salarial e ao cumprimento da carga de trabalho, evidenciado no relato abaixo:

Os pontos fracos que eu acho o principal é esse de você é... dar muita ênfase pra o médico, certo? Você começa logo pelo lado do salário, você vê que agora mesmo a própria prefeitura tá fazendo um plano de cargos onde o médico vai ficar com o

salário inicial, se brincar, vai ficar três vezes o salário dos outros profissionais. (Pedro Américo)

Apesar da questão do aumento salarial não solucionar sequer uma minoria dos problemas enfrentados na ESF, salienta-se que os salários pagos aos profissionais da atenção básica, sejam eles do nível médio ou superior, ainda são bastante irrisórios e insuficientes para mantê-los vinculados unicamente à estratégia. Os depoimentos abaixo revelam essa questão:

A solução é que os profissionais fossem melhor remunerados pra que eles pudessem ficar no Programa de Saúde da Família, não saíssem do Programa de Saúde da Família pra ir pra outros locais. (Anita Mafalti)

(...) nisso aí passa também a questão salarial que tem profissionais que tão aí com defasagem salarial. Eu acho que não é a solução, a solução passa por realmente ver a satisfação e se, realmente, aquela pessoa está capacitada do ponto de vista técnico, do ponto de vista humano. (Abigail de Andrade)

Nesse tocante, faz-se imprescindível a aprovação do PCCS, previsto na lei nº 8.142/1990, para adoção de uma política salarial com isonomia e piso de salários para todas as categorias profissionais e trabalhadores do SUS, assim como incorporação de gratificações por dedicação exclusiva e garantia dos direitos dos servidores municipalizados e estadualizados (BRASIL, 2004).

4.1.2 Trajetória profissional dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN)

Em relação à trajetória profissional, detectou-se, de maneira geral, maior concentração de profissionais com tempo de formado variando entre 22 e 29 anos. Estes graduaram-se em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, especialmente na UFRN. Entre os cursos de pós-graduação, predominaram os de Saúde Pública, conforme retratam as tabelas e gráficos abaixo.

O **gráfico 4** ilustra o tempo de conclusão do ensino superior dos sujeitos pesquisados, onde 03 (60%) enfermeiras e 03 (60%) médicos concluíram entre 22 e 29 anos, enquanto que nos odontólogos houve 02 (40%) com tempo de conclusão entre 22 e 29 anos e outros 02 (40%) que possuíam de 30 a 37 anos de formado.

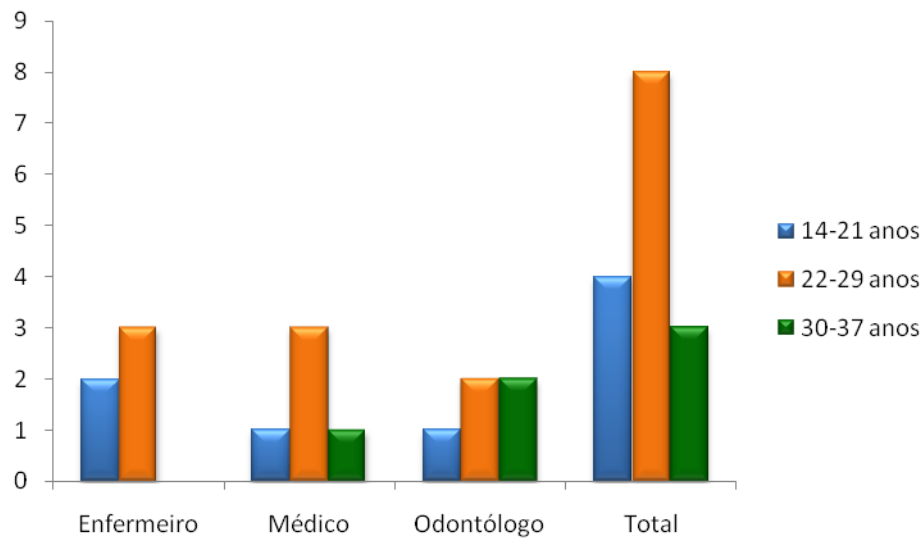


Gráfico 4: Distribuição do tempo de conclusão do ensino superior dos sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.

Gil (2006), em seu estudo sobre as práticas profissionais de enfermeiros e médicos na saúde da família do município de Curitiba (PR), constatou predomínio de enfermeiros com tempo de formado entre 10 e 15 anos, contrariando o encontrado no presente estudo, e de médicos que concluíram há mais de 20 anos, corroborando com os resultados apresentados nesta pesquisa. No tocante aos odontólogos, a pesquisa de Vilarinho, Mendes e Prado Junior (2007), realizada com os cirurgiões dentistas inseridos no PSF de Teresina (PI), revelou uma taxa de 46,02% desses profissionais com tempo de graduado entre 17 e 23 anos, contrapondo-se aos achados encontrados neste estudo.

De acordo com a **tabela 2**, todos os profissionais entrevistados concluíram seus cursos de graduação em instituições públicas, majoritariamente (80%) na UFRN. Destes, 05 (100%) são enfermeiras, 03 (60%) médicos e 04 (80%) odontólogos. Este resultado mostra uma absorção local dos profissionais formados pela UFRN. Além destes, 02 (40%) médicos graduaram-se na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e 01 (20%) odontólogo, na Universidade Regional do Nordeste (URNE), em Campina Grande (PB).

Tabela 2: Categorias profissionais da pesquisa segundo Instituição de conclusão do ensino superior.

Profissionais	Instituição de conclusão do Ensino Superior							
	UFRN		UFPB		URNE		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfermeiro	05	100	-	-	-	-	05	100
Médico	03	60	02	40	-	-	05	100
Odontólogo	04	80	-	-	01	20	05	100
Total	12	80	02	13,3	01	6,7	15	100

O **gráfico 5** revela que 100% das enfermeiras e dos médicos da presente pesquisa realizaram algum curso de pós-graduação *lato sensu*, enquanto que para os odontólogos esse número corresponde a 60%. Esse gráfico constata um maior interesse dos enfermeiros e médicos da ESF na busca de conhecimento o que pode resultar em melhora da prática de trabalho.

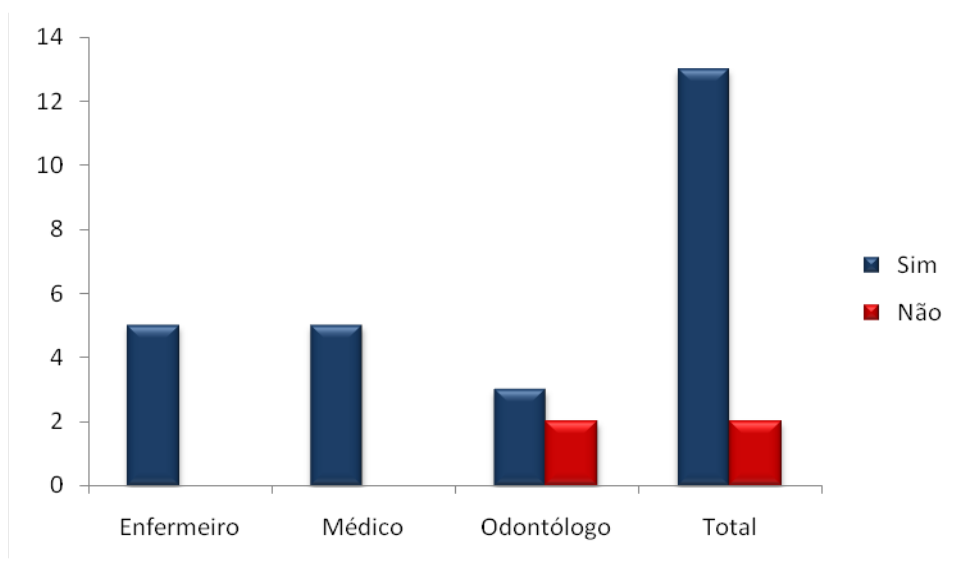


Gráfico 5: Distribuição da frequência a curso de pós-graduação entre os sujeitos da pesquisa, conforme categoria profissional.

Entre as 05 enfermeiras que realizaram cursos de pós-graduação *lato sensu*, 02 informaram mais de um curso. As especializações mais citadas estão descritas abaixo:

- 01 fez Especialização em Materno-infantil
- 05 fizeram Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva
- 01 fez Especialização em Saúde da Criança
- 01 fez Especialização em Geriatria
- 01 fez Especialização em Gerência em Serviços (GERUS)

Quadro 5: Cursos de pós-graduação *lato sensu* realizados pelas enfermeiras da pesquisa.

A partir desse quadro infere-se que o curso de Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva foi a opção mais procurada pelas enfermeiras, evidenciando a busca de um conhecimento e melhor resposta para sua área de atuação.

Em relação aos cursos de pós-graduação *lato sensu* referidos pelos 05 médicos, salienta-se que apenas 02 relataram um único curso, seja residência ou especialização, enquanto os outros 03 referiram mais de um. Entre os quais, enumeram-se:

- 01 fez Residência em Medicina Preventiva e Social
- 01 fez Residência em Ginecologia e Obstetrícia
- 01 fez Residência em Pediatria
- 01 fez Especialização em Homeopatia
- 02 fizeram Especialização em Epidemiologia
- 03 fizeram Especialização em Saúde da Família
- 01 fez em Especialização Saúde do Trabalhador
- 01 fez em Especialização Saúde Pública

Quadro 6: Cursos de pós-graduação *lato sensu* realizados pelos médicos da pesquisa.

Observou-se que os médicos integrantes das equipes de Saúde da Família de Natal (RN) e preceptores do PET-Saúde, qualificaram-se, por meio de cursos de especialização e/ou residência, ao longo das suas respectivas trajetórias profissionais, em diversas áreas do conhecimento que, de uma forma ou de outra, são importantes para sua atuação na ESF.

Quanto aos 03 odontólogos que possuíam curso de pós-graduação *lato sensu*, 02 informaram mais de um curso. As especializações referidas foram:

- 01 fez Especialização em Odontologia do Trabalho
- 02 fizeram Especialização em Saúde Pública
- 01 fez Especialização em Saúde da Família
- 01 fez Especialização em Periodontia

Quadro 7: Cursos de pós-graduação *lato sensu* realizados pelos odontólogos da pesquisa.

Esses dados mostraram que os odontólogos, assim como as duas categorias profissionais mais tradicionais no campo da saúde, buscaram aperfeiçoar seus conhecimentos numa perspectiva social para desenvolver uma melhor prática no âmbito da ESF, sendo esta considerada um campo ainda novo para a odontologia.

4.1.3 Perfil profissional na Saúde da Família dos enfermeiros, médicos e odontólogos, preceptores do PET-Saúde Natal (RN)

O perfil profissional dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, todos preceptores do PET-Saúde de Natal (RN), consistiu, de modo geral, em profissionais com carga horária semanal de trabalho de 40 horas, dedicação exclusiva junto à estratégia, tempo de trabalho na Saúde da Família variando de 02 a 11 anos, tendo realizado curso introdutório ao adentrar nesse campo, e cursos de atualização.

A **tabela 3** registra a carga horária dos sujeitos pesquisados por categoria profissional. Depreendeu-se que enfermeiras, médicos e odontólogos alegaram o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais.

Tabela 3: Categorias profissionais da pesquisa em relação à carga horária de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Profissão	Carga horária	
	n	%
Enfermeiro	05	100
Médico	05	100
Odontólogo	05	100
Total	15	100

Souza e Roncalli (2007), em seu estudo sobre a incorporação da saúde bucal no PSF no Estado do Rio Grande do Norte, detectaram contradições quando se confrontam dados a respeito da jornada de trabalho contratada em relação à jornada cumprida entre os profissionais de odontologia, mostrando que 80% dos odontólogos eram contratados com 40 horas semanais de trabalho, sendo que 40% não a cumpriam. Dentre os que afirmavam cumpri-la, mais da metade morava no município no qual estava trabalhando.

No tocante à jornada de trabalho dos enfermeiros e médicos na ESF, o estudo de Cotta et al. (2006) revelou que apenas 50% de cada categoria cumpria a carga horária de 40 horas semanais, enquanto os demais 50% trabalhavam seis horas por dia.

Provavelmente, além da questão da residência fixa no município, a questão salarial pode interferir no cumprimento da carga horária, o que, por sua vez, intervém no estabelecimento de vínculo com a comunidade, bem como no desenvolvimento das atividades de prevenção de doenças, promoção e reabilitação em saúde.

Nas falas abaixo, revelam-se as opiniões contraditórias de dois profissionais acerca da influência da carga horária de 40 horas semanais nos seus processos de trabalho:

O ponto forte é... exatamente esse, que a equipe de saúde é... tem um horário de trabalho, não é? Em que ela possa estar um horário atendendo na unidade e o outro horário fazendo visita domiciliar. (Anita Mafalti)

E, assim, esse horário da gente é muito... é o dia todo, né? E é muito desgastante, muito desgastante. (Djanira da Motta e Silva)

A **tabela 4** ilustra o tempo de trabalho dos profissionais, participantes da presente pesquisa, na ESF. A maioria das enfermeiras (60%) trabalha na ESF em torno de 7 a 11 anos, enquanto que 03 médicos (60%) e 04 odontólogos (80%) apresentavam um tempo de serviço nessa estratégia entre 2 e 6 anos.

Tabela 4: Categorias profissionais em relação ao tempo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Profissão	Tempo de Saúde da Família						Total	
	2-6 anos		7-11 anos		12-16 anos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Enfermeiro	-	-	03	60	02	40	05	100
Médico	03	60	01	20	01	20	05	100
Odontólogo	04	80	01	20	-	-	05	100
Total	07	46,7	05	33,3	03	20	15	100

Inferiu-se que os achados sobre a predominância dos enfermeiros no setor público teve como justificativa os incentivos e benefícios, como melhores salários e promessas de capacitação, oferecidos na época da implantação do PSF. Estas condições levaram muitos a abdicar das suas áreas de atuação para trabalhar no programa.

Em relação aos médicos e odontólogos, salienta-se que o baixo tempo de vínculo com a ESF pode estar relacionado à questão salarial e à carga horária, sendo uma exigência o

cumprimento da carga horária de 40 horas semanais por salários nem sempre satisfatórios e compensatórios frente às demandas que o trabalho exige. Outro fator que deve ser considerado são as condições de trabalho oferecidas, as quais, geralmente, não permitem o desenvolvimento de uma prática adequada, frustrando diversos profissionais e levando-os a abandonar a ESF.

O **gráfico 6** revela que 13 (86,7%) profissionais entrevistados cursaram o introdutório à ESF, sendo 04 (80%) enfermeiras, 04 (80%) médicos e 05 (100%) odontólogos. Apenas 02 profissionais não o realizaram. Evidenciou-se que a maioria dos trabalhadores que integram a ESF, além de capacitados e treinados para a realização das competências próprias de cada um em tal âmbito, também possuem condições para a preceptoria no PET-Saúde.

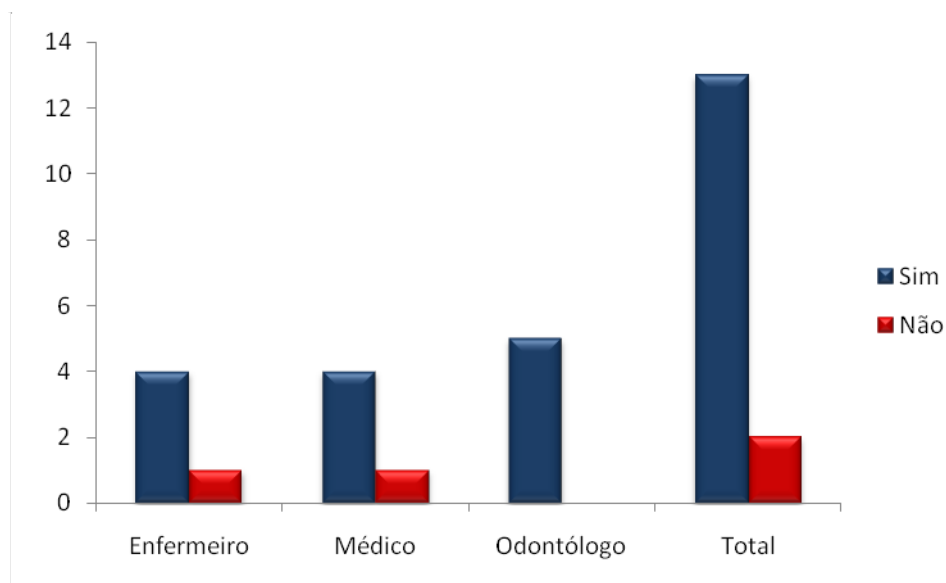


Gráfico 6: Distribuição das categorias profissionais da pesquisa em relação à realização de curso introdutório à Estratégia de Saúde da Família.

O **gráfico 7** registra a participação em cursos de atualização realizados a partir da ESF. Sendo assim, os 06 cursos mais referidos pelos sujeitos da pesquisa foram: Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/HIV) e Hanseníase, confirmados, cada um, por 06 participantes; Saúde da mulher e Saúde do idoso, por 04 participantes, cada qual; Tuberculose e Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), referidos por 03 participantes, cada um.

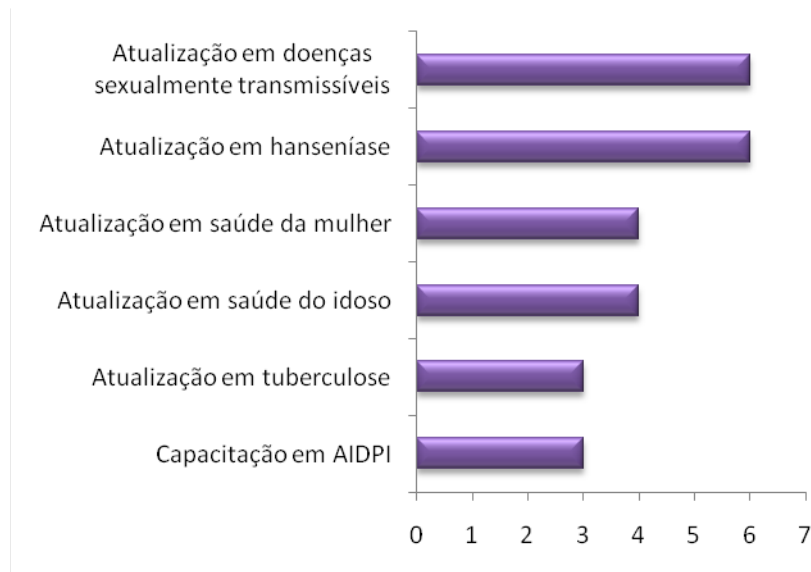


Gráfico 7: Distribuição dos principais cursos de atualização, realizados a partir da Estratégia de Saúde da Família, referidos pelos profissionais da pesquisa.

Concorda-se que os cursos de atualização e capacitação são considerados valiosas ferramentas na educação dos profissionais, proporcionando-lhes “reciclagem” dos conhecimentos, oportunizando o aprendizado de novas temáticas transversais, como ocorreu no caso da pandemia com a gripe causada pelo vírus H1N1, e ainda um estímulo para continuar estudando e descobrindo novos saberes e práticas, constatados nos depoimentos a seguir:

E eu acho que assim... que essas capacitações também teriam que acontecer mais. (Yara Tupinambá)

Capacitação tem que ser contínua, né? Educação continuada. Isso aí ajuda, fortalece, melhora a auto-estima dos profissionais. (Zina Aita)

Eu acho que podia ter mais capacitação também, né? Que já houve mais capacitação pra os profissionais, né? Às vezes, tem pra algumas categorias e não tem pra outras e, assim, a gente... eu pelo menos aprendi muito ralando, muito no dia-a-dia, eu aprendo muito no dia-a-dia. Porque a gente não tem muita opção, não tem muita capacitação, não tem. É tudo muito difícil. E quando vem, já vem muito direcionado. Eu sinto falta disso. (Djanira da Motta e Silva)

Ressalta-se que a participação em cursos de atualização gerou um momento de reflexão e angústia por parte dos entrevistados, pois muitos relataram que a oferta de tais cursos vem rareando e se tornando cada vez mais escassa principalmente a partir de 2009.

De acordo com os dados da **tabela 5**, percebe-se que 08 dos 15 profissionais das USFs pesquisadas dedicam-se exclusivamente à ESF, sendo 02 enfermeiras, 02 médicos e 04 odontólogos. No entanto, salienta-se também que 07 dos 15 profissionais, dentre eles 03 enfermeiras, 03 médicos e 01 odontólogo, possuem outro vínculo empregatício além da ESF. Destaca-se, inclusive, um médico com três vínculos (ESF, rede hospitalar pública e

consultório privado). A tabela abaixo esclarece detalhadamente o tipo de instituição e de vínculo que os profissionais enfermeiros, médicos e odontólogos detem além da ESF.

Tabela 5: Categorias profissionais da pesquisa em relação à existência ou não de outro vínculo empregatício.

Possui outro vínculo empregatício	Tipo de Instituição	Tipo de vínculo	Enfermeiro		Médico		Odontólogo		Total	
			n	%	n	%	N	%	n	%
Não			02	25	02	25	04	50	08	100
Sim	Público	Atenção Básica	-	-	01	100	-	-	01	100
		Rede ambulatorial	-	-	-	-	01	100	01	100
		Rede hospitalar	01	33,3	02	66,7	-	-	03	100
		Consultório	-	-	-	-	-	-	-	-
		Ensino	01	100	-	-	-	-	01	100
	Privado	Atenção Básica	-	-	-	-	-	-	-	-
		Rede ambulatorial	-	-	-	-	-	-	-	-
		Rede hospitalar	-	-	-	-	-	-	-	-
		Consultório	-	-	01	100	-	-	01	100
		Ensino	01	100	-	-	-	-	01	100

Infere-se que a existência de outro vínculo empregatício entre os profissionais da ESF pode estar associada à questão salarial, conforme dito anteriormente, até mesmo com relatos dos próprios sujeitos, evidenciando a necessidade de outro emprego para garantir a manutenção familiar.

Analogamente, a pesquisa de Machado et al. (2000) verificou que 45,5% dos médicos e 25,8% dos enfermeiros pesquisados possuíam outro vínculo empregatício no setor público, e cerca de 20% dos médicos já haviam atuado em PSF de outros municípios.

4.2 ANÁLISE DAS FALAS DOS PROFISSIONAIS DA ESF NA PERSPECTIVA DO ALCESTE

Os dados coletados através da entrevista semi-estruturada e pela história contada a partir do desenho-estória com tema dos profissionais da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), enfermeiro, médico e odontólogo, foram digitados, formatados e condensados em um arquivo único, denominado *corpus*, homogêneo, com formatação específica, totalizando 33 páginas.

O processo de elaboração do *corpus*, descrito no capítulo Perspectivas metodológicas, subtópico Preparação do conjunto de dados, proporcionou uma visão e compreensão geral do conjunto de textos coletados sobre o objeto de estudo, assim como um contato mais íntimo

com as respostas e temáticas abordadas em cada uma das questões respondidas pelos 15 participantes da pesquisa.

A submissão do *corpus* ao ALCESTE foi permitida através de uma valiosa parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN (PGENF-UFRN) e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). O material foi enviado no dia 10 de Junho de 2010, processado no referido programa na data de 23 de Junho de 2010 às 12:30:48s, com tempo de execução de 00:00:29s e aproveitamento de 54,53%, obtendo-se cinco classes e 271 formas de unidades de contexto elementares (UCEs) analisadas (**Figura 3**).

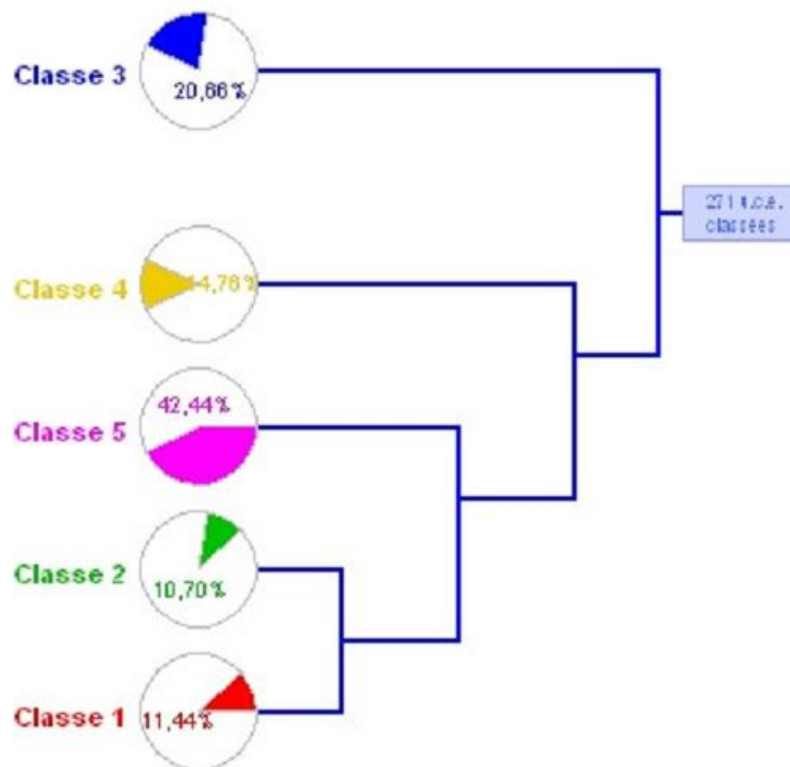


Figura 3: Classificação Hierárquica Descendente das classes geradas pelo ALCESTE 2010, porcentagem de UCEs existente em cada classe e sua relação com as demais.

Os dados submetidos à análise textual, a partir de complexos cruzamentos estatísticos, geraram a Classe 1 composta por 31 UCEs (11,44%); a Classe 2, por 29 UCEs (10,70%); a Classe 3, por 56 UCEs (20,66%); a Classe 4, com 40 UCEs (14,76%); e, finalmente, a Classe 5, com 115 UCEs (42,44%).

Informa-se que tais classes serão consideradas, nesse estudo, como um sistema categorial pertencente ao conjunto das falas das enfermeiras, dos médicos e dos odontólogos, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), sobre a ESF, enquanto campo de prática profissional dos mesmos, gerado pelo ALCESTE segundo a afinidade e maior número de UCEs obtidas em sua análise léxica.

Conforme Merhy (1998), o campo de prática profissional consiste no cotidiano do fazer saúde, no qual coexistem vários núcleos. Dentre estes, o núcleo profissional específico onde cada especialidade apresenta, através do uso de tecnologias leve-duras e duras, um recorte particular sobre o problema do usuário. Entretanto, ressalta-se que haverá sempre um núcleo maior, denominado de cuidado, o qual pertence a todos os trabalhadores da saúde, abarcando, desse modo, todos os núcleos específicos e envolvendo a utilização de tecnologias leves.

Nessa perspectiva, homoganeamente preparadas e analisadas pelo ALCESTE, nas diversas etapas de processamento do *corpus*, as classes podem sugerir diversas possibilidades em termos de representações ou campos de imagem sobre um determinado objeto, ou apenas aspectos de uma mesma representação social, dependendo, para isso, do seu conteúdo e sua relação com fatores ligados ao plano geral da pesquisa (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULTZ; CAMARGO, 1999).

Realizou-se leitura flutuante e repetitiva das classes geradas pelo ALCESTE e, após, categorizou-se as mesmas, seguida da interpretação, tornando familiar o desconhecido nas relações estabelecidas no contexto geral. Para Minayo (2008), a categorização consiste num processo de redução do texto a categorias compostas por palavras ou expressões significativas em função da estruturação do conteúdo de um discurso.

Nesse estudo, assume-se, intencionalmente, a formulação das categorias com o auxílio do ALCESTE, uma vez que tal recurso destaca, em cada classe, os termos ou trechos mais expressivos e representativos do significado da mesma. No entanto, salienta-se que os estudos representacionais não dependem, necessariamente, da utilização de tal recurso informacional na investigação do fenômeno.

Assim, o alcance das representações sociais e a formulação das categorias consistem em um exercício de interpretação por parte do pesquisador, exigindo do mesmo um domínio de conhecimento sobre os dados coletados através de uma leitura cuidadosa e exaustiva.

4.3 SISTEMA CATEGORIAL NA APREENSÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Apresentam-se e discutem-se as categorias a partir da coerência semântica e figurativa das classes originadas do ALCESTE baseando-se na construção teórico-conceitual das teorias implícitas (SPINK, 1999) que dão sustentação à rede de significados geradores do campo representacional do objeto de estudo, não necessariamente, a ordem dada pela análise léxica.

Seguiu-se uma sequência de constituição lógica do objeto de estudo como uma forma de guiar o leitor na construção, em sua mente, da imagem e do significado dos resultados. Dessa forma, iniciou-se a discussão dos dados com a categoria de mais fácil entendimento para finalizar-se com a categoria de maior nível de dificuldade de compreensão. Para tal, criou-se um sistema de correspondência nominal entre as classes obtidas pelo ALCESTE e as categorias elaboradas, conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Categoria 1 – ESF: relações e território	Classe 2
Categoria 2 – Formação e desenho do vínculo	Classe 1
Categoria 3 – Fragilidades nos processos de trabalho na ESF	Classe 4
Categoria 4 – Articulação ensino-serviço	Classe 5
Categoria 5 – Atenção à saúde e prevenção de doenças	Classe 3

Quadro 8: Correspondência entre o Sistema Categorial e as classes geradas pelo ALCESTE 2010 sobre os profissionais da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN).

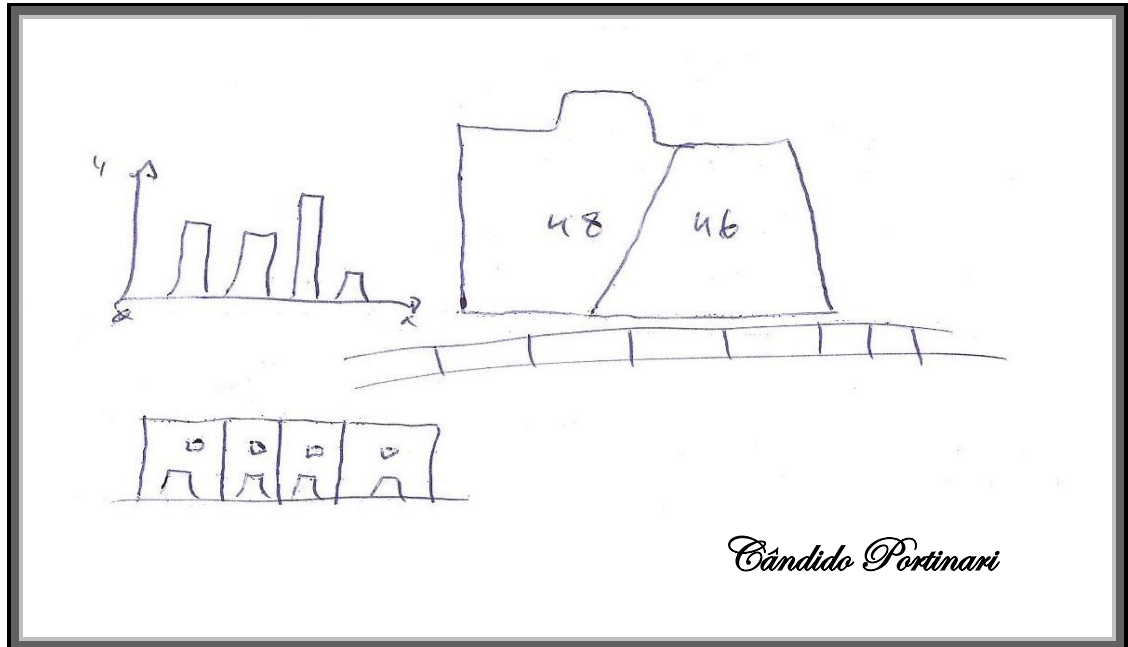
Esclarece-se a utilização, de forma conjunta e em separado, das falas derivadas das classes do ALCESTE, como também dos discursos *in natura* dos profissionais da ESF, preceptores do PET-Saúde de Natal (RN), na discussão de cada categoria, entendida como uma forma de valorizar a simbologia e significados diversos que os indivíduos trazem no modo de falar e interpretar o seu mundo cotidiano.

E ainda acrescenta-se, a cada categoria, uma imagem derivada das produções artísticas dos sujeitos participantes da pesquisa e algumas palavras-chave que mais a caracterizam, atribuídas pelos mesmos no momento de elaborar tais produções. Dito de outra maneira, as palavras-chave e os desenhos estão relacionados com a temática da categoria, facilitando, no leitor, o processo de objetivação e ancoragem de cada categoria proposta.

4.3.1 Em busca da apreensão das Representações Sociais a partir do território, vínculo, trabalho, ensino-serviço e fragilidades

Para a discussão de cada categoria, utilizaram-se três recursos, quais sejam, uma figura, algumas palavras-chave e trechos de falas *in natura* e derivadas das classes do ALCESTE provenientes dos sujeitos participantes da pesquisa. Salienta-se que a escolha desses recursos realizou-se por meio de suas proximidades com o campo representacional da própria categoria, adotando-se, para isso, o princípio da preparação do *corpus*, ou seja, a lógica interna das falas dos sujeitos e seu enquadre na produção gráfica e nas palavras-chave.

- ✚ **Categoria 1 - ESF: relações e território** = mudança no comportamento, responsabilização, territorialização, participação popular.



A categoria 1 retrata as teias de relações existentes no âmbito da ESF entre os profissionais, a comunidade e o seu território de atuação. A produção gráfica escolhida para esta categoria traz uma figura geométrica dividida ao meio, uma estrada, algumas residências e um gráfico em forma de cubos, com eixos de abscissa e ordenada. Depreendeu-se que os dados numéricos do gráfico dizem respeito à população, aos atendimentos, às metas que devem ou são atingidas, dentre outros. A figura geométrica remete ao território de abrangência da ESF. Enquanto que a estrada é um divisor de uma zona fronteira que sugere a cobertura da ESF e a interface com as demais áreas, indicando também zonas não aclaradas por essa estratégia.

Relembra-se que, conforme Moscovici (1978), as Representações Sociais foram criadas com a finalidade de tornar o desconhecido em algo familiar, apresentando duas faces indissociáveis, a face figurativa e a face simbólica. Dessa forma, a representação do campo representacional baseia-se na forma como um objeto é transformado numa imagem ou esquema figurativo, situando-o dentro de uma categoria que comporte esta dimensão de valor, tornando-o, assim, mais familiar. Tal fato permite o estabelecimento de uma relação na qual toda figura adquire um sentido e a todo sentido possa se atribuir uma figura.

A relação profissional-comunidade pode ser evidenciada no íntimo desse desenho, caracterizando-se pelo acolhimento, acompanhamento do processo saúde-doença das famílias

e dos indivíduos, conhecimento das condições sócio-econômicas e psicológicas dos mesmos e pelo estabelecimento de um círculo de confiança entre usuário-profissional, numa perspectiva da “relação muito sujeito-sujeito” com a “família hoje”, exemplificada nos depoimentos a seguir.

(...) é uma relação muito sujeito-sujeito, de mãos dadas com esse indivíduo, com essa família e com essa comunidade.(...) uma interação muito sujeito-sujeito quando o cliente ou nos vem à unidade que, às vezes, não é nem pra consulta é pra uma informação e quando ele fala de uma situação a gente já sabe toda a situação familiar dele, não do problema dele, mas a situação familiar, onde ele se encontra, como é a questão... o aspecto emocional dele. (Beatriz Milhazes)

A família hoje... as áreas, as regiões que tem Estratégia de Saúde da Família eu acho que as pessoas, os moradores tem mais condições de abrir a cabeça, né? Da gente envolvê-los na saúde, como hábitos, que saúde não é só você não tá sentindo uma dor. (...) porque antes... eu já trabalhei em unidade básica, comum, né? Onde saiam seis, dez fichas e a gente não tinha esse elo com as pessoas, a gente não conhecia, não conhecia o eu do paciente da gente e hoje é muito bom. (Djanira da Motta e Silva)

Conforme explicitado nas falas acima, essa relação “muito sujeito-sujeito” transcende o aspecto de uma simples relação estabelecida entre profissional e usuário, estando baseada numa nova forma do sujeito se relacionar com o objeto, ou seja, de maneira humanizada, contígua, integrada e consciente dos problemas deste. Moscovici (1969, p.9) afirma que “não existe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos”, mostrando que estes não devem ser vistos ou tratados como entidades distantes uma da outra, pois um influencia diretamente o modo de agir e pensar do outro.

Segundo Abric (2000), as representações sociais respondem a quatro funções essenciais, quais sejam, a função de saber, uma vez que elas permitem compreender e explicar a realidade; a função identitária, pois as representações definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos; a função de orientação, guiando os comportamentos e as práticas; e a função justificadora, justificando as tomadas de posição e os comportamentos.

Nota-se que estas funções enumeradas por Abric (2000) podem ser visualizadas também na relação “muito sujeito-sujeito” existente entre profissional de saúde e usuário no contexto da ESF, onde se pode destacar a importância da compreensão da realidade dos usuários para a prática profissional, gerando uma forma diferente de atuar diante dos problemas, tal como uma identidade, que orienta essa relação para o cuidado integrado e humanizado, permitindo, dessa maneira, a explicação e a justificativa das condutas em determinadas situações.

Concorda-se com Merhy (1998) ao afirmar que qualquer abordagem assistencial entre profissional de saúde e usuário produz-se através de um trabalho vivo, no qual coexistem diversos processos relacionais advindos do encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, gerando momentos de conversação, escuta, acolhimento, trocas, responsabilização em torno do problema que será enfrentado e, conseqüentemente, vínculo.

(...) é um vínculo, né? Do profissional com a família, né? Esse vínculo de respeito, de amizade, de troca. E é um vínculo que a gente guarda segredos da família, né? Informações que, às vezes, eles nem trocam entre si, trocam apenas com a gente, né? Então, foi isso que eu imaginei. Eu botei respeito porque, às vezes, a gente observa que as pessoas elas vem com uma ... é... aquele sentimento assim, que você percebe que ele tem você como uma pessoa que pode ajudar, né? Tem você como uma pessoa que eles podem confiar, que eles podem contar na hora que estão precisando de alguma coisa... (Marysia Portinari)

Para Leopardi (1999, p.176), o trabalho é “por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento, de complexidade crescente”. Todavia, observou-se uma nova reconfiguração da relação do trabalho, uma outra em transição, ou seja, a relação sujeito-sujeito na medida em que ambos, profissional e usuário, são afetados pelas práticas e saberes dos universos da ciência e do senso comum (MOSCOVICI, 1978).

Essa relação desenvolvida entre o profissional e a comunidade, a partir da relação sujeito-sujeito, inerente à ESF, permite aos protagonistas uma compreensão acerca das condições de vida, dos hábitos, das carências e dos problemas dos indivíduos que compõem aquela área adscrita em particular e a comunidade de maneira geral. A integração espaço-tempo dessa relação determina a forma de atuar desses profissionais, contrapondo-se aos modelos e serviços de saúde mais tradicionais que se estabelecem através de encontros pontuais.

Na relação “muito sujeito-sujeito” englobam-se diversos processos que perpassam o âmbito da saúde, através do contato permanente e duradouro com a vida cotidiana da maioria das famílias e dos indivíduos acompanhados no seu processo saúde-doença, com ênfase no paradigma da produção social em saúde e da vigilância em saúde.

Destarte, atuar nesse contexto, segundo Camelo e Angerami (2008), não é uma tarefa fácil, pois necessita de preparação física, mental e emocional para um trabalho em saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania. Ressalta-se que a realidade sanitária encontrada pela maioria dos profissionais desse estudo apresenta problemas cada vez mais complexos, que exigem dos mesmos um certo controle emocional e afetivo diante de situações de pobreza, miséria, violência, abandono, dentre outras iniquidades.

Mesmo diante de tantas adversidades, são notórios os avanços na saúde das famílias provenientes da implantação da ESF, com destaque para a melhoria nos índices de mortalidade infantil, da cobertura vacinal em crianças e idosos, da educação e conscientização da comunidade acerca de questões ambientais, de higiene, da prevenção de doenças e agravos, entre vários outros progressos.

(...) a mudança de comportamento é... dessa população quando a gente começa, né? Através dos trabalhos educativos, da própria conversa com o paciente, de fazer com que essa população comece a ver os seus direitos, as suas obrigações, a sua co-responsabilidade, ele ter esse conhecimento que vai interferir na sua mudança de comportamento seja em relação ao problema de saúde que ele tem, seja a questão ambiental, né? (Georgina Albuquerque)

(...) em municípios onde funciona bem, a população está muito melhor, tanto que os parâmetros dos indicadores se apresentam muito melhores quando a Estratégia de Saúde da Família funciona plenamente. Então, ela, pra mim, representa muito e é um grande avanço na questão básica desse país. (Victor Meirelles)

Analogamente, tais mudanças também foram comprovadas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) ao referendar a queda nas taxas de fecundidade, de mortalidade infantil e do número de fumantes, melhoria na qualidade de vida dos idosos, aumento no número de brasileiros que buscam atendimento em saúde bucal, redução do câncer de colo de útero, índices esses decorrentes da implantação e do trabalho desenvolvido pelos profissionais da ESF, mostrando a eficácia dessa estratégia na resolução dos problemas de saúde e na prevenção de doenças (IBGE, 2009).

No entanto, com tantos avanços, ainda é perceptível a falta de participação popular no controle social dos serviços de saúde. Participação, esta, garantida na Constituição Federal de 1988, por meio da Lei nº 8.142, lentamente incorporada no cotidiano dos usuários, transferindo, a mais das vezes, a responsabilidade para os profissionais da ESF.

Então, a população, infelizmente, ainda está muito alheia e assim pouco engajada na solução dos seus problemas, na discussão desses mecanismos de melhora. Então assim, é um dos pontos fracos. (Abigail de Andrade)

(...) eu acho também com a Estratégia de Saúde da Família as pessoas começaram a colocar tudo muito na Estratégia de Saúde da Família. (Georgina Albuquerque)

(...) eu percebo que a comunidade, hoje, é como se tivesse transferido algumas responsabilidades dela pra equipe de saúde da família. (Yara Tupinambá)

Como uma das alternativas ao profissional da equipe de saúde da família na resolução dessa problemática, explicita-se a tentativa de mobilizar os usuários quanto à necessidade de níveis cada vez maiores de co-responsabilização, conscientização das políticas de saúde e autonomia para que ele desempenhe o controle social, importante ferramenta de regulação das ações do SUS na busca por uma atenção à saúde com qualidade (LAGANÁ, 2009).

Crevelim e Peduzzi (2005) ressaltam que dentre os modos de manifestação do controle social exercido pelo cidadão, usuário dos serviços de saúde, despontam as Conferências e os Conselhos de Saúde em suas várias modalidades de organização, municipais, estaduais e nacional.

Salienta-se que esse relacionamento profissional-comunidade, que se preferiu chamar de relação sujeito-sujeito, é garantia do processo de territorialização, na medida em que permite ao profissional a responsabilização, o vínculo e a contratualidade com uma população de um determinado território, exigindo que o mesmo desenvolva atividades contínuas, planejadas e direcionadas aos problemas daquela comunidade a partir de indicadores e determinantes, gerando um *corpus* de conhecimentos, práticas e saberes sobre a área, além de redefinir novos perfis e novas estratégias para aqueles do lugar e outros do não-lugar.

A Estratégia de Saúde da Família, que antes se chamava de PSF, porque era programa, veio, exatamente, para mudar o modelo de atenção básica da população brasileira, ou seja, colocando profissionais com a carga horária plena de quarenta horas, atendendo sempre uma população do mesmo território, né? (Victor Meirelles)

(...) a gente continua, tem esse contato oito anos no mesmo ambiente, né? Na mesma unidade, a mesma área de abrangência, você muda completamente a sua relação com o usuário, né? (...) territorialização naquele sentido do território vivo, né? De mutação, não é constante. Então o território que a gente analisou no início muda ao longo do tempo. (Cândido Portinari)

Muitas vezes, o caso exige que você tenha essas informações, mas na maioria das vezes o paciente é do interior, é de outro bairro, e você atende ele e, muitas vezes, você não tem como ter o acompanhamento, né? O retorno daquela terapêutica que você fez, daquela orientação que você deu, porque na Estratégia não, como você trabalha em equipe, nós contamos com os agentes comunitários de saúde e eles fazem esse retorno pra gente, né? Muitas vezes, você tem como saber se o tratamento que você instituiu surtiu um bom resultado, porque o agente de saúde sabe onde aquela pessoa mora ou mesmo você pode ir lá e visitar aquela família. (Tarcila do Amaral)

Depreendeu-se, através desses depoimentos, a importância que o território ímpar possui no desenvolvimento das práticas profissionais na ESF, permitindo aos trabalhadores de saúde um acompanhamento das famílias residentes naquela determinada área. Nesta reorganização das práticas em saúde na atenção primária, destaca-se a figura do ACS que, conforme Cunha (2005), determina, em diversos momentos, as intervenções da equipe ao possibilitar um contato permanente do serviço de saúde com a clientela, representando, assim, o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família.

Todavia, ressalta-se ainda a existência de áreas que não estão totalmente cobertas pela ESF, ocasionando os chamados “fora de área” que geram um ônus e uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, conforme identificado nos depoimentos abaixo:

Tem grandes bolsões, que a gente chama de fora de área, e que isso também termina prejudicando essa coisa de você tá com esse olhar mais focado em determinada população, você tem que dar assistência a outras pessoas, não é? E aí vai se dividir mais ainda a mão-de-obra que já tá sendo pouca pra sua área de competência, que você dilui essa força, vamos dizer típica, pra atender outra população. (Abigail de Andrade)

De uma região que tá coberta pela estratégia e a região que tá descoberta pela Estratégia de Saúde da Família, a gente vivenciou muito esse problema no início, porque começou num local que não tinha PSF e ficava a área descoberta querendo atendimento na unidade, né? Então a gente teve muito conflito, então a área seria uma área adscrita e a área descoberta próxima a ela. (Cândido Protinari)

Porque aqui no bairro de Nazaré era pra ter, eu acho, que de quatro a cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família. Tem uma. Isso quer dizer que a gente é sobrecarregado, né? A gente tem três áreas, mas só que essas três áreas abrangem..., comparando com a área descoberta ao redor, é mínima, tá entendendo? Tem muitas áreas descobertas. (Djanira da Motta e Silva)

A gente tem área descoberta e as pessoas não entendem “por que eu moro em frente a fulana, fulana tem um médico aqui, tem uma equipe de PSF cuidando deles e por que da minha casa não tem ninguém olhando?” Eles moram um de frente pro outro, mas o que mora do lado de cá é área descoberta, né? E essas pessoas, elas estão realmente sem ter pra onde ir. Não tem de chegar assim “não, vou pra tal unidade”, nem o distrito sabe pra onde mandar. (Marysia Portinari)

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma forma de atuar numa delimitação espacial previamente determinada, denominada de território. Segundo Mendes (1993), o território não deve ser considerado apenas em sua dimensão político-operativa do sistema de saúde, possuindo além de uma extensão geométrica, um perfil sócio-demográfico, administrativo, político, tecnológico, epidemiológico e cultural, que o caracteriza como um território em permanente movimento de construção, desconstrução e re-construção.

Nesse contexto, a territorialização em saúde constitui-se em uma metodologia capaz de promover transformações no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, a partir da compreensão, por parte dos profissionais da ESF, da dinâmica espacial dos territórios e de sua população, permitindo a formulação de uma lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (MOKEN; BARCELLOS, 2005).

Destarte, a relação entre profissional e comunidade, permeada pelas especificidades dos territórios vivos, ou seja, em processo de constante mutação, gera entre esses componentes o vínculo, um sentimento que une, consolida e fortifica tal relação, sendo indispensável para o avanço da ESF.

- ✚ **Categoria 2: Formação e desenho do vínculo** = união, vínculo maior com o usuário/família



A categoria 2 explicita o estabelecimento de vínculo entre o profissional da ESF com o indivíduo-família-comunidade. A imagem selecionada para esta categoria remonta a compreensão da relação “muito sujeito-sujeito”, o espaço de atuação profissional na perspectiva territorial com a inclusão do contexto local, seus modos e estilos de vida e a ampliação do eu com o outro para o sujeito-sujeito com a família e a comunidade. Deste modo, estabelece-se o vínculo, construído na tessitura das redes de informações existentes no território onde os sujeitos ancoram e objetivam, de forma simultânea, o processo saúde-doença.

Ancoragem é o processo no qual ocorre a duplicação de uma figura por um sentido, encontrando-se, com isso, um lugar para adequar o não-familiar, ou seja, consiste na inserção do objeto representado a um marco de pensamento social conhecido, tanto por semelhança como por contraste (MIRANDA, 2002; SÁ, 1996; JODELET, 1984). Consoante Oliveira e Werba (1998), este processo é necessário em nossa vida cotidiana, pois auxilia no enfrentamento das dificuldades de conceituação ou de compreensão de determinados fenômenos.

A objetivação, para Moscovici (1978), tem a finalidade de duplicar um sentido por uma figura, fazendo com que a imagem deixe de ser signo (objeto abstrato) e torne-se cópia da realidade (objeto concreto e visível). Ele afirma ainda que um dos processos mais complexos no campo do pensamento e linguagem humanos consiste na materialização de uma abstração através da seleção e da descontextualização que, segundo Miranda (2002), compõe a primeira fase da objetivação, seguida da naturalização do conceito, conferindo concretude ao que antes era considerado abstrato.

Entende-se o conceito de vínculo como polissêmico, que perpassa áreas diversas das ciências sociais e da saúde com caráter e abordagens variadas tais como: dimensão, estratégia, diretriz, objetivo, tecnologia e relação (GOMES; SÁ, 2009). No campo da saúde pública, o mesmo apresenta uma conexão com os conceitos de humanização, responsabilização, acolhimento e integralidade, visto que o estabelecimento das bases dessa relação vincular prescinde da confiança, do respeito, da atenção e de um olhar diferenciado dos profissionais para com os usuários e vice-versa.

Em todos os discursos analisados das três categorias profissionais essa questão do vínculo com a comunidade emergiu como um dos pontos mais fortes da ESF. Coincidentemente, a maioria destes relatos foi proveniente do questionamento no instrumento de pesquisa: Quais são os pontos fortes e as fragilidades que você observa na ESF?

Os pontos fortes eu acho é o vínculo, né? É ele saber que vem no posto e tem alguém que ele vai se dirigir, ele não vai ficar... tem alguém... a enfermeira que cuida da sua área, quem é o médico que cuida da sua área, né? (Marysia Portinari)

Os pontos fortes que eu acho assim primordial é essa visão, esse vínculo, essa visão do todo, do indivíduo-família-comunidade. E a gente não consegue ver isso isolado, não consegue atuar isoladamente, nem que a gente queira, não consegue porque ele é tão forte, é tão concreto, que não consegue. (Beatriz Milhazes)

(...) o vínculo é coisa forte, eu acho que esse vínculo beneficia muito a população, tem uma resposta maior, o compromisso é maior. (Zina Aita)

E assim, a gente atende o paciente e ele não vai desaparecer. Você pode visitá-lo, você tem aquele acompanhamento do paciente, da família. Às vezes, ele chega na cadeira e a gente sabe, eu no caso já sei até... "por que você tá assim hoje?" Porque a gente vai criando um vínculo, eu acho isso muito importante. Porque é muito ruim... hoje mesmo se eu for a um médico ou qualquer profissional e se ele não me olhar como gente, eu já não... (Djanira da Motta e Silva)

O vínculo constitui-se num elo forte entre profissional e comunidade, garantindo a esta certa segurança no que concerne ao atendimento de suas necessidades, ou seja, o indivíduo, pertencente àquela área de cobertura da ESF, acredita e confia que ao chegar na unidade de saúde receberá atenção de algum dos profissionais responsáveis por sua área.

A formação e o desenho do vínculo estão diretamente interligados com a relação profissional-comunidade na perspectiva do sujeito-sujeito, descrita na categoria 1. Ilustra-se tal fato nos relatos abaixo, onde o vínculo é a principal ferramenta que o profissional utiliza para obter o conhecimento acerca das subjetividades, individualidades e condições de vida das famílias:

Acho que o ponto forte principal é a questão do vínculo, né? E a gente tá no domicílio, né? Então você conhecer o paciente, conhecer a sua família, conhecer aonde mora, então você consegue saber o que é que se passa, porque as coisas não tão andando, porque as questões de saúde como é que você pode intervir na situação de saúde se você sabe como é que aquele paciente vive. (Yara Tupinambá)

A questão da proximidade, do vínculo, da confiança que você termina conquistando, né? E o conhecimento que você tem da família, de onde aquele paciente tá inserido, né? Em que contexto. (Tarcila do Amaral)

As minhas competências principais são estabelecer vínculos e a partir desses vínculos melhorar a condição de saúde e a vida do paciente e das famílias em si, das quais eu sou responsável, né? (Zina Aita)

O estudo de Gomes e Sá (2009) sobre as concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose realizado com profissionais das ESF do município de Bayeux (PB), constatou uma associação do conceito de vínculo aos sentimentos de confiança, afinidade e responsabilidade. Esse fato também pode ser observado na fala de Tarcila do Amaral, que retrata uma proximidade com o usuário através do vínculo que possui com o mesmo. Ressalta-se, porém, que em situações onde há rotatividade dos profissionais na ESF, decorrentes principalmente dos contratos precários de trabalho, não há como estabelecer vínculo com o usuário-família-comunidade, pois, para tal, faz-se no mínimo indispensável a convivência por período de tempo considerável entre os mesmos.

Campos (2003) analisa o vínculo como um recurso terapêutico, inserido num novo modo de fazer saúde através da superação do modelo biologicista para um olhar mais humanizado e responsável sobre o indivíduo, família e comunidade, podendo ser ilustrado na fala da seguinte profissional:

(...) essa história da medicina e no caso também da questão da enfermagem, praticar uma atividade especializada, mas que seja mais focada pra quebra de preconceitos do ponto de vista de hierarquia, que o médico esteja sempre mais próximo do paciente, que o paciente possa sentir, realmente, que o médico está tentando implantar esse vínculo com ele. (Zina Aita)

Nesse relato, percebe-se uma mudança no pensamento dos profissionais da ESF, em especial dos médicos, acerca da importância de estabelecer vínculos com o indivíduo, através de um olhar mais humanizado e próximo dos problemas e do cotidiano daquele usuário ou daquela família, valorizando não apenas o aspecto da doença e de sua terapêutica, mas também o contexto que a gerou, ou seja, a determinação social da doença.

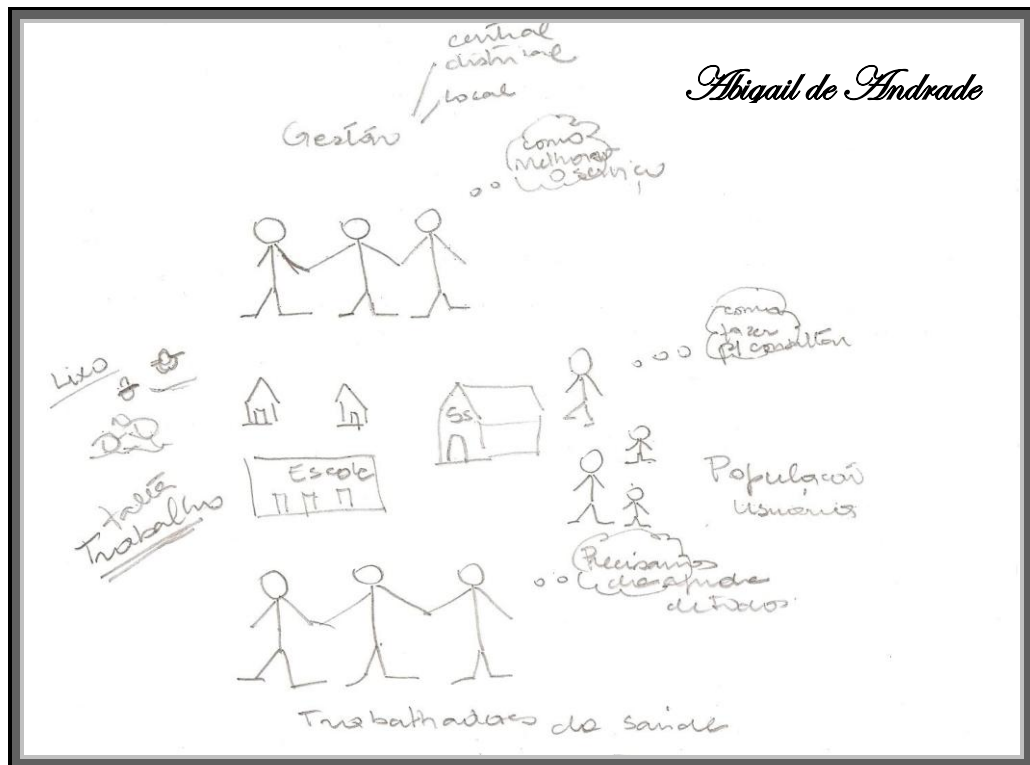
No entanto, Campos (2003) ressalta que para o estabelecimento de um vínculo positivo e inteligente faz-se necessário que a comunidade confie na equipe de saúde, assim como a equipe deve acreditar que, apoiados, os usuários serão co-partícipes na superação das suas condições adversas. Caso contrário, haverá um padrão paternalista de vínculo, no qual o emocional pode interferir na relação profissional-usuário, gerando uma relação negativa de dependência.

Você estar próximo, você realmente se vincular ao paciente, mas um vínculo é... um vínculo inteligente que não haja interferência no âmbito emocional pra que você possa interferir, mas fazer também com que o paciente tenha uma possibilidade, uma resposta do ponto de vista de responsabilidade diante do problema de saúde dele.(Di Cavalcante)

Para Franco e Merhy (2007), o vínculo tem sido utilizado como uma maneira de organizar o relacionamento entre equipes de saúde e sua população usuária, fazendo-se indispensável, para isso, o estabelecimento de laços interpessoais fortes e inteligentes que reflitam a cooperação mútua entre profissionais e usuários. Segundo Moken e Barcellos (2005), o desenvolvimento de vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde perpassa também pelo reconhecimento do território de atuação, o qual está sempre em transformação, permitindo a caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Ressalta-se, porém, que apesar dos inúmeros pontos fortes existentes na ESF, anteriormente discutidos, a mesma também enfrenta grandes desafios e dificuldades que a fragiliza e, algumas vezes, deteriorizam as relações existentes em seu âmbito.

- ✚ **Categoria 3: Fragilidades nos processos de trabalho na ESF = trabalho em equipe, sobrecarga, comprometimento da gestão**



A categoria 3 refere-se às fragilidades existentes nos processos de trabalho dos profissionais da ESF. A produção gráfica escolhida para descrevê-la retrata os três atores envolvidos no processo saúde-doença, isto é, os gestores, a população usuária e os trabalhadores da saúde. Depreendeu-se que, no âmbito da gestão, seja ela central, distrital ou local, os gestores devem comprometer-se com o trabalho na perspectiva da integralidade das ações e da melhoria nos serviços de saúde ofertados à população, a qual enfrenta diversos problemas tais como a falta de emprego, de educação, de boas condições de vida, afetando diretamente a saúde desses indivíduos e impedindo, sobremaneira, as tentativas dos profissionais de saúde em solucionar, sozinhos, tal problemática.

Miranda (2002) afirma que a atuação profissional constitui-se numa função prática e, como tal, encerra teorias implícitas. Para Spink (1999), as representações sociais, enquanto formas de conhecimento prático que orientam as ações cotidianas, devem ser compreendidas a partir de sua funcionalidade nas interações sociais e do contexto que as produzem. Esse contexto social caracteriza-se não somente pelo espaço e relações sociais, mas também pelos diferentes tempos históricos que atravessam a concepção desses significados. Nesta perspectiva temporal, destaca-se a existência de três tempos: o tempo curto, focalizado na funcionalidade das representações; o tempo vivido, que contém o processo de socialização

dos indivíduos em função da pertença a determinados grupos sociais, denominado de território do *habitus* (BOURDIEU, 1983 *apud* SPINK, 1999); e o tempo longo, onde está o imaginário social com os conteúdos culturais acumulados pela sociedade.

Deste modo, quanto maior a ênfase, na análise, sobre o tempo longo, ou seja, sobre os conteúdos do imaginário social, maior será a aproximação com os núcleos estáveis das representações. Ao passo que, quanto maior a fixação no aqui-e-agora da interação, maior o encontro com a criação e a diversidade (SPINK, 1999).

Em meio aos inúmeros obstáculos enfrentados, no aqui-e-agora, pelos trabalhadores de saúde enumeraram-se a falta de apoio da gestão, as fragilidades na organização do sistema de referência e contra-referência, a deficiência de recursos materiais, financeiros e humanos, as dificuldades do trabalho em equipe, assim como a precarização do trabalho e das unidades de saúde, ocasionando sentimentos de sobrecarga, incerteza, impotência e insatisfação.

A falta de apoio da gestão é referida como um entrave para o desenvolvimento do trabalho na ESF, implicando numa diminuição na resolutividade dessa estratégia. Isso pode ser evidenciado nas falas a seguir:

As fragilidades... as fragilidades são as condições de trabalho, falta de supervisão técnica por parte da Secretaria Municipal de Saúde, aqui em Natal especificamente... (Victor Meirelles)

A instituição tem que supervisionar, estar próximo, saber quais os pontos de estrangulamento que tá tendo no serviço, se mostrar bem parceira do trabalhador que tá no nível local. (Abigail de Andrade)

Mas que a gente precisa, né? Da ajuda, porque a gente não tem resolutividade pra tudo, né? Na questão da intersectorialidade e do apoio que a secretaria precisa dar a essa equipe, né? (Georgina Albuquerque)

O trabalho na área de saúde demanda, por parte da gestão, uma coordenação, uma avaliação externa e uma supervisão, a fim de nortear as práticas dos profissionais acerca do rumo de suas atividades, requerendo, com isso, a integração dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade para o desenvolvimento de ações conjuntas e eficazes. Este último componente do tripé ainda se constitui num desafio, uma vez que os processos de trabalho foram criados e pensados para e sobre ela como co-participante, com vistas ao controle social.

De acordo com Junqueira et al. (2010), faz-se necessário padronizar os modos de gerenciamento, permitindo a participação ativa dos profissionais da saúde e da sociedade, não os deixando à mercê de interesses políticos ou pessoais. Sendo assim, os gestores municipais tem por função regulamentar, subsidiar e cobrar empenho e dedicação dos profissionais de saúde para que, dessa maneira, exista uma maior integração entre as necessidades da comunidade e as competências profissionais.

Segundo Mello (2000), a competência provem da capacidade do profissional em mobilizar conhecimentos e esquemas para o enfrentamento de uma determinada situação, com o desenvolvimento de respostas criativas, inéditas e eficazes para problemas.

As enfermeiras do estudo consideraram, de maneira geral, que suas competências na ESF estão relacionadas ao atendimento das famílias por meio dos programas ministeriais; à realização da visita domiciliária, das investigações epidemiológicas e da consulta de enfermagem; assim como à coordenação e à supervisão dos setores da USF, como também da equipe de enfermagem e dos ACS, além do treinamento e capacitação desses profissionais, conforme exemplificado na fala de Marysia Portinari:

Minha competência como enfermeira na equipe de saúde da família, dentre o atendimento às famílias, né? Dentro da visita domiciliar, dentro da consulta de enfermagem, na consulta ao puerpério, ao pré-natal, ao CD e a gente ainda tem, né? As atividades de responder por sala de vacinas, sala de curativo, sala de preparo, sala de esterilização, a gente responde pelo teste do pezinho, responde por todas as campanhas de vacina, nós respondemos por quase todos os mapas, né? Mapa de tuberculose, mapa de hanseníase, somos nós que fazemos as investigações epidemiológicas das doenças de notificação, somos nós, né? A gente é responsável por coordenar, orientar e supervisionar o trabalho do agente comunitário de saúde e também da equipe de enfermagem, os técnicos e auxiliares é o enfermeiro que responde por essa equipe também. (Marysia Portinari)

De acordo com Brasil (2006), compete ao enfermeiro prestar assistência integral ao indivíduo e família através da realização de visita domiciliária, consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou Distrito Federal, além do planejamento, gerenciamento, coordenação, avaliação e supervisão das ações desenvolvidas pelos ACS e equipe de enfermagem.

Marysia Portinari acrescenta também, como competência do enfermeiro da ESF, a administração e responsabilização pelas campanhas e sala de vacinação, sala de curativo, sala de esterilização, preenchimento dos mapas mensais de doenças, tais como tuberculose, dengue, hanseníase e também a realização das investigações epidemiológicas das doenças de notificação compulsória. Com isso, percebe-se a sobrecarga de trabalho presente nas atividades do enfermeiro.

Os médicos destacaram como suas competências no âmbito da ESF a questão do atendimento à população em seus diversos ciclos de vida por meio de consulta médica, diagnóstico de doenças, solicitação de exames e realização de atividades educativas em saúde e de visitas domiciliárias, simplificado no relato de Tarcila do Amaral:

A parte mesmo do atendimento médico, né? Da parte de consulta médica que você vai tentar esclarecer, fazer um diagnóstico, né? Vai solicitar os exames que podem confirmar ou não aquela sua hipótese diagnóstica, no tratamento, no

acompanhamento, né? Na melhoria da saúde do paciente como um todo, com orientações, né? Da parte nutricional, da parte de atividade física, mudança do hábito de vida, estilo de vida, da parte educativa que você pode trabalhar com grupos, né? (...) E... a gente também divide por ciclos de vida, acompanha tanto no pré-natal, acompanha a criança, a mulher na parte de saúde reprodutiva, planejamento familiar, o adulto, né? E agora o Ministério tá tentando trazer o homem mais pra se cuidar, que o homem, geralmente, esquece, né? De se cuidar. E o idoso que a gente também, muitas vezes, precisa fazer uma visita domiciliar porque o paciente é idoso, é acamado ou é deficiente e não tem condições de vir à unidade, e a gente procura fazer isso de forma a tá sempre acompanhando, né?(Tarcila do Amaral)

Ressalta-se que os médicos da ESF devem estar preparados para prestar assistência integral, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, devendo realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhar, se necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais, ou indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário (BRASIL, 2006).

A fala de Tarcila do Amaral corrobora com as normas do Ministério da Saúde sobre as competências dos médicos da ESF, indicando uma mudança de práticas nestes profissionais, que agora não visualizam apenas a doença, mas também o contexto em que ela ocorre e a possibilidade de preveni-la através de orientações educacionais.

Os odontólogos enumeraram como suas competências na ESF a atenção à saúde bucal e à saúde do indivíduo como um todo, não se prendendo somente às particularidades da Odontologia, conforme ilustrado abaixo:

Eu sou dentista, eu tenho a competência com saúde bucal, específica, mas eu tenho a competência com a saúde de maneira geral. Como, por exemplo, se eu visito um paciente eu não posso ver apenas saúde bucal, eu tenho que ver o paciente como um todo, a residência do paciente, as coisas assim, por exemplo, agora na campanha da dengue eu não posso olhar e chegar pra uma residência e ver só saúde bucal, eu tenho que tá na entrada olhando se eu vejo um pneu com água, um recipiente. Então, eu tenho que ver a saúde de uma maneira geral. (Constância Nery).

Então, dentista é a recuperação da saúde, a promoção, eu acho que a gente não pode ficar aqui dentro, não deve até porque o eixo da Estratégia de Saúde da Família não é, não é... objetivo, né? Da Estratégia de Saúde da Família. Eu, geralmente, a gente trabalha um horário no consultório e outro fora. (Djanira da Motta e Silva)

Consoante Brasil (2006), o odontólogo da ESF deve realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; desenvolver os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; encaminhar e orientar os

usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento e segmento do tratamento do mesmo; e coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Os depoimentos de Constância Nery e Djanira da Motta e Silva indicam que as competências do odontólogo ultrapassam as determinações elaboradas pelo Ministério da Saúde, cabendo a esse profissional, além das especificidades da Odontologia, a compreensão do indivíduo de maneira holística, inserido num determinado contexto.

Para Almeida e Mishima (2001), o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não consegue apreender a complexidade do atendimento às necessidades de saúde, sendo fundamental a flexibilidade nos limites dessas competências a fim de ocasionar uma ação integral, mas sempre com o cuidado de não o ultrapassar.

Então, tem as competências específicas da profissão e tem as mais gerais, né? Com o cuidado de não entrar na especificidade de cada profissão, né? De cada profissional. Não vai fazer o que o enfermeiro faz, nem o médico, né? Mas a parte comum, a parte geral a gente consegue em conjunto fazer com esse trabalho consiga fluir. (Cândido Portinari)

O desenho operacional da rede de serviços de saúde, formulado para facilitar o trânsito de saberes e práticas dos usuários, muitas vezes acaba sendo um empecilho ao atendimento:

(...) a questão do encaminhamento que você encaminha o paciente pra o nível secundário nas especialidades, que você encontra dificuldades do paciente ter aquela consulta agendada pra um especialista, muitas vezes uma coisa que realmente se faz necessário, com uma certa urgência, você vê que o paciente vai esperar e, muitas vezes, você fica com dificuldade de encaminhar, né? E faltam especialistas, né? Além daqueles que são mais procurados como o cardiologista, como o oftalmologista, faltam os profissionais na seção da cirurgia vascular, na questão da proctologia. Então, é como se fosse uma coisa segmentada, né? Uma coisa que não flui, que fica é... estagnado. Você quer fazer uma coisa, você quer o acompanhamento do especialista e isso a gente tem que esperar meses, três, quatro, às vezes, até mais de seis meses esperando, sem falar na dificuldade dos exames mais específicos, né? Que também são difíceis pra eles conseguirem. Paciente que, às vezes, tem que pagar pra conseguir fazer o exame. (Tarcila do Amaral)

As fragilidades no sistema de referência e contra-referência incidem negativamente sobre os princípios da integralidade e a continuidade da assistência (BRASIL, 2009b), gerando, nos usuários do SUS, um sentimento de revolta por terem de esperar tanto tempo para realizar um exame ou um determinado procedimento.

Além dos problemas no sistema de referência e contra-referência, coexistem a falta de recursos materiais, humanos e financeiros, além da precarização no trabalho e o sucateamento na infra-estrutura das unidades de saúde, como destacado nos relatos abaixo relacionados:

*Porque assim, primeira coisa eu acho que seria apoiar, né? Assim, suprir as unidades básicas, tá? Suprir com todos, todos os recursos porque assim na unidade de saúde falta desde a luva até o profissional de saúde. Então assim, na nossa unidade **falta o básico do básico**. (...) E eu acho que a estrutura, se for pensar né?*

*(risos) É eu acho que também assim ter quatro equipes dentro de uma unidade de saúde também, uma unidade não tem espaço físico pra gente fazer uma atividade educativa, né? Tem que tá pedindo os consultórios. Que dá pra sentir o barulho, você não consegue fazer um grupo de espera. Muitas vezes você não consegue nem atender no consultório devido o barulho no corredor. Então, **a estrutura péssima, sucateada mesmo**, sem ventilação nas salas, a gente não tem uma salinha de espera, um local pra reunião. (Yara Tupinambá)*

*E o ponto fraco são as **equipes incompletas**, a demanda é muito grande. O ponto mais fraco é esse. Não tá ainda organizado completamente. (Zina Aita)*

*A gente ainda trabalha muito na idade da pedra, entendeu? Então, tem que modernizar, **tem que ter investimento**, né? As pessoas tem que ter acesso, não só a consulta, mas também tem que ter acesso a medicação, que só olhar pra cara do profissional não é só o que resolve, às vezes dizem “ah! Mas a pessoa, às vezes, vem só pra escutar uma palavra”. Tá certo, a palavra eles vão ter, mas, às vezes, não é só a palavra, né? (Marysia Portinari)*

*E os pontos fracos é a questão da falta de materiais, né? De insumos, não só materiais, não só de insumos, mas também recursos humanos. Então a questão da falta de medicamentos, **a precariedade das condições de trabalho**, a falta de equipamentos nas unidades de saúde, a falta de insumos mesmo, de material pra trabalho em campo junto com os pacientes, porque, às vezes, você quer promover um trabalho em campo e você não tem como... (Di Cavalcante)*

*O profissional tivesse as condições também de trabalhar, né? Trabalhar... por exemplo, **aqui na unidade a gente tá interditado**, essa sala, porque caiu o teto aqui de lado na esterilização e esse teto aqui tá caindo. Aí a Vigilância Sanitária veio, olhou, que aqui também ia cair, aí interditou. A gente tá com quase um mês ou mais sem luva cirúrgica, né? É... existe pressão pra gente, pra gente funcionário, pra atender. A população não entende, não entende, a gente explica, mas aí vem o gestor, né? Mais imediato, já faz uma certa pressão, por exemplo, consegue uma caixa de luva. Tá aí, chegou uma caixa de luva, é pra unidade toda. Uma caixa de luva de procedimento. Primeiro que procedimento você não vai fazer cirurgia de exodontia, não deve, né? Porque a proteção... nem pra o profissional, nem pra o paciente, né? E isso eu acho que falta, que falta muito a conscientização dos gestores. (Djanira da Motta e Silva)*

As inúmeras adversidades enfrentadas, quase que diariamente, pelos profissionais da ESF vão desde a falta de infra-estrutura da unidade de saúde, com algumas interditadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), à ausência de material para a limpeza da unidade e até mesmo aquele necessário para o desenvolvimento da prática profissional tais como: luvas, medicamentos, exames, entre outros. Diversos estudos, como Souza e Roncalli (2007), Cotta et al. (2006), Ermel e Fracolli (2006), também apontaram estas dificuldades encontradas pelos profissionais da ESF no desenvolvimento de seus processos de trabalho.

Com isso, observou-se que os usuários, na medida em que não encontram uma solução para os seus problemas na USF, migram para outras esferas de maior complexidade a fim de requerê-lo, ocasionando a lotação nos hospitais em busca do atendimento que deveria ser prestado pela atenção básica.

Os obstáculos enumerados acima trazem graves conseqüências ao processo de trabalho dos profissionais da ESF ocasionando, nos mesmos, uma sobrecarga que interfere

diretamente na qualidade do atendimento prestado à comunidade e, portanto, o descumprimento aos princípios doutrinários e operacionais do SUS, conforme exemplificado a seguir:

Falta agente de saúde, falta médico. Então assim, técnico de enfermagem. Então isso é... falta as pessoas de apoio que também isso aí traz uma sobrecarga muito grande pra quem tá no serviço, quem tá atuando. A sobrecarga que eu coloquei porque o profissional que tá mais engajado, né? Que depende mais, briga mais pela questão médica da ESF, a sobrecarga termina ficando toda nele, então, ele termina quase que levando a equipe toda nas costas. (Yara Tupinambá)

Infelizmente, a gente aqui tá passando por dificuldades na questão do cumprimento da unidade, e a gente também tem dificuldades com recursos humanos, com equipes incompletas, os profissionais se sobrecarregam por ter outras equipes que precisam desses profissionais. (Abigail de Andrade)

Nas USFs analisadas, a sobrecarga dos profissionais, preceptores do PET-Saúde, da ESF no município de Natal (RN) frente à grande demanda de usuários e às equipes incompletas gerou sentimentos de insatisfação, impotência e desmotivação por uma parte dos profissionais de saúde, os quais evidenciaram não suportar mais tal pressão. Para Camelo e Angerami (2008), o profissional de saúde da ESF é o elemento-chave para a concretização da mesma, sendo fundamental que o mesmo sinta-se satisfeito, motivado, feliz e capacitado com seu trabalho, proporcionando, desta forma, melhor desenvolvimento profissional.

Ao mesmo tempo, ressalta-se que a formação dos profissionais da ESF instrumentalizados, muitas vezes, para o modelo biologicista, fragmentado e individualista dificulta a absorção da lógica paradigmática da promoção à saúde com prejuízos na integração com a comunidade e com os demais profissionais, ilustrado nos depoimentos a seguir:

(...) porque tem pessoas que não mudam sua prática, estão na estratégia, mas querem fazer tudo que faziam antes, né? Contra o princípio da estratégia. (Cândido Portinari)

(...) a questão da educação mesmo dos profissionais, né? Aquela questão da gente ainda tá mais ligado pra questão curativa. Então assim, a formação dos profissionais que não estimula muito a questão da promoção e prevenção da saúde, mais ligado a questão ainda, né? Curativa. E assim, alguns profissionais, eu percebo hoje ainda, muitos profissionais aqui ainda no serviço. Então assim, hoje pra gente é uma questão muito difícil, a questão do técnico de enfermagem tá mais disponível pras questões educativas. O médico também a gente ainda sente isso com dificuldade. (Yara Tupinambá)

Em tese, todos os profissionais que atuam na atenção básica, deveriam estar aptos para compreender e atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, por meio da análise dos saberes utilizados na definição dos cuidados dos indivíduos e famílias. Particularmente na Enfermagem, a pesquisa de Costa (2007) mostrou um avanço nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que determinavam a formação de um enfermeiro com perfil generalista capaz de conhecer e intervir, de forma humanizada, ética e comprometida, sobre aquele

processo. Entretanto, Gil (2005) afirma que ainda persevera, tanto na Enfermagem como nas demais áreas da saúde, uma limitação do cuidado a práticas pontuais e curativas, inerentes do modelo flexneriano.

Concorda-se que a formação dos profissionais de saúde interfere diretamente no desenvolvimento do trabalho em equipe, tornando-se necessária, para a realização dos processos de trabalho, uma integração entre os mesmos capaz de gerar troca e produção de saberes comuns a todos. Contrariamente, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção fragmentado, desumanizado, individualista, centrado na recuperação biológica, com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhadores (LEITE; VELOSO, 2008; FRANCO; MERHY, 2007; ERMEL; FRACOLLI, 2006; PEDUZZI, 2001).

Costa (2007) enfatiza a necessidade de transformações no processo de preparação dos futuros profissionais de saúde através da introdução de novas metodologias no ensino que valorizem, além da dimensão do aprender a fazer, o aprender a conhecer, a viver juntos e a ser, com vistas ao desenvolvimento de novas competências e habilidades para dar suporte aos pressupostos do SUS e da ESF.

Para isso, faz-se mister a aproximação e o estabelecimento de parcerias entre instituições de ensino e profissionais da saúde, proporcionando-lhes momentos de reflexão sobre sua *práxis* e agregando-os ao processo de ensino-aprendizagem. Afinal, são eles quem estão na ponta dos serviços.

✚ **Categoria 4: Articulação ensino-serviço** = educação, saúde, esperança



A categoria 4 traz a discussão acerca da importância da articulação do ensino com os serviços de saúde, através de parcerias firmadas entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde com destaque, e recorte desse estudo, o projeto PET-Saúde. Este, concebido para minimizar a dicotomia ensino-serviço e romper com a lógica da produção de conhecimento e da formação profissional marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos (BRASIL, 2009b).

O desenho acima, escolhido para compor esta análise, retrata a realidade cotidiana de violência, pobreza, miséria, uso e consumo de álcool e drogas, falta de condições satisfatórias de moradia e saneamento básico, encontrada pelos profissionais de saúde da ESF na conjuntura da atenção básica, requerendo, cada vez mais, profissionais aptos e capacitados para desenvolver suas competências nesse ambiente complexo e diversificado.

Para Arruda (2009), a formulação de muitas representações advem do encontro entre saberes e estilos diferentes dos universos reificado e consensual. Esses universos, compostos por estilos característicos, não são perfeitamente isolados do pensamento um do outro. Dessa

forma, o universo consensual apresenta, cada vez mais, vestígios do pensamento reificado e vice-versa, decorrentes do trânsito incessante dos diversos tipos de saberes nas sociedades. Nesse contexto, destaca-se a figura dos profissionais de saúde e da educação que se constituem em mediadores culturais, auxiliando no tráfego de conhecimentos de um universo para o outro.

O PET-Saúde surgiu como uma estratégia de integração das ações de ensino-pesquisa-extensão, na medida em que reduz o distanciamento dos cursos de graduação com os serviços de saúde e a comunidade, contando com a preceptoria de um profissional do serviço e bolsas de incentivo para os estudantes. Dessa forma, promove uma formação acadêmica socialmente comprometida e consciente acerca dos contextos familiares, além de aproximar o discente, o profissional de saúde ou preceptor, e sua futura área de atuação. A articulação requerida proporciona a compreensão do processo de trabalho deste profissional na ESF na perspectiva do aprender-aprender (BRASIL, 2009b).

A preceptoria, no PET-Saúde, consiste na função de supervisionar os discentes dos cursos de graduação em saúde, de acordo com a área específica de atuação ou a especialidade profissional do preceptor. Dirigida pelos profissionais de saúde com nível superior de ensino e experiência no âmbito da ESF, que devem exercer esta função por pelo menos oito horas semanais, como parte das atividades normais da equipe de Saúde da Família à qual ele esteja vinculado (BRASIL, 2008a).

Ressalta-se, com isso, a importância do presente estudo na apreensão das representações sociais de tais profissionais sobre a ESF, pois os mesmos influenciam, direta ou indiretamente, o processo de ensino-aprendizagem e de trabalho dos discentes – futuros profissionais – não somente do ponto de vista técnico-metodológico, mas também do ponto de vista social.

As vantagens do PET-Saúde na formação de um novo profissional de saúde são destacadas nas falas a seguir, onde se percebe, desde o início da graduação, “a integração já do estudante” com a comunidade e o serviço de saúde, ao “atuar como ouvinte” dos processos de trabalho desenvolvidos na ESF, gerando um enorme “benefício pra os alunos”:

(...) eu acho que tem um produto interessante essa integração já do estudante, o aluno dos cursos da área da saúde, eles já estão no serviço, acompanhando, vivendo, vendo a realidade bem próximo deles. Então, eu acho que eles vão ter uma visão mais ampla pro futuro deles. Vão ficar sabendo melhor o que querem, que vão escolher pra atuarem, né? Na profissão. Eu tô vendo que eles se empenham e vai ser bom pra eles nesse sentido. (Zina Aita)

(...) ele vai atuar como ouvinte, mas ele está vendo as necessidades da população e isso faz um profissional maravilhoso em relação aos outros. (...) o aluno no primeiro período já tem contato com a população e isso é bastante... não é aquele

profissional que vai ficar no consultório só vendo aquilo. Ele vê as necessidades, fica um profissional mais humano, mais conhecedor. (...) Ah, se eu na minha formação de estudante tivesse uma chance que os alunos de hoje estão tendo. E o interesse dos tutores, dos coordenadores do PET, de melhorar cada vez mais. (Alice Soares)

(...) a gente tá vendo que é um benefício pra os alunos que nós vamos formar futuros profissionais capacitados a trabalhar em comunidade, porque quando nós começamos no PSF tem muito profissional que ficava horrorizado com as coisas que via na comunidade e esses não, esses de hoje vão ser outros profissionais com uma nova visão, né? Com a visão do que é o trabalho em equipe, do que é um trabalho numa comunidade como Felipe Camarão, por exemplo, né? (Constância Nery)

De acordo com Cabral et al. (2006), embora o embasamento teórico seja fundamental para o desenvolvimento da prática profissional dos discentes, ele não é, *per si*, capaz de abarcar todos os tipos de desafios e relações sociais existentes no contexto das coletividades. Dessa forma, orienta-se o ensino para a comunidade, assumindo um compromisso de formar futuros profissionais capacitados e habilitados para um trabalho comprometido, com o atendimento resolutivo dessa comunidade.

Assim, o PET-Saúde permite ao aluno de graduação em saúde conhecer, logo no início do curso, a realidade cotidiana através de seu contato direto com as necessidades da população, produzindo um despertar do mesmo para a importância do conhecimento do meio em que está inserido o sujeito psicossocial, objeto dos processos de cuidar.

Notoriamente, atribui-se uma simplicidade de significado a essa relação do discente com o usuário, em seu contexto de práticas do cuidar, face aos constantes encontros entre os mesmos, porém deve-se atentar para as questões éticas diárias, visto que os usuários buscam soluções para os problemas de saúde que consideram importantes e que nem sempre são compreendidos pelos discentes (LAGANÁ, 2009).

Beauchamp e Childress (1994) discutem em sua obra a existência de quatro princípios na Bioética, quais sejam: autonomia, na qual se deve respeitar a privacidade do indivíduo, não expondo a situações constrangedoras ou ameaçadoras; não-maleficência, que propõe a obrigação de não infringir dano intencional a outrem; beneficência, onde as ações devem ser realizadas em prol do benefício do próximo; e justiça, no sentido de uma distribuição apropriada, equânime e justa dos bens e serviços na sociedade, de acordo com os termos da cooperação social.

Com a introdução do PET-Saúde, espera-se também superar a problemática do trabalho em equipe na ESF, que reside, muitas vezes, na formação de profissionais incapazes de exercer seus processos de trabalho em conjunto com os demais. Dito de outra maneira, objetiva-se, com o PET-Saúde, solucionar os problemas existentes na relação profissional-

profissional do aqui-e-agora na ESF, referentes ao trabalho em equipe e suas múltiplas facetas, evidenciados nos depoimentos de Georgina Albuquerque e Cândido Portinari.

(...) você trabalhar em equipe é difícil, você trabalhar em grupo às vezes é mais fácil do que você trabalhar em equipe. (...) uma vez que tem profissionais que dentro da sua vida acadêmica não são estimulados à questão do trabalho em equipe. É um trabalho muito individualizado, né? Então, assim é difícil e até pela própria condição humana de cada um, né? Na questão de aceitar a opinião do outro, de dizer a sua falha, dizer as suas dificuldades. (Georgina Albuquerque)

Eu acho que o fundamental é a discussão em torno do trabalho em equipe, do relacionamento humano entre profissionais uns com os outros e entre profissionais e os usuários, que muitas vezes, os conflitos que se observam no dia-a-dia é aquela coisa, muitas vezes uma coisa pequena se transforma numa coisa demasiadamente grande por algumas pessoas não terem esse preparo pra questões mais de relações humanas, de convivência mesmo, convivência dos profissionais entre si e também dos profissionais com os usuários... (Cândido Portinari)

Assim, destaca-se que tais dificuldades são decorrentes, na maioria das vezes, de questões de ordem pessoal, quando trabalham com pessoas que pensam de maneira muito diferente, ou de ordem profissional, visto que cada profissional tem uma característica própria devido à sua formação ou advem de diferentes estratos sociais.

Os problemas existentes no desenvolvimento do trabalho em equipe foram discutidos por diversos autores (LEITE; VELOSO, 2008; FRANCO; MERHY, 2007; ERMEL; FRACOLLI, 2006; ALMEIDA; MISHIMA, 2001; PEDUZZI, 2001) que mostraram a necessidade da construção, entre os trabalhadores, de uma interação entre si, com troca de saberes e produção de um campo de cuidado comum a todos, permitindo que os profissionais utilizem todo o seu potencial criativo e criador na atenção à saúde do usuário, dando mais eficácia e efetividade à ESF.

(...) o trabalho em conjunto, em grupo é comprovadamente mais eficiente. A gente consegue trabalhar bem melhor, porque a equipe um apóia o outro e a equipe toda apóia a família que tá trabalhando. (Di Cavalcanti)

Sendo assim, já são notórias algumas interferências positivas ocorridas após a inserção dos profissionais da ESF no Projeto PET-Saúde Natal (RN), dentre as quais, a “aproximação com a universidade” por meio do desenvolvimento de “projetos maravilhosos” que geram “um *feedback* do conhecimento” entre o discente e o preceptor, consoante as seguintes falas:

(...) os profissionais tem tido um feedback do conhecimento, existe uma troca, a gente recebe aluno, a gente faz parte do grupo tutorial onde o tutor tem esse papel de trazer conhecimento. Já um profissional daqui foi pra um curso na universidade através do PET. Então, além do mais toda essa discussão que quando você se expõe a um grupo de discussão, a discutir com o aluno, você tem que estudar. Então, isso força, força no bom sentido, né? De você tá sempre se atualizando, sempre se mostrando capaz de tá conduzindo esse trabalho. É isso que tem nos dado. Tem dado um estímulo pra você tá sempre voltando, sem falar que a universidade abre portas pra isso, né? (...) está norteando esses trabalhadores que estão envolvidos, como preceptores, nesse conhecimento. Há um norte, né? Quando você pára pra

discutir determinado texto, você tem um norte. Então, a interferência que eu acho é uma interferência positiva, não é? (Abigail de Andrade)

(...) nós escolhemos assuntos atuais que requer resolução a mais rápida possível. Então, são feitos esses projetos, são divulgados, certo? São feitos também capacitações em agentes de saúde, que são eles que fazem as visitas, entendeu? Quer dizer que engloba todas essas partes. São as calçadas amigas, tá entendendo? São projetos maravilhosos. Eu acho que melhorou bastante depois que o PET entrou. (Alice Soares)

Eu acho que assim, a questão dessa aproximação com a universidade, né? Com pesquisa, então assim, a gente tá tendo a oportunidade de vislumbrar coisas que nunca tinha acontecido, né? Então assim, o projeto de pesquisa de qualidade, acho que de satisfação, né? Que a gente tá fazendo isso. Isso eu acho que é importante, até a gente teve a oportunidade de tá fazendo coisas, de pensar coisas que antes não tinha acontecido, eu acho que até assim materiais que vieram também foram importantes, tá? (Yara Tupinambá)

Inferiu-se que, para os profissionais da ESF, o PET-Saúde proporcionou e proporciona, cada vez mais, uma troca de conhecimento, pois ao mesmo tempo em que os mesmos compartilham seus saberes e práticas com os alunos, estes também trazem informações atualizadas sobre novos conceitos, novas terapêuticas e novos tipos de metodologias do cuidado. Ressalta-se que, para atuarem como preceptores, esses profissionais foram capacitados, treinados e informados pela instituição formadora – UFRN – acerca da importância da pesquisa, da discussão e da busca de novos conhecimentos que contribuíssem para a melhoria no atendimento prestado na ESF, constituindo-se num processo contínuo.

Relembra-se que o PET-Saúde Natal (RN) se constitui num programa tutorial desenvolvido pelos cursos da área da saúde da UFRN, orientado pelo princípio da indissociabilidade entre ensino/pesquisa/extensão, com vistas a contribuir com a formação de um novo profissional ético, humano, crítico e comprometido para o trabalho na ESF (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2009).

Com relação às melhorias para a comunidade, depreendeu-se, nos relatos, a importância do desenvolvimento dos projetos de intervenção, como as “calçadas amigas” citadas por Abigail de Andrade, onde profissionais e alunos conseguem identificar problemas na comunidade, elaborar um projeto de intervenção e desenvolver uma ação para tentar mudar a realidade encontrada.

Um relato interessante refere-se ao de Marysia Portinari que relaciona o PET-Saúde a uma fonte de energia, permitindo a mesma

(...) voltar a se animar, porque você pega um pouco a energia desses alunos, o empenho deles, o esforço. Então, você se reenergiza, né? Porque ao longo dessas coisas... tanta coisa que falta, falta isso, falta aquilo, falta isso, falta aquilo, você vai se desgastando. Então, quando o projeto PET-SAÚDE vem dá uma sensação de ânimo, da gente é... tá ao lado desses alunos pra eles terem a melhor visão política dessa estratégia, né? Pra eles não saírem daqui, exatamente, achando que a

estratégia está errada, a estratégia não está errada o que está errado é que não está se dando suporte necessário pra essa estratégia funcionar da melhor maneira possível. (Marysia Portinari)

Quanto às interferências negativas do PET-Saúde, destacaram-se o caso dos profissionais cedidos a outras localidades; a falta de compreensão e adesão por parte da direção da USF e da própria comunidade, desestimulando a presença do profissional em reuniões de discussão do PET-Saúde; e as implicações do trabalho de preceptoria cujas estratégias devem ser desenvolvidas em conjunto com os alunos que, a seu turno, demandam tempo e paciência.

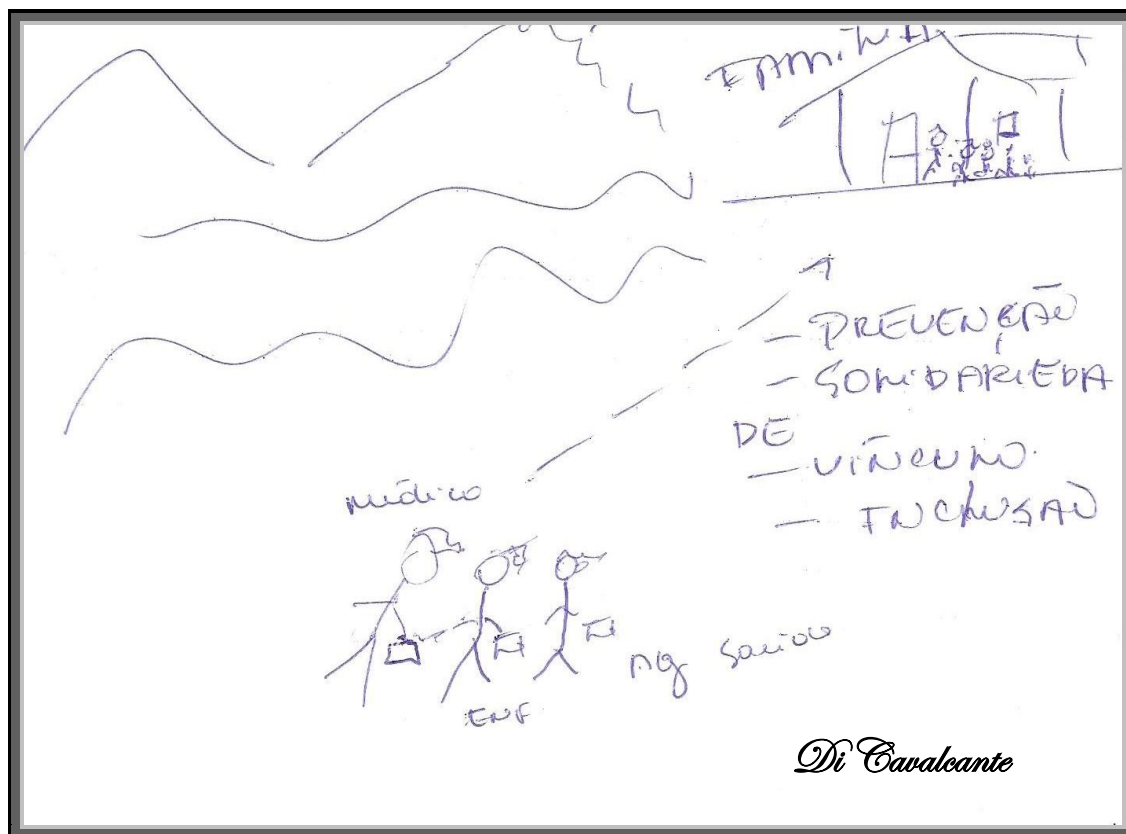
O probleminho, com relação a mim, é só porque eu tenho que me deslocar para outra (USF) porque os colegas não aceitaram lá. (Alice Soares)

(...) se você, às vezes, é convocado a participar de uma reunião, alguma coisa, no outro dia já fica 'foi?'. E assim como querendo dizer que se eu não fui, que não fui participar de nada, se você chega aqui e vê os alunos você vai ter que dar uma certa atenção. Então, se você não tá atendendo porque você foi dar uma atenção ao aluno aí já vão reclamar (a direção), certo? Então, você tem que tá muito pisando, saber onde é que pisa. Pra tá 'olhe, tô indo praí' e a gente ainda tá naquele negócio de jardim de infância, sabe? Tudo que vai fazer 'tia, eu posso fazer isso. Tia, posso fazer aquilo'. Você já é profissional, você já sabe o que você tá fazendo. Se você vai sair com o aluno, você tem que avisar 'ei, oh, vou sair ali com o aluno. Ei, eu cheguei'. Não é assim, tudo bem você pode dizer fui pra uma reunião, mas depois ficam quase que investigando pra saber se você esteve na reunião. (Pedro Américo)

Porque assim como a gente tá lidando com aluno, né? A gente precisa de mais tempo, né? E é muita coisa, né? É aluno do PET-saúde, é aluno que tá terminando agora o curso de enfermagem, é o aluno que tá iniciando. Então, assim, termina que é muita coisa pra gente dar conta e isso interfere um pouco, vamos dizer assim, no trabalho, interfere porque às vezes a gente não tem condições de tá ocupando o tempo da gente com outras coisas e, assim, o lidar com a comunidade às vezes atrapalha um pouco... (Georgina Albuquerque)

Paulatinamente, o PET-Saúde está conseguindo causar uma revolução paradigmática na mente dos profissionais de saúde e dos estudantes, ao inserir um novo modo de fazer-ensinar saúde pautado no indivíduo-família-comunidade e nas tecnologias leves do cuidado, entendidas como as tecnologias existentes nas relações, na produção de comunicação, no acolhimento, no vínculo e na autonomização. Dito de outro modo, é o estabelecimento da relação muito sujeito-sujeito no trânsito de saberes, na medida em que se baseia no instrumental da esfera do saber que se circunscreve como processos de cuidados objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

- ✚ **Categoria 5: Atenção à saúde e prevenção de doenças**= visão holístico-ecológica, promoção da saúde, família



A categoria 5 aborda a temática da atenção à saúde e prevenção de doenças. Para sua análise, utilizou-se a produção gráfica elaborada por Di Cavalcante que ilustra, de maneira geral, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nos indivíduos e coletividades, em seus diversos ciclos de vida, por meio da delimitação precisa do território, da atuação conjunta dos profissionais, do vínculo destes com a população assistida e da integralidade no cuidado prestado.

Moscovici (1988) propõe a existência de três tipos de representações: hegemônicas, emancipadas e polêmicas. As representações hegemônicas são aquelas compartilhadas, implicitamente, por todos os membros de um grupo, por exemplo, uma cidade, mas que não, necessariamente, foram produzidas pelo mesmo; já as representações emancipadas decorrem da circulação de ideias e conhecimentos advindos de subgrupos; e, finalmente, existem as representações geradas nos conflitos e antagonismos sociais, as quais não são compartilhadas com a sociedade como um todo, sendo mutuamente exclusivas de seus membros.

Conforme Mendes (2002), a ESF consiste num modelo de atenção primária à saúde, operacionalizado mediante estratégias/ações integrais e contínuas de promoção, proteção e reabilitação da saúde, assim como de prevenção de doenças, desenvolvendo-se, geralmente, através de visitas domiciliares, ações programáticas a grupos de indivíduos e atendimentos clínicos realizados pelo enfermeiro, médico e odontólogo.

Eu acho que Estratégia de Saúde da Família, né? É uma nova visão de se trabalhar saúde, né? Aonde essas pessoas, são os profissionais, né? Da USF. Eles estão no círculo, né? Em igualdade. E que esse círculo demonstra a importância da participação de cada um, né? Dessa uniformidade, desse juntar das pessoas em prol, né? Da população. É na questão da promoção da saúde, da prevenção, da própria área curativa do problema de saúde, de você trabalhar a questão com a população de mudanças de hábitos, de você mudar assim a questão da co-responsabilidade desse indivíduo que procura a unidade, da co-responsabilidade dele com ele, com as pessoas que vivem, né? Em conjunto com ele, do meio ambiente, dele como um todo. E uma coisa, assim, que a gente vê muito eu acho que é a questão que a gente trabalha, né?(Georgina Albuquerque)

Prevenção, porque o forte da assistência em saúde, né? Da Estratégia da Saúde da Família, né? Se privilegia muito mais a prevenção de doenças do que propriamente você curar, lógico que curar também é muito importante, mas o ideal seria sempre prevenir, né? Então, diminuir índices de doenças, de agravos, não é? (Di Cavalcante)

Além de darmos cobertura nas visitas domiciliares, visitando os acamados, os enfermos, as gestantes, certo? Também damos cobertura nos colégios, nas crianças desde o nível III até o nono ano que é o que nós temos aqui, não temos segundo grau. Nos colégios, fazemos a parte de prevenção que é fazemos a escovação, fazemos a aplicação do flúor e também fazemos os exames pra ver se o nosso trabalho tá tendo resultados. (Alice Soares)

E assim, a saúde tá ligada diretamente à educação, né? Quando eu coloquei promoção e prevenção familiar, eu vejo assim, Estratégia de Saúde da Família como um meio de levar, chegar mais perto da família e levar a ela essa promoção e essa prevenção e essa educação também. Eu acho que assim, como a saúde tá ligada diretamente à educação, né?Eu achei interessante ligar. Eu acho que é fundamental esses três elos. (Djanira da Motta e Silva)

Segundo Sakata et al. (2007), o objetivo central da visita domiciliar é a atenção à saúde das famílias, consistindo numa valiosa atividade extra-muros da ESF. Realizada pela equipe de saúde da família, principalmente pelo ACS, possui a finalidade de entender melhor o cotidiano do usuário, suas relações intra-familiares, seus problemas de saúde, sociais e emocionais, gerando uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado. Tal fato é exemplificado nos depoimentos abaixo, ratificando a importância da visita domiciliar no acompanhamento do indivíduo em seus diversos ciclos de vida.

(...) o idoso que a gente também, muitas vezes, precisa fazer uma visita domiciliar porque o paciente é idoso, é acamado ou é deficiente e não tem condições de vir à unidade, e a gente procura fazer isso de forma a tá sempre acompanhando, né? (Tarcila do Amaral)

Nessa visita, nós encontramos vários aspectos nas ruas, não é? Aspectos como vivem as pessoas (...). E essa visita domiciliar engloba não só ir na casa do paciente como também oferecer trabalho em grupos para gestantes, para idosos, para hipertensos, não é? (Anita Mafalti)

Com base nisso, infere-se que a visita domiciliária localiza-se na base da relação profissional-comunidade, inserida no íntimo dos processos de trabalho dos profissionais da ESF e na gênese do vínculo entre esses e os usuários, traduzidos na contratualidade e comprometimento com os princípios doutrinários e operacionais do SUS.

Outro aspecto importante na atenção à saúde e prevenção de doenças, observado na ESF, reside no cuidado integral à família e ao indivíduo, inseridos em diversos contextos e ambientes, conforme exemplificado nas falas de Georgina Albuquerque e Djanira da Motta e Silva.

(...) é o cuidado integrado desse ser biopsicossocial. (Georgina Albuquerque)

(...) a Estratégia de Saúde da Família pra gente ver a pessoa e a família como um todo... (Djanira da Motta e Silva)

No entanto, para a realização desse acompanhamento, emprega-se a lógica de ações programáticas de assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde por meio da formação de grupos. Sendo assim, existem os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, escolares, entre outros, o que, de certa forma, contradiz os princípios e diretrizes da estratégia.

(...) como a gente tem que compreender todos os programas, né? A abrangência é grande porque vai da criança até o idoso. Então, é lidar com a criança, com o idoso, com a mulher, gestante, todos esses programas, hipertensos, diabéticos e tem que ver, né? Fazer a assistência e a promoção à saúde e a prevenção. (Zina Aita)

Temos grupo de gestante, temos grupo de adolescentes, temos o dia do CD que é a criança de zero a cinco anos, esse é o principal, né? (Alice Soares)

Depreendeu-se, a partir desses relatos, que a ESF tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, determinando o processo de trabalho de cada profissional. Nesse sentido, Franco e Merhy (2007), afirmam que a presença do Estado na organização dos serviços de saúde é algo antigo e, de certo modo, imutável, uma vez que é obrigação do mesmo atender às necessidades da população. Contudo, deve-se refletir sobre a real eficácia das normatizações do Ministério da Saúde frente aos problemas de saúde-doença da população, visto que as mesmas nem sempre consideram as particularidades de cada situação, bem como as diversidades loco-regionais existentes no Brasil.

Um agravante desse processo de formação de grupos é relatado por Yara Tupinambá, onde a mesma detecta o problema do cadastramento dos indivíduos no grupo, o qual geralmente é feito somente pelo enfermeiro.

(...) na minha equipe se a gestante chega pra ser cadastrada pode passar dez consultas pelo médico, mas ela só vai ser cadastrada no pré-natal quando ela for pro acompanhamento com o enfermeiro. Então assim, o hipertenso é a mesma coisa, pode passar mil e quinhentas vezes pelo médico, passa o ano todinho, mas ele só é cadastrado quando vai pra o enfermeiro. E isso assim, já houve várias discussões em relação a essa responsabilidade também pra que o médico fizesse isso, mas termina sobrando pro enfermeiro e como a gente gosta que a coisa aconteça termina fazendo a minha parte e fazendo a parte dele. É pedido de vacina, mapa dos boletins, como é que se diz, mapa mensal do planejamento familiar... (Yara Tupinambá)

No tocante ao atendimento dentro consultório da USF pelo enfermeiro, médico e odontólogo, percebe-se que há uma mudança nessa concepção, fazendo com esses profissionais valorizem uma nova ótica no cuidado à saúde, centrada não apenas no aspecto clínico, mas também na promoção da saúde e prevenção de doenças, como pode ser observado nas falas a seguir:

É... atuando muito mais fora da unidade de saúde do que dentro, que é essa a perspectiva que a gente tem mais, junto das famílias, né? (Di Cavalcante)

Eu acho que eu teria que ser a dentista de reabilitação aqui na cadeira, devo promover bem mais saúde até que tá aqui na cadeira. (...) Eu acho que o dentista tem que ser dentista na clínica, promover saúde, fazer a proteção. (...) Então, dentista é a recuperação da saúde, a promoção, eu acho que a gente não pode ficar aqui dentro, não deve até porque o eixo da Estratégia de Saúde da Família, não é... objetivo, né? Da Estratégia de Saúde da Família. Eu, geralmente, a gente trabalha um horário no consultório e outro fora. Pronto, agora como tá interditado hoje de manha era dia do meu consultório de manha, eu fui pra creche. Uma creche... tá entendendo? (Djanira da Motta e Silva)

Com base no exposto, ressalta-se que a ESF representa um avanço na assistência em saúde no Brasil, despertando, entre os profissionais de saúde, um novo modo de fazer-saúde a partir da desconstrução de práticas cristalizadas decorrentes da formação de caráter eminentemente biológico, para uma nova visão baseada no atendimento integral e contínuo do indivíduo-família-comunidade (PEREIRA et al., 2005).

Sendo assim, a ESF é considerada uma peça fundamental para o avanço do SUS, proporcionando um atendimento integral, humanizado e centrado nas necessidades do indivíduo. Diante disso, destaca-se a necessidade, cada vez mais crescente, de valorização da mesma, tanto por parte da população, quanto por parte dos demais profissionais da saúde e gestores, para que, dessa forma, ocorra uma melhoria nas condições de saúde na atenção básica e, por conseguinte, nos demais níveis de atenção em saúde.

4.4 APREENSÃO DO CAMPO REPRESENTACIONAL

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais são construções da realidade social, permitindo compreendê-la e explicá-la através da definição de sua identidade, conferindo proteção e especificidade aos grupos. Nesse sentido, guiam o comportamento e as práticas sociais ao admitir, inicialmente, a justificativa das tomadas de posição e os comportamentos.

No entanto, deve-se ressaltar que, conforme Spink (1993), as representações sociais possuem duas faces: produto e processo. Como produto, as mesmas emergem como pensamento formado ou campo estruturado, com o objetivo de entender os elementos constitutivos das representações, dentre os quais, imagens, opiniões, informações, crenças e mitos. Na face de processo, as representações surgem como pensamento em formação ou núcleos estruturantes, voltando-se à compreensão da constituição e transformação das representações ou seu funcionamento e eficácia na interação social.

Como processo, a construção do campo representacional dessa pesquisa seguiu a lógica dos núcleos estruturantes existentes nas categorias propostas na análise e discussão dos dados obtidos através da entrevista semi-estruturada, da produção gráfica e das palavras atribuídas a essa produção. Sendo assim, salienta-se que as representações sociais dos enfermeiros, dos médicos e dos odontólogos (preceptores do PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, ainda não se constituem em estruturas estruturadas, ou seja, completamente formadas e consolidadas, podendo tal fato estar associado à implantação recente da ESF, como também do PET-Saúde, nas USFs do município de Natal (RN).

Entretanto, cabe ressaltar que as ideias existentes nas categorias de análise dessa pesquisa indicam possíveis caminhos que possibilitarão, *a posteriori*, formular e compreender quais são as representações sociais dos enfermeiros, dos médicos e dos odontólogos, preceptores do PET-Saúde Natal – RN, acerca da ESF, enquanto campo de prática dos mesmos.

Com base nisso, mostra-se as principais temáticas existentes em cada categoria e a construção do campo representacional através das inter-relações existentes entre cada uma com as demais.

Inicialmente, a **categoria 1 – ESF: relações e território** evidenciou a estrutura conceitual das relações existentes, no âmbito da ESF, entre os profissionais, a comunidade e o seu território de atuação. Essa relação, anteriormente desconhecida pelo imaginário social, passou a ser definida, a partir dessa pesquisa, como uma relação “muito sujeito-sujeito”,

tornando-se, portanto, algo familiar que pode ser evidenciado pela aproximação real entre o profissional de saúde e o usuário. Tornada familiar permitiu o entendimento, por parte daquele, das condições sócio-econômicas, educacionais, ambientais, culturais e de saúde-doença que permeiam o indivíduo-família-comunidade no contexto da ESF.

Depreendeu-se, assim, que para a figura das teias de relações existentes na ESF pode-se associar o sentido de uma relação “muito sujeito-sujeito”, baseada no acolhimento, na solidariedade, na humanização, na responsabilização e na confiança, formulando, dessa maneira, o desenho do vínculo, apresentado na **categoria 2 – Formação e desenho do vínculo**, onde os sujeitos ancoram e objetivam, de forma simultânea, o processo de saúde-doença na concepção paradigmática da promoção à saúde.

Relembra-se que a ancoragem consiste na atribuição de uma imagem a algo considerado desconhecido, a fim de situá-lo em uma categoria que comporte esta dimensão de valor; enquanto que a objetivação remete à concretização dessa imagem por meio de um sentido (MIRANDA, 2002; SÁ, 1996; MOSCOVICI, 1978).

O vínculo é considerado uma ferramenta imprescindível ao funcionamento da ESF, pois permite a comunicação entre os universos consensual e reificado, representado pelos saberes e práticas dos indivíduos-família-comunidade e dos profissionais de saúde, respectivamente. Com isso, o vínculo ancorou na imagem de um círculo de confiança estabelecido entre profissional e usuário, o qual foi objetivado, ou seja, concretizado, na relação “muito sujeito-sujeito”.

A geração e a consolidação do vínculo entre profissional-usuário consistem numa possível explicação para a forte aproximação entre esses dois sujeitos, a qual transcende uma simples relação profissional e rompe com a perspectiva positivista de trabalho baseada no distanciamento entre os mesmos.

Destacou-se que essa relação “muito sujeito-sujeito” estabelecida entre profissional de saúde e usuário é permeada por diversos entraves, conforme exposto na **categoria 3 – Fragilidades nos processos de trabalho na ESF**, que acabam por interromper o avanço da estratégia. Dentre as dificuldades elencadas identificaram-se a falta de apoio da gestão, a deficiência de recursos materiais, financeiros e humanos, as fragilidades na organização do sistema de referência e contra-referência, as dificuldades advindas do trabalho em equipe, assim como a precarização do trabalho e das unidades de saúde, ocasionando sentimentos de impotência, sobrecarga, insatisfação e revolta.

As representações sociais, segundo Miranda (2002), são construções plurais do conhecimento prático que orientam a realidade social, devendo ser compreendidas a partir da

dinâmica, da funcionalidade e do contexto das interações sociais que as produzem. Esse contexto social é caracterizado por uma noção espaço-temporal das relações sociais, as quais se desenrolam, consoante Spink (1999), em três tempos: o tempo curto, do aqui-e-agora, focalizado na funcionalidade das representações, resultando em núcleos instáveis e diversificados; o tempo vivido, também denominado de *habitus* (BOURDIEU, 1983 *apud* SPINK, 1999), que contém o processo de socialização dos indivíduos em função da pertença a determinados grupos sociais; e o tempo longo, onde se apresenta os conteúdos decorrentes do imaginário social que, *per se*, permitem uma maior aproximação com os núcleos estáveis das representações.

Nessa pesquisa, a formação do campo representacional encontrou uma diversidade de núcleos estruturantes, ou pensamentos em formação, acerca da ESF devido à maior ênfase dada ao aqui-e-agora da interação entre os profissionais de saúde, a ESF, a comunidade, o PET-Saúde e os discentes da UFRN, ressaltando-se que tais propostas ainda são conceitos considerados recentes no contexto da saúde e que, portanto, não estão totalmente concretizados no imaginário social.

Percebeu-se também uma grande influência dos obstáculos referidos anteriormente no desenvolvimento das práticas profissionais dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), interferindo, sobremaneira, nos processos de trabalho desenvolvidos na ESF.

Miranda (2002) afirma que a atuação profissional constitui-se numa função prática, contendo, por isso, teorias implícitas no seu desenvolvimento. No âmbito da ESF, é notória a existência de teorias implícitas relacionadas ao desenvolvimento do trabalho em equipe e às competências de cada profissional da ESF, particularmente, o enfermeiro, o médico e o odontólogo.

Dessa forma, o trabalho em equipe foi referido ora como ponto forte da ESF, ora como uma problemática que requer uma solução urgente. No tocante às competências de cada profissional na ESF, observou-se a compreensão real de suas competências apenas por parte de alguns profissionais, enquanto outros não conseguiam defini-las ou definiam-nas de maneira ampla e inconsistente.

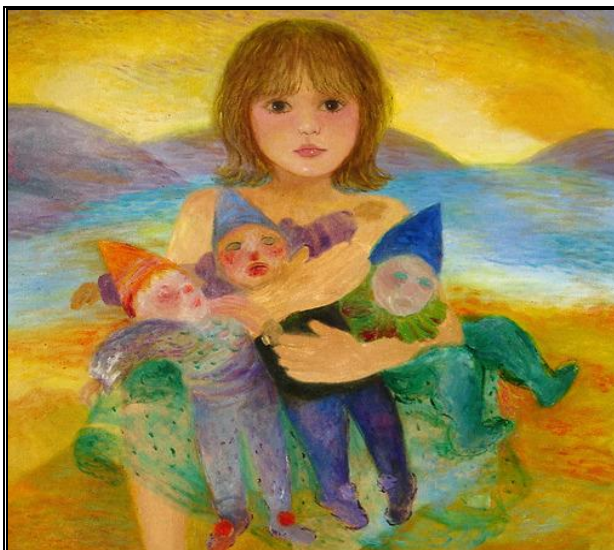
Como uma das soluções estabelecidas para o reordenamento do trabalho em equipe, salientou-se a **articulação ensino-serviço**, descrita na **categoria 4**, através de parcerias firmadas entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde com destaque, e recorte desse estudo, para o projeto PET-Saúde, concebido a fim de associar as atividades de ensino,

pesquisa e extensão com vistas à formação de um novo profissional de saúde apto para o trabalho na ESF, além de mais ético, humano e solidário.

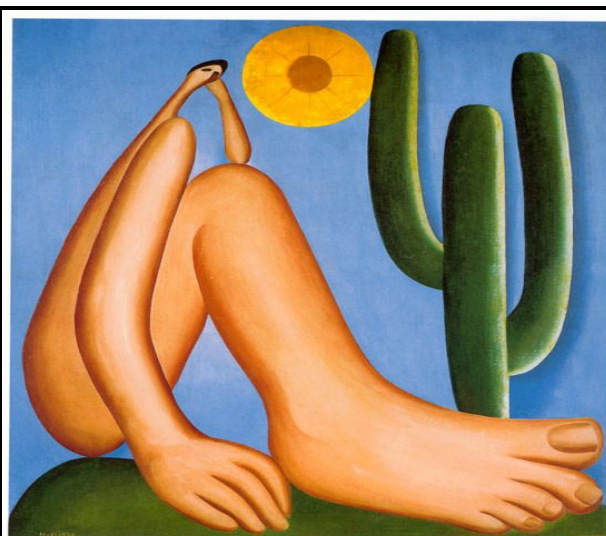
Destaca-se que a formulação de muitas representações ocorre por meio do trânsito de saberes entre os universos reificados e consensuais (ARRUDA, 2009). Esse trânsito pode ser identificado na presente pesquisa como uma troca de saberes e práticas entre os profissionais de saúde, a comunidade e os discentes do PET-Saúde, revelando o tráfego de conhecimentos de um universo para o outro, ou seja, da ciência e do senso comum e vice-versa, sem que os sujeitos se deem conta de sua proficiência.

Deste modo, infere-se que a ESF é representada como um entre-lugar, definido por Arruda (2009) como um espaço de criação e difusão do conhecimento, através de sua transformação e da utilização dos saberes pré-existentes. Dito de outra forma, o trânsito de saberes e práticas existentes na ESF, advindos da articulação ensino-serviço-comunidade, proporcionam uma incorporação e propagação de conhecimentos a partir de e para os profissionais de saúde, a comunidade e os discentes dos cursos de graduação vinculados ao PET-Saúde.

A **categoria 5 – Atenção à saúde e prevenção de doenças** abordou as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde, bem como a prevenção de doenças desenvolvidas pelos profissionais da ESF. Essa categoria insere-se no campo das representações emancipadas, uma vez que é decorrente da circulação de ideias e conhecimentos existentes no entre-lugar, ou seja, na ESF, decorrentes da relação “muito sujeito-sujeito” e da articulação ensino-serviço.



Natália com palhaçinhos – Marysia Portinari (1937): artista plástica brasileira. Iniciou seu aprendizado com o tio Cândido Portinari. Participou de inúmeras exposições coletivas e individuais no Brasil e exterior.



Abaporu – Tarcila do Amaral (1886 – 1973): pintora e desenhista brasileira. Considerada uma das figuras centrais da primeira fase do movimento modernista brasileiro. Esse quadro, Abaporu, inaugurou o movimento antropofágico nas artes.



Casa de farinha – Djanira da Motta e Silva (1914 – 1979): pintora, desenhista, ilustradora, cartazista, cenógrafa e gravadora brasileira. Fez sucesso com representações de cenas e costumes autenticamente brasileiros, simplificados ao extremo.

Considerações

Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da trajetória da saúde no Brasil, o surgimento do SUS originou uma readequação do modelo organizacional da política de saúde, tornando-a um direito de todos e um dever do Estado. A lógica desse sistema, pautado em princípios organizativos e diretrizes operacionais, incorporou uma concepção ampliada de saúde, com inclusão dos determinantes biológicos, psicossociais, econômicos, culturais e ambientais.

Nesse contexto, a ESF foi criada como uma forma de implementar os princípios do SUS, tendo como foco principal a modificação do modelo assistencial vigente através da atenção básica, assim como a assistência integral e contínua dos indivíduos e coletividades, a partir dos contextos em que os mesmos estão inseridos.

O rompimento paradigmático ocorrido com o surgimento do SUS e, posteriormente, com a formulação e implantação da ESF, promoveu uma reorientação das práticas profissionais visando ao atendimento das reais necessidades de saúde quer individuais, quer coletivas, ocasionando um novo modo de fazer saúde.

Nesse âmbito, ressalta-se a importância do desenvolvimento desse estudo que teve como objetivo central apreender as representações sociais do enfermeiro, médico e odontólogo, preceptores do PET-Saúde Natal (RN), acerca da ESF, enquanto campo de prática dos mesmos.

No entanto, conforme explicitado anteriormente, não foi possível apreender as representações sociais destas categorias profissionais acerca da ESF, devido, provavelmente, à implantação recente dessa estratégia, como também do PET-Saúde, nas USFs do município de Natal (RN) gerando, assim, núcleos estruturantes, ou seja, estruturas conceituais em processo de formação e construção acerca da temática. Porém, deve-se ressaltar que as imagens e conceitos existentes em cada categoria de análise dessa pesquisa, em particular e de modo geral, indicam possíveis caminhos que permitirão a compreensão de tais representações sociais, as quais serão de grande valia para o crescimento e avanço da ESF.

O perfil dos participantes da pesquisa, ou seja, dos enfermeiros, médicos e odontólogos da ESF, preceptores do PET-Saúde de Natal (RN), caracterizou-se, de modo geral, por profissionais do sexo feminino, com idade entre 46 e 52 anos, casados, renda mínima de 06 salários, carga horária semanal de trabalho de 40 horas, tempo de formado entre 22 e 29 anos e tempo de trabalho na Saúde da Família variando de 02 a 11 anos.

Com base nisso, depreende-se que os enfermeiros, médicos e odontólogos, preceptores do PET-Saúde do município de Natal (RN), são, em sua maioria, profissionais mais

experientes, que provavelmente tiveram oportunidades de vivenciar experiências profissionais e pessoais diversas, casados e do sexo feminino, que a seu turno sugere uma sobrecarga do número de responsabilidades e atividades tanto no ambiente familiar quanto no trabalho, requerendo uma forma conciliatória para atender estas demandas e seus desdobramentos.

No tocante às competências de cada profissional na ESF, tem-se que as enfermeiras do estudo consideraram, de modo geral, como suas competências, o atendimento das famílias através dos programas ministeriais; a realização da consulta de enfermagem, da visita domiciliária e das investigações epidemiológicas; como também a coordenação e a supervisão dos setores da USF, da equipe de enfermagem e dos ACS, além do treinamento e capacitação desses profissionais.

Quanto aos médicos, estes enumeraram como suas competências no contexto da ESF questões relativas ao atendimento à população nas diversas fases da vida através da consulta médica, do diagnóstico de doenças, da solicitação de exames e da realização de atividades educativas em saúde e visitas domiciliárias.

Já os odontólogos indicaram que suas competências referem-se à atenção em saúde bucal e à saúde do indivíduo como um todo, inserido num determinado contexto e influenciado pelas condições existentes nesse ambiente.

Sendo assim, observou-se que a compreensão das competências profissionais por parte de cada categoria e trabalhador da saúde mostram-se condizentes com o exposto nos manuais do Ministério da Saúde, com alguns casos em que os profissionais ultrapassam essas recomendações, visando um atendimento mais humanizado e integral. Porém, é notória também a existência de profissionais que não conseguiram definir suas competências na ESF ou definiram-nas de maneira ampla e inconsistente, sem um real entendimento das mesmas, o que prejudica, sumariamente, a atuação dos mesmos e a atenção prestada aos usuários de seus serviços.

De acordo com o exposto ao longo do estudo, pode-se detectar a riqueza de detalhes, experiências e conhecimentos que compreendem o ambiente da ESF, repleto de instigantes imagens e significados, fortalezas e fragilidades.

No tocante às imagens e significados, enfatiza-se a importância da relação “muito sujeito-sujeito” que perpassa a ótica ultrapassada do cuidado no modelo flexneriano, constituindo-se numa esperança para a consolidação do paradigma social em saúde e da vigilância em saúde, onde a concepção de saúde-doença transcenda o aspecto unicamente biológico, pois, afinal, o ser humano é muito mais complexo e diversificado que apenas um conjunto de células, tecidos, órgãos e sistemas.

De um lado, as fortalezas, destacam-se o desenho do vínculo e o trabalho em equipe que, apesar de ainda incipientes, constituirão num futuro, talvez não tão distante, uma solução para os atos de negligência, iatrogenia e desumanidade existentes na área da saúde, fazendo com que os protagonistas desse processo entendam que estão lidando com vidas humanas e que estas devem ser valorizadas e não reduzidas a simples casos de doenças.

Do outro, as fragilidades, estas requerem uma maior conscientização e mobilização dos profissionais de saúde, dos estudantes – futuros profissionais –, e da sociedade como um todo, com o objetivo de reivindicar junto aos governantes o investimento e a valorização do SUS.

Nesse sentido, essa pesquisa trouxe grandes contribuições ao PET-Saúde Natal (RN) ao revelar as interferências positivas desse projeto junto aos profissionais de saúde, à comunidade e aos discentes que participam de tal iniciativa.

Salienta-se que os profissionais de saúde que exercem o papel de preceptores do PET-Saúde além de se capacitarem para receber o fluxo de alunos e com eles as inúmeras informações e conhecimentos, também se sentem revigorados e reenergizados com a presença, juventude, perseverança e força de vontade dos discentes. Estes aprendem, de perto, o valor da ESF na melhoria das condições de vida da população, assim como a importância da prevenção das doenças e da promoção da saúde como uma forma de solucionar muitos problemas existentes no SUS. Já a comunidade, é diretamente beneficiada com os projetos desenvolvidos pela parceria ensino-serviço, resultando em aumento na qualidade de vida.

Destarte, pretende-se, com esta pesquisa, ampliar não somente os horizontes imbricados neste processo e produto ancorado e objetivado na Teoria das Representações Sociais, como um recurso teórico-metodológico, capaz de tornar familiar algo desconhecido, mas também chamar atenção para aqueles cujas mentalidades consomem os serviços de saúde do SUS. Particularmente, no campo das ciências da enfermagem.

Referências

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

ACIOLI, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

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, 1998.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface**, Botucatu, v.5, n.9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicol. Soc.**, v.18, n.2, p. 89-98, mai./ago. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2009.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 455-464, mar./abril 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2009.

ARRUDA, A. O trânsito de saberes: olhar sobre a produção brasileira. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. **Saúde, educação e representações sociais** – exercícios de diálogo e convergência. Coimbra: FORMASAU – formação e saúde, 2009. p. 19-33.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 669-680, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17448.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AZEVEDO, D. M. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal – RN**. 2008. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. 2009b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597>. Acesso em: 20 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Município - NATAL/RN**. 2009c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.ph>. Acesso em: 14 nov. 2009.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2008a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 14 set. 2009

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2008b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 03 out. 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. New York: Oxford, 1994.

CABRAL, P. E. et al. Interação ensino-serviço-comunidade: uma ferramenta para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 57-69.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teóricas e metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Ed. Universitária, 2005. p. 511-539.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá, v.7, n.1, p. 45-52, jan./mar. 2008.

CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface**, Botucatu, v.5, n.9, p. 133-142, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/09.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 271-279, abr./jun.2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>>. Acesso em 18 de jul. 2009.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2003.

CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. B. **Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil**. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

CARVALHO, G. R. P. **Sofrimento psíquico**: representações sociais dos enfermeiros em ambiente hospitalar. 2008. 187 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2008.

CARVALHO, M. R. S.; MEDEIROS, J. B.; MEDEIROS, M. **Estrutura do trabalho científico**. Natal: EDUFRN, 2009.

CLEMENTINO, F. S. **Tuberculose**: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2009.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, R. K. S. **A formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da faculdade de enfermagem UERN**. 2007. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, set. 2006.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 10, v.2, p. 323-331, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>>. Acesso em 01 set. 2010.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

ELIAS, P. E. Uma visão do SUS. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 11-22.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.4, p. 533-539, dez. 2006. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/286.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2009.

FERNANDES, J. L. M. **Análise do perfil do cirurgião-dentista inserido nas Estratégias de Saúde da Família das cidades pertencentes à DRS VII – Campinas – São Paulo**. 2008.

105 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa dicionário. 7. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v.3, n.1, p. 24-27, 2003. Disponível em:<http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf>. Acesso em: 25 out. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicol. teor. prat.**, v.6, n.1, p. 31-44, jan./jun. 2004. Disponível em:< <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v6n1/v6n1a03.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIL, C. R. R. **Práticas profissionais em Saúde da Família**: expressões de um cotidiano em construção. 2006. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun./2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200016>. Acesso em: 02 set. 2010.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2009. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2009.pdf>. Acesso em 02 Set. 2010.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 357-378.

JUNQUEIRA et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p. 918-928, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/14.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2010.

LAGANÁ, M. T. C. A ética do cotidiano e a Estratégia Saúde da Família (ESF). **Saúde Coletiva**, v. 06, n. 34, p. 230, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84212106003.pdf>>. Acesso em 02 Set. 2010.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saude soc.**, v.18, n.1, p. 50-62, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902009000100006&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2009.

_____. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. ciênc. prof.**, v.28, n.2, p. 374-389, jun. 2008. Disponível em:<<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-514543>>. Acesso em: 12 out. 2009.

MACEDO, S. R. H. **Habilidades de Vida Frente à Sexualidade do Adolescente**: Um Estudo Representacional. 2008. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2008.

MACHADO, M. H et al. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil**: relatório final. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html>. Acesso em: 20 ago. 2010.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.7, p.1611-3, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700019&script=sci_arttext>. Acesso em 04 out. 2009.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O Ter e o Ser: Representações Sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003.

MELLO, G. N. **Competências e habilidades**. 2000. Disponível em:
<<http://www.centrorefeducacional.com.br/compehab.htm>>. Acesso em: 01 out. 2008.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**: tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Distritos sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MERHY, E. E et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: _____; ONOCKO, R (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.

_____. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface**, Botucatu, v.5, n.9, p.147-9, ago. 2001. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/11.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 1-13.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MIRANDA, F. A. N. et al. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p. 526-536, maio/ago. 2007. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm>>. Acesso em: 16 out. 2009.

_____; FUREGATO, A. R. F. Instrumento projetivo para estudos de representações sociais na saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v.2, n.1, fev. 2006.

_____ et al. Representação social da sexualidade entre idosos institucionalizados. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol.**, Londrina, v.7, n.1, p. 27-34, 2005.

_____. **Representações Sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano.** 2002. 218 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p. 898-906, jun. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2005000300024&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 02 set. 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MOSCOVICI, S. Tradução e revisão de Pedro Humberto Faria Campos e Ana Raquel Rosas Toraes. Por que estudar Representações Sociais em Psicologia? **Estudos Goiânia**, v.30, n.1, p. 11-30, jan. 2003.

_____. Notes towards a description of Social Representations. **European Journal of Social Psychology**, v.18, p. 211-50, 1988.

_____. On Social representations. In: FORGAS, J. P. **Social cognition: perspectives on everyday understanding.** London: Academic Press, 1981. p. 181-209.

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

_____. Préface. In: HERZLICH, C. **Santé et maladie.** Paris: Mouton, 1969. p. 9-11.

NATAL. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal.** Natal: Prefeitura Municipal de Natal/ Secretaria Municipal de Saúde, 2007.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STOREY, M. N. et al. **Psicologia Social Contemporânea: livro-texto.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 104-117.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc.**, v.20, n.2, p. 237-246, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>>. Acesso em 12 de jul. 2009.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicol. teor. prat.**, v.6, n.2, p. 75-87, dez. 2004. Disponível em:< http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface**, Botucatu, v.5, n.9, p.143-6, ago. 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/10.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.

_____; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, A. L. et al. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005. p. 275-297.

PHILIPPINI, A. **Cartografias da coragem**. Rotas em arteterapia. Rio de Janeiro: Pomar; 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REINERT, M. **ALCESTE – version 4.7 pour Windows**: manuel d' utilization. Paris: IMAGE, 2005.

RIBEIRO, A. F. et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.11, n.2, p. 136-144, abr./jun. 2008. Disponível em: <www.aps.ufjf.br/ojs/index.php/aps/article/view/252/95>. Acesso em: 01 jun. 2009.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RODRIGUEZ, A.; ARRUDA, A. Labirintos do Tráfico: jovens envolvidos com o crime - motivações, ingresso e pertencimento. **Debates Sociais**, v. 67-68, p. 67-92, 2008.

RODRIGUES, C. R. F. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 77-100.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71-82, jan./fev. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100012>. Acesso em: 10 dez. 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Minas Gerais, v.13, n.1, p. 23-34, jan./fev. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06 de out. 2008.

RUMMLER, G. Fontes teóricas sobre representações sociais: um perfil bibliométrico de textos citados em periódicos científicos nacionais da área de Saúde. **Interface**, Botucatu, v.11, n.23, p. 637-646, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300020>. Acesso em: 18 out. 2009.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SAITO, R. X. S. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 21-60.

SAKATA, K. N. et al . Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.6, p. 659-664, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2009.

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**, v.9, n.16, p.53-66, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2009.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, s.n., p. 203-211, 2002.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e educação no Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.1, p. 70-74, 2006. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm>. Acesso em: 03 jun. 2009.

SILVA, M. R. F; JORGE, M. S. B. Prática dos profissionais no Programa de Saúde da Família: representações e subjetividades. **Rev. Bras. Enferm.**, v.55, n.5, p. 549-555, set./out. 2002. Disponível em:<<http://search.bvsalud.org/regional/resources/resources/bde-10790>>. Acesso em: 12 out. 2009.

SILVA, A.D. et al. Prática alternativa da fitoterapia associada ao programa de desenvolvimento e crescimento: representações para um grupo de mães de desnutridos. **UNOPAR, Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina. v.2, n.1, out. 2000.

SOARES, C. Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia ALECESTE em contextos discursivos distintos. In: MOREIRA, A. S. P. (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 541-568.

SOBREIRA, M. V. S. **Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família**: um estudo representacional. 2009. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2727-2739, nov. 2007.

SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano** - representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi, P. A.; JOVCHELOVITC, S. (Orgs.) **Textos em Representação Social**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 117-185.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**: manual de enfermagem. São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.1, p. 68-76, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/47.pdf>>. Acesso em 18 de out. 2009.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v.07, n.03, p. 581-589, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em 16 de jul. 2009.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo de percepção temática. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Pró-Reitoria de Graduação. Pró-Reitoria de Extensão Universitária. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde 2009. **Plano de trabalho PET-Saúde Natal “integrando saberes para um novo fazer em saúde”**. Natal, 2009.

VAISBERG, T. M. J. A. O uso de procedimentos projetivos nas pesquisas de representações sociais: projeção e transicionalidade. **Psicologia USP**, v.6, n.2, p. 103-27, 1995. Disponível em:< <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousp/v6n2/a07v6n2.pdf>>. Acesso em 22 out. 2009.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VELOZ, M. C. T; NASCIMENTO-SCHULTZ, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, v.12, n.2, p. 479-501, 1999.

VIANA, A. L. D’A.; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 11-48, jul./dez. 1998.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, v.18, n.1, p. 63-70, jan/abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 de set. 2009.

VILARINHO, S. M. M.; MENDES, R. F.; PRADO JÚNIOR, R. R. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em Teresina (PI). **Revista Odonto Ciência**, v. 22, n. 55, p. 48-54, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/viewFile/1224/975>>. Acesso em 25 ago. 2010.

Apêndices

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Senhora Ana Tânia Lopes Sampaio
Secretária de Saúde do Município de Natal/RN,

Natal, ____ de _____ de 2009

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN através do seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem está estruturado em 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Vinculada a mesma, a Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, mestranda do mencionado programa, Raionara Cristina de Araújo Santos, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, desenvolverá a pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional”.

O estudo tem por objetivo: apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. Os sujeitos do estudo serão 09 enfermeiros, e igual número para médicos e odontólogos. Na perspectiva da triangulação de técnicas, adotar-se-á como instrumentos de coleta de dados o desenho-estória com tema, a entrevista individual semi-estruturada e a observação, através de anotações em um diário de campo (**ver anexo**).

Frente ao exposto, solicita-se autorização de Vossa Senhoria para realizar a coleta dos dados nas seguintes Unidades de Saúde da Família: Felipe Camarão Básica, Felipe Camarão Mista, Cidade Nova, Nazaré, Guarapes, Aparecida, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém.

A relevância desse estudo reside nas contribuições nas práticas e saberes decorrentes da articulação entre ESF e o Projeto PET-Saúde Natal (RN), uma vez que ao apreender as representações sociais dos profissionais observar-se ponto significativos e significantes dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem. Nesta perspectiva ensino-serviço, compreender-se-á as práticas e os saberes decorrentes destas significações e imagens atribuídas como um meio de apreensão dos processos de trabalho desenvolvidos pelos mesmos, bem como no processo de ensino-aprendizagem dos discentes por eles acompanhados. Além disso, indicará subsídios, de maneira indireta, para esclarecer características não-familiares dos profissionais que compõem as equipes da ESF do município de Natal (RN).

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, reitera-se e solicita-se a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para coletar os dados junto aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde da Família vinculadas ao Projeto PET-Saúde Natal (RN). Ao mesmo tempo, solicita-se o direito de uso da nomenclatura da SMS e das USF nos resultados, parciais e conclusivos, do relatório final, em eventos de natureza científica em âmbito nacional e internacional e na publicação em periódicos indexados ou relatos de experiência mediante o critério QUALIS/CAPES (**ver em anexo o modelo de declaração de autorização**).

Outrossim, reitera-se que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/1996 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos cujos resultados serão utilizados como objeto de pesquisa tão somente para esta finalidade.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho agradece-se antecipadamente e coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos.

Ana Tânia Lopes Sampaio
Secretária de Saúde do Município de Natal-RN
() Autorizo a Realização do Estudo

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Coordenador da Pesquisa

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Senhor Antônio de Lisboa Lopes Costa

Natal/RN, ____ de _____ de 2009

Coordenador do Projeto PET-Saúde Natal “integrando saberes para um novo fazer em saúde”

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN através do seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem está estruturado em 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Vinculada a mesma, a Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, mestranda do mencionado programa, Raionara Cristina de Araújo Santos, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, desenvolverá a pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional”.

O estudo tem por objetivo: apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. Os sujeitos do estudo serão 09 enfermeiros, e igual número para médicos e odontólogos. Na perspectiva da triangulação de técnicas, adotar-se-á como instrumentos de coleta de dados o desenho-estória com tema, a entrevista individual semi-estruturada e a observação, através de anotações em um diário de campo (**ver anexo**).

Frente ao exposto, solicita-se autorização de Vossa Senhoria para realizar a coleta dos dados nas seguintes Unidades de Saúde da Família: Felipe Camarão Básica, Felipe Camarão Mista, Cidade Nova, Nazaré, Guarapes, Aparecida, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém.

A relevância desse estudo reside nas contribuições nas práticas e saberes decorrentes da articulação entre ESF e o Projeto PET-Saúde Natal (RN), uma vez que ao apreender as representações sociais dos profissionais observar-se ponto significativos e significantes dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem. Nesta perspectiva ensino-serviço, compreender-se-á as práticas e os saberes decorrentes destas significações e imagens atribuídas como um meio de apreensão dos processos de trabalho desenvolvidos pelos mesmos, bem como no processo de ensino-aprendizagem dos discentes por eles acompanhados. Além disso, indicará subsídios, de maneira indireta, para esclarecer características não-familiares dos profissionais que compõem as equipes da ESF do município de Natal (RN).

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, reitera-se e solicita-se a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para coletar os dados junto aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde da Família vinculadas ao Projeto PET-Saúde Natal (RN). Ao mesmo tempo, solicita-se o direito de uso da nomenclatura da SMS e das USF nos resultados, parciais e conclusivos, do relatório final, em eventos de natureza científica em âmbito nacional e internacional e na publicação em periódicos indexados ou relatos de experiência mediante o critério QUALIS/CAPES (**ver em anexo o modelo de declaração de autorização**).

Outrossim, reitera-se que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/1996 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos cujos resultados serão utilizados como objeto de pesquisa tão somente para esta finalidade.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho agradece-se antecipadamente e coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos.

Antônio de Lisboa Lopes Costa
 Coordenador do Projeto PET-Saúde Natal
 () Autorizo a Realização do Estudo

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
 Coordenador da Pesquisa

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
 CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional**”. Desenvolvida pela mestrandia Raionara Cristina de Araújo Santos, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob orientação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, membro da Base de Pesquisa intitulada “Enfermagem Clínica”, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN e responsável por esta pesquisa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo, represália ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo: apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. O estudo justifica-se pelo interesse em apreender o olhar do enfermeiro, médico e odontólogo que compõem a equipe interdisciplinar da ESF acerca da mesma, utilizando-se, para isso, o enfoque da Teoria das Representações Sociais. Salienta-se que tais profissionais exercem o papel de preceptores dos alunos de graduação da UFRN dos referidos cursos (Enfermagem, Medicina e Odontologia), constituindo-se em um referencial para estes discentes.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: elaboração de um desenho-estória; conceder uma entrevista individual semi-estruturada, composta por duas partes: I - caracterização dos profissionais; II – roteiro de entrevista com cinco perguntas, onde as falas dos participantes serão gravadas e, posteriormente, transcrita somente pelos pesquisadores. Estes dois procedimentos serão observados sistematicamente pela mestrandia a fim de captar o investimento afetivo no momento da coleta dos dados, sendo essas impressões anotadas num diário de campo.

A presente pesquisa oferece risco ou desconforto mínimos ao participante, pois não envolve experimentos de qualquer natureza, tampouco utilizará drogas em seres humanos. Não haverá ressarcimento por sua participação nesta pesquisa, devendo a mesma ser espontânea e voluntária mediante os esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos metodológicos, resultados, conclusões e divulgação. No entanto, na ocorrência, em qualquer momento, de algum dano causado pela pesquisa ao mesmo, seja ele de origem física ou moral, o participante terá direito a indenização, desde que se comprove legalmente esta necessidade, segundo as leis brasileiras. Os benefícios ao participante serão da ordem de promoção do conhecimento acerca da ESF.

Ressalta-se que todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa ou de sua ética, poderá perguntar, direta e respectivamente aos seguintes responsáveis:

Pesquisador responsável: Francisco Arnoldo Nunes de Miranda. End.: Av. Ayrton Senna, 16, Residencial Santa Clara, Apto. 22. Capim Macio, Natal (RN), Brasil. CEP: 59.080-100. Fone: 9141-4448. E-mail: farnoldo@gmail.com.

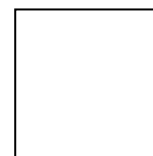
Comitê de Ética e Pesquisa: End. Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970, Natal/RN – Brasil. Telefone: 3215-3135. Home-page: www.etica.ufrn.br. E-mail: cepufnr@reitoria.ufrn.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**A Estratégia de Saúde da Família sob o olhar de seus profissionais: um estudo representacional**”.

 Pesquisador (Assinatura)

 Participante da Pesquisa (Assinatura)



Natal/RN, ____ de ____ de ____.

Impressão Digital

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).
CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

FOLHA PARA O DESENHO-ESTÓRIA com TEMA

TÍTULO DA PESQUISA: Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional

Sua participação faz-se imprescindível neste estudo. Pede-se para você elaborar um desenho que responda à pergunta: o que significa a Estratégia de Saúde da Família para você? No segundo momento, solicita-se a atribuição de um título ao desenho e, em seguida, associe três palavras relacionadas à imagem construída e explique o seu desenho e palavras através de uma estória, que pode ser escrita, no verso dessa folha, ou narrada e gravada. Desde já agradecemos seu interesse e colaboração.

Entrevista Nº: _____.

Data de realização/Horário: _____.

Título:

Palavras-chave:

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

TÍTULO DA PESQUISA: Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional

Entrevista Nº: _____

Data de realização: _____

USF: _____

Distrito: _____

I – CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Nome: _____
2. Idade: _____ 3. Gênero: () Masculino () Feminino 4. Estado Civil: _____
3. Profissão: _____ 4. Local de Trabalho: _____
5. Qual é a renda¹? () 3-5 salários mínimos () 6-8 salários mínimos () mais que 8 salários mínimos
6. Há quanto tempo trabalha na Instituição? _____
7. Carga Horária Semanal: _____
8. Onde concluiu a graduação? _____
9. Tempo de formação: _____ 10. Possui curso de Pós-Graduação? () Sim () Não
11. Em caso afirmativo, qual (is)? Ano de Conclusão.

12. Quais os principais cursos de atualização que realizou a partir da ESF? Ano de Conclusão.

13. Realizou curso introdutório à ESF? () Sim () Não 14. Em caso afirmativo, em que ano? _____

15. Possui outro vínculo empregatício? () Sim () Não

16. Em caso afirmativo: () Instituição Pública () Instituição Privada

17. Especificar: () Atenção Básica () Rede Ambulatorial () Rede Hospitalar () Consultório

II – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA:

1. O que representa, para você, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?
2. Quais os pontos fortes e as fragilidades que você observa na ESF?
3. Quais as suas competências na ESF?
4. Que soluções você adotaria para melhorar o processo de produção dos serviços de saúde na ESF?
5. Quais as contribuições e/ou interferências ocorridas após a sua inserção no Projeto PET-Saúde Natal (RN)?

¹Valor do salário mínimo (R\$ 465,00), conforme o Ministério do Trabalho e Emprego 2009.

Anexos

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Senhora Ana Tânia Lopes Sampaio
Secretária de Saúde do Município de Natal/RN,

Natal, 14 de dezembro de 2009

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN através do seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem está estruturado em 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Vinculada a mesma, a Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, mestranda do mencionado programa, Raionara Cristina de Araújo Santos, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, desenvolverá a pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional”.

O estudo tem por objetivo: apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. Os sujeitos do estudo serão 09 enfermeiros, e igual número para médicos e odontólogos. Na perspectiva da triangulação de técnicas, adotar-se-á como instrumentos de coleta de dados o desenho-estória com tema, a entrevista individual semi-estruturada e a observação, através de anotações em um diário de campo (ver anexo).


Frente ao exposto, solicita-se autorização de Vossa Senhoria para realizar a coleta dos dados nas seguintes Unidades de Saúde da Família: Felipe Camarão Básica, Felipe Camarão Mista, Cidade Nova, Nazaré, Guarapes, Aparecida, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém.

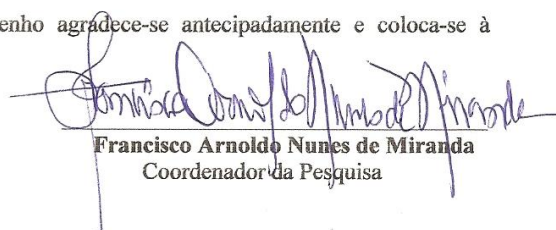
A relevância desse estudo reside nas contribuições nas práticas e saberes decorrentes da articulação entre ESF e o Projeto PET-Saúde Natal (RN), uma vez que ao apreender as representações sociais dos profissionais observar-se ponto significativos e significantes dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem. Nesta perspectiva ensino-serviço, compreender-se-á as práticas e os saberes decorrentes destas significações e imagens atribuídas como um meio de apreensão dos processos de trabalho desenvolvidos pelos mesmos, bem como no processo de ensino-aprendizagem dos discentes por eles acompanhados. Além disso, indicará subsídios, de maneira indireta, para esclarecer características não-familiares dos profissionais que compõem as equipes da ESF do município de Natal (RN).

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, reitera-se e solicita-se a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para coletar os dados junto aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde da Família vinculadas ao Projeto PET-Saúde Natal (RN). Ao mesmo tempo, solicita-se o direito de uso da nomenclatura da SMS e das USF nos resultados, parciais e conclusivos, do relatório final, em eventos de natureza científica em âmbito nacional e internacional e na publicação em periódicos indexados ou relatos de experiência mediante o critério QUALIS/CAPES (ver em anexo o modelo de declaração de autorização).

Outrossim, reitera-se que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/1996 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos cujos resultados serão utilizados como objeto de pesquisa tão somente para esta finalidade.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho agradece-se antecipadamente e coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos.


 Ana Tânia Lopes Sampaio
 Secretária de Saúde do Município de Natal-RN
 (X) Autorizo a Realização do Estudo


 Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
 Coordenador da Pesquisa

SÉRVULO AUGUSTO NOBRE DE MEDEIROS
Secretário Adjunto de Gestão de Trabalho e
Suporte Imediato aos Serviços de Saúde

ANEXO B

 <p>PREFEITURA DO NATAL</p>	<p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</p>	<p>MISSÃO “Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população”.</p>
---	---	---

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste, que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo trabalho e para a Saúde: um estudo representacional**”, coordenado pelo Professor Orientador **Francisco Arnaldo Nunes de Miranda**, nas Unidades de Saúde da Família: **Felipe Camarão Básica, Felipe Camarão Mista, Cidade Nova, Nazaré, Guarapes, Aparecida, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém**, a ser desenvolvido pela aluna **Raionara Cristina de Araújo Santos** do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN no período de Novembro/2009 à Julho/2010.

Consideramos que este projeto contribuirá para melhor aprendizagem acerca desse tema. Por isso, estamos autorizando a presença da aluna com os profissionais /usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal. A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

P/ Ana Tânia Lopes Sampaio
Secretária Municipal de Saúde do Natal/RN

SERVULO AUGUSTO NOBRE DE MEDEIROS
Secretário Adjunto de Gestão de Trabalho e
Suporte Imediato aos Serviços de Saúde

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Senhor Antônio de Lisboa Lopes Costa

Natal/RN, 19 de novembro de 2009

Coordenador do Projeto PET-Saúde Natal “integrando saberes para um novo fazer em saúde”

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN através do seu Programa de Pós-Graduação em Enfermagem está estruturado em 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Vinculada a mesma, a Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e, mestranda do mencionado programa, Raionara Cristina de Araújo Santos, sob a orientação do Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, desenvolverá a pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional”.

O estudo tem por objetivo: apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo (preceptores do projeto PET-Saúde Natal – RN) sobre a ESF, enquanto campo de prática dos mesmos. Os sujeitos do estudo serão 09 enfermeiros, e igual número para médicos e odontólogos. Na perspectiva da triangulação de técnicas, adotar-se-á como instrumentos de coleta de dados o desenho-estória com tema, a entrevista individual semi-estruturada e a observação, através de anotações em um diário de campo (ver anexo).

Frente ao exposto, solicita-se autorização de Vossa Senhoria para realizar a coleta dos dados nas seguintes Unidades de Saúde da Família: Felipe Camarão Básica, Felipe Camarão Mista, Cidade Nova, Nazaré, Guarapes, Aparecida, Cidade Praia, Vale Dourado e Santarém.

A relevância desse estudo reside nas contribuições nas práticas e saberes decorrentes da articulação entre ESF e o Projeto PET-Saúde Natal (RN), uma vez que ao apreender as representações sociais dos profissionais observar-se ponto significativos e significantes dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem. Nesta perspectiva ensino-serviço, compreender-se-á as práticas e os saberes decorrentes destas significações e imagens atribuídas como um meio de apreensão dos processos de trabalho desenvolvidos pelos mesmos, bem como no processo de ensino-aprendizagem dos discentes por eles acompanhados. Além disso, indicará subsídios, de maneira indireta, para esclarecer características não-familiares dos profissionais que compõem as equipes da ESF do município de Natal (RN).

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, reitera-se e solicita-se a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para coletar os dados junto aos profissionais lotados nas Unidades de Saúde da Família vinculadas ao Projeto PET-Saúde Natal (RN). Ao mesmo tempo, solicita-se o direito de uso da nomenclatura da SMS e das USF nos resultados, parciais e conclusivos, do relatório final, em eventos de natureza científica em âmbito nacional e internacional e na publicação em periódicos indexados ou relatos de experiência mediante o critério QUALIS/CAPES (ver em anexo o modelo de declaração de autorização).

Outrossim, reitera-se que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/1996 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos cujos resultados serão utilizados como objeto de pesquisa tão somente para esta finalidade.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho agradece-se antecipadamente e coloca-se à disposição para eventuais esclarecimentos.

Antônio de Lisboa Lopes Costa
Coordenador do Projeto PET-Saúde Natal
(X) Autorizo a Realização do Estudo

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Coordenador da Pesquisa

ANEXO D



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 019/2010

Prot. nº	190/09 CEP/UFRN
CAAE	0211.0.051.000-09
Projeto de Pesquisa	Estratégia de saúde da família sob o olhar dos profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: um estudo representacional
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE Grupo III 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Sediadora	Unidades Saúde da Família pertencentes à Rede Básica de Saúde do Município do Natal
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Cronograma: Arrolamento: Início - fev/2010 - Término - abr/2010
Revisão ética em	05/03/2010

RELATO

1. RESUMO

O projeto é parte da dissertação da mestrandia Raionara Cristina. Tem como objetivo geral apreender a representação social do enfermeiro, médico e odontólogo, profissionais preceptores do projeto do Programa de Educação pelo Trabalho e para a saúde de Natal (PET-Saúde). Tem como objetivos específicos apresentar as representações sociais dos profissionais de nível superior componentes do PET-Natal sobre o Estratégia da Saúde da Família (ESF); descrever as competências de cada profissional no ESF; identificar o pensamento desses profissionais, os problemas e as potencialidades da ESF e enumerar as contribuições e/ou interferências ocorridas após a inserção dessas categorias profissionais no Projeto PET-Saúde Natal.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);

PARECER 019/2010 CEP/UFRN

3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 8 de março de 2010.



Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO E

D1: Tri des uce par classe

Clé sélectionnée : A

169 42 mapa_de_tuberculose, mapa_de_hanseniose, fazemos as #investigacoes epidemiologicas #das doencas_de_notificacao. A gente e #responsavel por coordenar, orientar e #supervisionar o trabalho #do #agente #comunitario de saude, #da equipe_de_enfermagem, #os tecnicos e auxiliares, e o #enfermeiro que #responde por_essa_equipe.

225 39 E tem que_ta_sendo supervisionado. A #instituicao tem que #supervisionar, #estar #proximo, #saber quais #os pontos_de_estrangulamento que_ta_tendo no servico, se mostrar parceira #do trabalhador que_ta_no #nivel #local.

31 32 que o #medico esteja_mais_proximo a um #nivel #proximo #do #paciente, que o #paciente #possa sentir_realmente_que o #medico esta tentando implantar #vinculo com_ele_.

82 28 #os #pontos #fortes e o #vinculo, e_ele_saber que vem no posto e_alguem_vai se dirigir, #enfermeira que cuida #da area, _quem_e o #medico que cuida #da area.

75 21 acho que o #ponto #forte #principal e a questao #do #vinculo, e a gente_ta_no domicilio, #conhecer o #paciente, #conhecer a familia, #conhecer #aonde_mora, #saber o que e que se passa, porque as coisas_nao_tao_andando, como #intervir na situacao_de_saude.

60 19 #os #pontos #fortes que acho primordial e #vinculo, #visao #do todo, #do individuo_familia_comunidade. A #gente_nao_consegue ver isolado, _nao_ #consegue atuar_isoladamente_, nem que a gente_queira, _nao_consegue porque e tao #forte, tao concreto, que_nao_consegue.

248 18 O #outro #principal que acho e #em relacao a rede_de_servicos_do_municipio, que no #nivel inicial #consegue #resolver ou quando precisa #do #nivel intermediario, #da media complexidade, alta complexidade esbarra no desenho_de_rede.

176 16 acho que tenho_todas_as competencias, #sou #medico, #sou conselheiro, #sou psicologo, #sou irmao, #sou pai, #sou mae e as competencias sao_essas_. as_minhas_competencias principais sao estabelecer #vinculos e a partir_desses_vinculos #melhorar a condicao_de_saude e a vida_do_paciente e #das familias #das quais #sou #responsavel, entre_outros_sentidos.

417 16 desenhei a equipe junta, integrada, #medico, #enfermeira, #agente_de_saude, #dentista, porque_nao_botei_mais_gente, atuando_muito_mais_fora #da #unidade_de_saude #do que #dentro, que e a perspectiva que a gente tem, #junto #das familias,

52 15 a gente_nao_conhecia o eu #do #paciente #da gente e_hoje_e_muito_bom, a gente tem #vinculo.

423 15 uma #resposta #do #ponto_de_vista de #responsabilidade diante #do #problema de saude_dele_.

110 14 #os #pontos #fortes, a questao #da proximidade, #do #vinculo, #da confianca que_voce_termina conquistando, e o conhecimento que tem #da familia, onde paciente_ta_inserido, #em que contexto.

230 14 E muita coisa pra ajeitar, muita, muita. primeiro item, as equipes_deveriam_estar completas, #medico, a #atual que e #medico, #enfermeiro e #dentista, no minimo, _deveria_estar completa com #os #agentes_de_saude que e #importante, que e o #vinculo, e o elo, o #agente_de_saude,

220 13 #primeira coisa, acho que a instituicao_deveria_fazer um #diagnostico #das pessoas envolvidas_nesse_processo. #saber e, #do #ponto_de_vista individual, como_to_dentro #do processo profissional, faco pra contribuir e se #fazendo.

100 12 #os #pontos #fortes e a questao de formar as equipes, formacao #da equipe acho #importante, porque o trabalho #em #conjunto, #em grupo e_comprovadamente_mais_eficie<

166 11 E pedido_de_vacina, mapa_dos_boletins, #mapa mensal #do #planejamento familiar, e #escala #do tecnico_de_enfermagem, remanejamento. entao assim, a questao de #investigacao epidemiologica e as notificacoes, as notificacoes_alguas_vezes o #medico faz, mas a notificacao, na_minha_equipe,

e feita pelo enfermeiro, _mesmo_que o #medico #atenda, #do PSF, _mesmo_que o medico_da_estrategia,

28 10 #do tratamento medicamentoso. entao, se aproximar_mais_do #paciente, #conhecer o cotidiano, identificar #os fatores_de_risco, #saber ter_esse_olhar_de_risco #dentro #do #paciente, familia, e #faze lo entender que o complexo processo_de_formacao_de_saude e_muito_mais_complexo #do que se imagina e que_nao_dependso_da equipe_de_saude #em si, #da equipe multidisciplinar, que trabalha #junto, mas depende_principalmente_do #paciente,

68 9 acho que, #pontos #fortes, e o #vinculo com a comunidade, e conhecer_melhor_essa_comunida< acho que e um desafio pras equipes. acho que e a gente #perceber, #ao longo_desses_onze_anos que #estou, resultados como a diminuicao #do obito infantil, a questao #do melhoramento #do aleitamento materno e_outras_coisas.

101 9 A gente #consegue trabalhar_melhor_, porque a equipe um apoia o #outro e a equipe_toda_apoia a familia que_ta_trabalhando. E o #ponto #forte. E #estou #trabalhando na estrategia_de_saude_da_familia e_voce_tem condicao de #prevenir as doencas, #os agravos, evitar que pessoas evoluam pra uma condicao social_mais_precaria, quer dizer, faz com que a comunidade #cresca #junto com_voce_,

Clé sélectionnée : B

381 48 as relacoes afetivas #com o #companheiro ou #com #familiares, entao, #diria que a gente #enquanto profissional de #maos_dadas, e uma #relacao #sujeito #sujeito, de #maos_dadas #com #individuo, #familia e #comunidade.

496 29 #familia e #tudo, a saude_ta_ligada_diretamente_a #educacao. #quando #coloquei #promocao e prevencao #familiar, #vejo assim, #estrategia_de_saude_da_familia #como um #meio de #levar, chegar_perto_da #familia e #levar #promocao, e prevencao, e #educacao.

51 23 por exemplo, _hoje_nao_to_bem, posso_nao_estar sentindo dor, mas que a #saude posso_nao_ta_bem, #com problema, problema #pessoal, mas #vai interferir na #saude. acho que a #estrategia_de_saude_da_familia #veio pra gente #ver a #pessoa e a #familia #como um #todo, porque eu trabalhei em unidade #basica comum, #onde saia seis, dez fichas e a gente_nao_tinha_elo #com as #pessoas,

425 22 mental e #social, uma amplidao em #relacao a_isso_. E a #estrategia_de_saude_da_familia contempla_mais_, porque_nao_fica_so_na #assistencia, e a #promocao e a prevencao. E #bem amplo o conceito_de_saude do que o que a gente #tinha em #termos, assim, do conceito de definicao_de_saude. esperanca de #dias #melhores pra #populacao, pra #saude de #todos do brasil e do profissional de #saude.

392 20 mas #nao #era assim de uma interacao_maior_em #relacao a #populacao. E a #mudanca_de_comportamento da #populacao #quando a gente comeca #atraves dos trabalhos educativos, da #conversa #com o paciente, de fazer #com que #populacao comece a #ver os direitos, as obrigacoes, a #corresponsabilidade,

397 20 profissionais #que_nao_tem disponibilidade, compromisso #com o #servico, _essas_interrogacoes_tambem_s< as duvidas em #relacao ate #onde a #equipe_de_saude e responsavel por_toda_comunidade ao redor. coracaoezinhos pequenos botei #como as #pessoas, as #familias que a gente #acompanha, porque #percebo que a #comunidade e #como se #tivesse transferido responsabilidades_dela_pra #equipe_de_saude_da_familia.

25 19 aponte caminhos pra melhora_dessas_condicoes. #alem disso, #como disse que #era a porta_de_entrada, possibilita que_esse_cidadao, atendido_nessa_porta_de_entra< #abra um #espaco pra que #tenha uma continuidade_de_seu_tratamento, #quando do ponto_de_vista #individual,

427 19 atendendo sempre uma #populacao do_mesmo_territorio, mantendo um vinculo_dessa_populacao #com os profissionais_da_equipe. faz #com que #pessoas sejam_melhor_atendidas, o profissional tem um_maior_conhecimento sobre a #saude e a doenca_dessas_pessoas, #acompanha de perto o dia_a_dia_dela_em #relacao a #saude e a #doenca,

50 17 E acho que a #estrategia_de_saude_da_familia visa #promover #conhecimento. A #familia, as #areas, as regioes que tem #estrategia_de_saude_da_familia acho que as #pessoas, os moradores tem_mais_condicoes de #abrir a cabeca, da gente envolve los na #saude, #como habitos, que #saude #nao e_so_nao_ta_sentindo uma dor.

487 14 #coloquei vinculo, palavras chave vinculo, responsabilizacao e territorializacao. O vinculo, porque a gente tem #contato #oito anos no_mesmo_ambiente, unidade, #area de #abrangencia, #muda a #relacao #com o #usuario, tem vinculo, o #contato direto, #vai ve_lo_logo_, _nao_vai_perder de vista.

9 13 e uma #relacao dificil #com o #companheiro ou o #companheiro acabou de #deixa la e esta nessa dificuldade. entao, #diria que e o #cuidado #integrado desse ser biopsicossocial.

36 13 entao, #apesar das dificuldades hoje em #dia o trabalho que se faz #com a #estrategia_de_saude_da_familia e #bem #melhor do que se fazia. entao, em municipios #onde #funciona #bem, a #populacao esta #melhor, #tanto que os parametros dos indicadores se apresentam #melhor #quando a #estrategia_de_saude_da_familia funciona plenamente.

426 13 A #estrategia_de_saude_da_famili< que se chamava de PSF, porque #era programa, #veio para mudar o modelo_de_atencao #basica da #populacao brasileira, ou seja, colocando profissionais #com a carga horaria plena de quarenta horas,

434 13 porque o agente_de_saude #sabe #onde a #pessoa mora ou voce_pode_ir visitar a #familia. entao, tem feedback, e o_meu_desenho e_mais_ou_menos_isto_, e ter oportunidade de trabalhar_nao_so_tratando a #doenca mas evitando a #doenca, promovendo a #saude.

8 12 um exemplo, na amamentacao se #tinha uma queixa que #nao #conseguia amamentar_eu_so_via a tecnica, o peito que #tinha, mas_hoje_na amamentacao, na #conversa, na #descoberta,

429 12 de fazer uma orientacao #melhor #com a #familia e_isto_da uma resposta_mais_satisfatoria e a #pessoa se sente_melhor_. por #isso que #coloquei o rosto de uma #pessoa feliz.

404 10 fiz um #circulo #onde a gente colocou os tres atores, agente representou os tres atores_do_processo, os trabalhadores_da_saude, a #populacao e a #gestao.

405 10 botei a #gestao em cima, poderia_ta_misturado, #poderia ser #pessoas que se a gente_pudesse_identificar_cad< poderia_estar_misturado. porque #quando #coloquei comprometimento_da_gestao, a gestao_deveria_estar em_todos_os locais vendo se_isto_esta_acontecendo.

424 10 O_meu_pensamento foi em mar, porque a #abrangencia do PSF, porque #quando chegou #estrategia_de_saude_da_familia pra quebrar paradigmas, pra #ver se saia_so_da #assistencia e a gente contemplar a definicao_de_saude, a definicao que e o bem_estar fisico,

Clé sélectionnée : C

187 46 A_nossa_competencia e #atuar nos #grupos que #sao #grupos de #hipertensos, de #gestantes, atuacao nos #colegios divulgando a #importancia da prevencao_de_doencas na cavidade oral_desse_futuro individuo.

449 44 entao o que #fazemos? alem de darmos #cobertura nas #visitas #domiciliares, visitando os acamados, os enfermos, as #gestantes, damos #cobertura nos #colegios, nas #criancas desde o nivel III ate o nono #ano que e o que #temos, _nao_temos segundo grau.

470 38 digo mas_voces_dormem em #casa, #certo? entao, a #orientacao que damos e a #escovacao a noite, por que? A #crianca dorme de oito a #dez #horas ou o #adulto, a boca fica fechada, a salivacao diminui, as bacterias tem #seis, oito #horas, porque o que_elas_se #alimentam?

469 37 E #orienta a #escovacao a noite que e o principal, que as #maes reclamam que #trabalham #e_nao_tem #tempo deixa a filha com a tia, a avo.

181 35 como o #grupo do programa_de_hipertensos e #diabeticos, no #programa de atencao a tuberculose, a #gente #procura acompanhar os #casos, #fazer busca. O #caso do programa_da_hanseniose a gente_tambem_tem_isto, mas a gente_nao_diagnosticou_nenhum< E a #gente divide por ciclos_de_vida, a #gente #faz #atendimento, acompanha tanto no #pre_natal, acompanha a #crianca, e.

459 34 ai a #gestante, porque a #gestante se #alimenta_toda_hora, _esse_negocio de dizer_nao_e porque descalcificou o #dente que a #gestante tem carie_nao_, e a falta_de_cuidado que tem #quanto a higienizacao, #certo?

451 32 #temos grupo_de_gestante, #temos grupo_de_adolescentes, #temos o dia_do_CD que e a #crianca de zero a #cinco #anos, e o principal. A mae_vem_orientada desde o #pre_natal da higienizacao da boca_do_bebe, que apesar_de_nao_ter #dentes, mas tem mucosa e cria sujeira, que o leite #materno contem acucar, e o principal,

164 30 se a #gestante chega pra ser cadastrada_pode_passar #dez consultas_pelo_medico, mas_so_vai ser cadastrada no #pre_natal quando #for pro #acompanhamento com o enfermeiro. entao assim, o #hipertenso e a_mesma_coisa, pode #passar #mil e quinhentas vezes_pelo_medico, #passa o #ano todinho, mas_so_e cadastrado quando vai pra o enfermeiro.

450 28 nos #colegios, #fazemos a parte_de_prevencao, #fazemos a #escovacao, #fazemos a aplicacao_do_fluor e #fazemos os #exames pra ver se o trabalho_ta_tendo #resultados. entao, _anualmente_fazemos o #exame clinico de_cada_um. trabalhamos com catorze #escolas em felipe camarao, que dizer, #sao tres PSfs, mas o felipe camarao II da #cobertura a catorze e no #consultorio trabalhamos com #grupos.

455 28 entao, a #gente #faz a #prevencao, #orienta a #mae com #alimentacao, se_so_faz mamar, se introduziu suco que_nao_precisa_ser adocado, que a crianca_nao_sabe o que e o doce.

465 28 entao, a #gente #faz trabalho nas #escolas, com as #visitas #domiciliares e #fazemos #palestras nos corredores, estao sentados esperando #atendimento medico, da enfermeira, de #fazer o preventivo, quando #temos #tempo vamos pra os corredores, levamos macro_modelo,

195 26 #sao tantas, acho que teria que ser a dentista_de_reabilitacao na #cadeira, _devo_promover bem_mais_saude que_ta_na #cadeira. fico arrojada #por_isso_, na #escola que #vou tem setecentos alunos, a #gente #faz o levantamento ai sei_quem_ta_com #carie, #sei que_nao_vou_dar.

22 25 no #modelo antigo, _isso_nao_acontecia. A #gestante vinha #fazer o pre natal, se_nao_quisesse vir_nao_tinha #acompanhamento.

452 24 porque o que observamos #sao #criancas menores de #cinco #anos com o dente_totalmente_perdido. E uma tristeza, porque_certos_dentinhos #sao trocados aos #seis #anos, e_bom_os #dentes anteriores, mas os molarzinhos, que a gente_nao_tem condicoes_de_tratar, a #crianca troca aos #dez #anos, quer dizer,

454 22 chamam de #dente entramelado. as maes_nao_entendem. entao, trabalho maior e_nesse_grupo_de_CD que #sao futuros #adultos. A #gente #orienta as #maes, #fazemos o fluor_do_bebe, mas o fluor_do_bebe e feito em farmacia_de_manipulacao, porque_ele_nao_cospe, ingere.

183 20 E o #idoso que a #gente precisa #fazer uma #visita #domiciliar, porque o paciente e #idoso, e acamado ou e deficiente #e_nao_tem condicoes de vir a unidade, e a #gente #procura fazer_isso_de forma a estar_sempre_acompanhando.

373 20 O_meu_desenho e a caracteristica de uma #visita #domiciliar, que inclusive foi o titulo do desenho. _nessa_visita, encontramos_varios_aspectos nas #ruas, aspectos como vivem as pessoas e tem uma caracteristica como esgoto_a_ceu_aberto, animais na #rua, #lixo, violencia, jovens usando drogas, #criancas brincando na #rua, na areia, as #casas, #casa de taipa,

177 19 muitas, porque como a #gente tem que compreender os #programas, a abrangencia e_grande_porque vai da #crianca ate o #idoso. entao, e lidar com a #crianca, com o #idoso, com a mulher, #gestante, esses #programas, #hipertensos, #diabeticos e tem #fazer a assistencia e a promocao a saude e a #prevencao.

54 18 E #visita #domiciliar engloba #ir na casa_do_paciente, oferecer trabalho_em_grupos para #gestantes, para #idosos, para #hipertensos, buscar junto com instituicoes, ajudas alternativas, por exemplo, no #caso da COVISA, no #caso se tiver doenca endemica,

Clé sélectionnée : D

108 44 as #fragilidades e as #condicoes_de_trabalho, #falta de supervisao #tecnica por #parte da #secretaria municipal de saude, em natal_especificamente_, o #apoio laboratorial, a #referencia e a #contra #referencia, #falta #medicacao,

272 36 E o POTI, que e outra_disciplina, que e ligada a #questoes institucionais, _essa_falta_de_recursos #materiais, de #recursos #humanos, a organizacao de uma #sala, de #situacao, aonde_nessa_sala_de_situacao fez amostragem_da_comunidade,

386 36 #na #questao da #intersetorialidade e do #apoio que a #secretaria #precisa dar a #equipe, #seja #na #questao de #recursos #humanos, #na #questao da importancia da valorizacao_do_profissional, da #condicao financeira da gente,

399 29 #falta agente_de_saude, #falta medico, #tecnico_de_enfermagem, as pessoas de #apoio, ai traz uma sobrecarga_grande_pra_quem_ta< servico, #atuando. A #sobrecarga que coloquei porque o #profissional

que_ta_mais_engajado, que defende_mais_, briga #pela #questao #medica da ESF, a #sobrecarga termina ficando_toda_nele_, entao, termina quase que levando a #equipe #nas costas.

112 28 #tecnico_de_enfermagem e acho que potencializa a #acao que quer #desenvolver, quando_voce_se_vale #dos colegas. E, as #fragilidades, sao as pessimas #condicoes_de_trabalho, a #questao do encaminhamento que encaminha o paciente pra o nivel secundario #nas especialidades, que encontra #dificuldades do paciente #ter #consulta agendada pra um especialista,

390 28 entao, ai vem o #apoio, _nao_so_o que #falei, mas o #apoio, a #estrutura, #seja pra a #questao das especialidades quando_nao_tem #resolutividade, #dos exames, e de #ter #situacao a favor do #trabalho da #equipe.

94 27 A gente_ta_passando por #dificuldades #na #questao do cumprimento_da_unidade, e a gente tem #dificuldades com #recursos #humanos, com #equipes #incompletas, os #profissionais se sobrecarregam por #ter #equipes que precisam de #profissionais.

234 24 mais financiamento por #parte da secretaria_de_saude, #ter #recursos pra funcionar_plenamente, ou #seja, em #natal a cobertura_ta_muito_pequena, tem #equipes #sem o #profissional medico.

387 24 da #condicao de #recursos #materiais pra gente trabalhar, e da #questao da #intersetorialidade, de #ter o #apoio de_outras_secretarias, de grupos existentes no #trabalho com_essa_comunidade.

106 20 E o ponto #fraco sao as #equipes #incompletas, a #demanda e_grande_. O ponto #fraco e_esse_. _nao_organizado_completamente_.

214 20 entao, #na unidade #falta o #basico do #basico. entao, acho que e suprir a unidade #seja com #recursos #materiais, #seja com #recursos #humanos.

129 19 #sobre as #fragilidades, a principal e a #questao #dos #recursos #humanos, porque tem pessoas que_nao_mudam_sua_pratica, #estao #na estrategia mas #querem fazer_tudo_que faziam, #contra o principio_da_estrategia.

102 18 melhora os indices sociais e ate economicos. E os pontos #fracos e a #questao da falta_de_materiais, de #recursos #humanos, a #questao da falta_de_medicamentos, a precariedade das #condicoes_de_trabalho, a falta_de Equipamentos #nas unidades_de_saude, a falta_de_insumos,

219 18 _ta_certo, a #palavra vao #ter, mas, as #vezes, _nao_e_so_a #palavra.

77 17 entao assim, a formacao_dos_profissionais que_nao_estimula a #questao da promocao e prevencao_da_saude, _mais_ligado a #questao #curativa. pra gente e uma #questao #dificil a #questao do #tecnico_de_enfermagem_ta_mais disponivel pras #questoes #educativas. O medico a gente sente_isso_ainda_, com #dificuldade.

104 17 um passeio #coletivo, uma #atividade #educativa. sao_mais_questoes do apoio_da_gestao pra #ter insumos #materiais e #humanos.

143 16 E o que #falta, #falta a conscientizacao #dos #gestores. acho que a #maior #fragilidade e_essa_, #gestores e alguns profissionais. A maioria #dos #profissionais sao_bons_. assim, _aqui_pelo_menos_muito_consci< mas acho que a gente tem #dificuldade. A gente se sente pressionada e fica com as maos_meio_atadas.

35 15 #condicoes_de_trabalho, #apoio, tanto de #referencia e #contra #referencia como de laboratorios, a #questao de manter o vinculo, o emprego, a #questao salarial, #representa bem.

130 14 A #questao de #recursos #humanos #na #questao do recrutamento, _principalmente_do #profissional medico, que a gente observa #equipes desfalcadas ha anos e como o processo_de_trabalho e uma coisa #chave #na estrategia,

Clé sélectionnée : E

313 23 A #interferencia que a #universidade atraves do PET #vem #organizar, #vamos #dizer #assim, _essa_passagem e #ate ampliar, #porque, na epoca, _algumas_pessoas que gostavam de #receber #alunos era quem recebiam.

350 21 _nao_e_aquele_profissional que_vai_ficar #no consultorio_so_vendo_aquilo_. #ve as necessidades, #fica #um profissional_mais_humano, conhecedor. #entao, queria #pra encerrar que PET_SAUDE_fosse_estendido a_varios_estados, a_todos_, e #atingisse as_outras_universidades, as privadas_tambem_, #porque, _so_temos a UFRN que #foi a que #houve #interesse, por #ser #uma #universidade #publica.

335 13 _esse_negocio de PET_SAUDE e #ate #interessante, porque_comigo_ja_aconteceu, se_voce_e convocado a #participar de #uma

#reuniao, _alguma_coisa, no_outro_dia fica_foi? . E, #assim, como_querendo_dizer que se_nao_fui, que_nao_fui_participar de_nada_, se #chega e #ve os #alunos vai ter que #dar #uma atencao.

297 10 #entao #assim, o projeto_de_pesquisa de qualidade #acho que de satisfacao, que a #gente_ta_fazendo, #acho que e importante, #ate a gente #teve a #oportunidade de_ta_fazendo #coisas, de #pensar #coisas que_antes_nao_tinha_acontecid<

359 10 E, #assim, a gente_ta_vendo que e #um #beneficio #pra os #alunos, que #vamos formar #futuros profissionais capacitados a #trabalhar em comunidade, #porque quando comecemos #no PSF #tem #muito profissional que ficava horrorizado com as #coisas que via na comunidade e_esses_nao_, _esses_de_hoje_vao #ser profissionais com #uma #nova visao, com a visao do que e o trabalho_em_equipe,

406 10 coloquei #assim em forma_de_circulo #pra determinar, #pra #pensar em #processo, e #um processo_tudo_que coloquei, #porque, #assim, dentro_desse_circulo a gente encontrou #coisas que_podem_acontecer, que sao problemas ou que sao #ate solucoes.

246 9 os #conflitos que se observam #no #dia_a_dia e #uma #coisa pequena se transforma numa coisa_demasiadamente_grande_p< pessoas_nao_terem_preparo #pra questoes de relacoes humanas, de convivencia,

294 9 #entao, #assim, #termina que e #muita #coisa #pra gente #dar conta e #interfere #um_pouco_, #vamos #dizer #assim, #no trabalho, #interfere #porque, as vezes, a #gente_nao_tem #condicoes de_ta_ocupando o tempo_da_gente com outras_coisas e, #assim,

311 9 #porque e #uma #coisa que alem de passar o ensinamento, #tem feedback_da_universidade #mostrando e abrindo caminhos. #acho, #assim, o PET desde que a gente entrou na secretaria_do_municipio_de_na< a gente_tem_recebido #alunos, como o PET #vem com #uma, #vamos #dizer #assim, _nao_e #uma #nova roupagem da #unidade, do servico_estar_recebendo,

347 9 sao as calcadas amigas, sao #projetos #maravilhosos. #acho que melhorou_bastante_depois_que o PET entrou. #quer #dizer, tanto #pra profissionais, como #pra #alunos com a #universidade que o interesse_todinho_sao #projetos que facilitem e que os #alunos, #acho #interessante, _infelizmente_so_e na UFRN que tem_essas_disciplinas,

312 8 mas #esta norteando trabalhadores que_estao_envolvidos, como preceptores, _nesse_conhecimento. ha #um #norte quando_voce_para #pra discutir determinado texto, #tem #um #norte. #entao, a #interferencia que #acho e #uma #interferencia #positiva.

222 7 #entao, #assim, #acho que a instituicao #tem que_ta_proxima a_essas_pessoas #pra que se sintam que tenham dono, que tenha #uma cabeca, que tenha #uma gerencia, que #tem #um #norte.

322 7 #entao, #acho que_vao_ter, #assim, #uma visao mais ampla #pra o futuro_deles_. _vao_ficar_sabendo_melhor_o que e que #quer, que_vao_escolher #pra atuarem na profissao. _to_vendo que se empenham e_vai_ser_bom_pra_eles_.

338 7 #porque e aquela_velha #historia, _pelo_menos_em_termos_de_ter_#um #olhar, _sempre_tive, gostei de #trabalhar com a faculdade, #ate quis aumentar_essa_sala #pra botar_outro_consultorio. _sempre_gostei de #trabalhar com #aluno, #digo tanto_voce_aprende com_ele_como_ele_aprende com_voce_.

351 7 #acho que_esse_PET #foi #maravilhoso. ah, se na_minha_formacao_de_estudante tivesse #uma chance que os #alunos de_hoje_estao_tendo. E o interesse_dos_tutores, dos coordenadores_do_PET, de melhorar_cada_vez_mais_. O problemazinho, com relacao_a_mim_, e #porque #tenho que me deslocar_para_outra_, #porque os colegas_nao_aceitaram_la_.

437 7 #porque ha #uma #troca de confianca, #no trabalho. #acho que a #estrategia e #uma #maneira #interessante, organizada, que se funcionasse_realmente_seria #maravilhoso. entendo #assim, #um sonho, #porque vejo que a gente ainda #tem #muita deficiencia, #muita #coisa que gostaria que acontecesse_nao_acontece, por_varios_motivos, por questoes de profissional que_nao_se_identifica, _nao_abraca, _nao_tem #compromisso,

263 6 _esse_material_ta_todo_contam< #pra #ser empacotado, porque_ta_interditado, _ai_ninguem_sabe que mes, daqui que faca #um levantamento #pra ajeitar, #porque fazem #uma maquiagem, _foi_ajeitado_nao_sei_quantas<

264 6 ai na primeira chuva caiu o teto ai #no autoclave, na sala_de_esterilizacao, caiu. #quer #dizer, ai tira o estimulo_da_gente. #acho que e_mais_isso.

305 6 A #contribuicao apos a insercao #no PET_SAUDE e voltar a se animar, #porque pega a energia dos #alunos, o empenho, o esforco.