

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

ANA KARLA SOUSA DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS E TÁTICAS ALTERNATIVAS NA MODELAGEM DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE: BUSCANDO NOVOS SABERES PARA OS PROCESSOS DE
PRODUÇÃO DA SAÚDE**

João Pessoa
2011

ANA KARLA SOUSA DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS E TÁTICAS ALTERNATIVAS NA MODELAGEM DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE: BUSCANDO NOVOS SABERES PARA OS PROCESSOS DE
PRODUÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde.

Área de Concentração: Modelos em saúde

Orientadores: Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Prof. Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto

João Pessoa
2011

O48e *Oliveira, Ana Karla Sousa de.*
 Estratégias e táticas alternativas na modelagem dos
 serviços de saúde: buscando novos saberes para os
 processos de produção da saúde / Ana Karla Sousa de
 Oliveira.- João Pessoa, 2011.
 140f.
 Orientadores: César Cavalcanti da Silva, Eufrásio de
 Andrade Lima Neto
 Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS
 1. Saúde da Família. 2. Práticas de trabalho. 3. Modelos
 de Atenção à Saúde. 4. Saúde da família – estratégias.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

ANA KARLA SOUSA DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIAS E TÁTICAS ALTERNATIVAS NA MODELAGEM DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE: BUSCANDO NOVOS SABERES PARA OS PROCESSOS DE
PRODUÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Modelos de Decisão e Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Examinadora:

Profº Dr Cesar Cavalcanti da Silva

Orientador - UFPB

Profº Dr Eufrásio de Andrade Lima Neto

Orientador - UFPB

Profª Dra. Emiko Yoshikawa Egry

Examinadora - USP

Profª Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

Examinadora - UFPB

Profº Dr Ulisses Umbelino dos Anjos

Examinador - UFPB

A meus pais, **Girlene** e **Arnaldo**, meus
irmãos **Giuliana** e **Junior** e a meu querido
Alexsandro, por serem sempre a alegria de
minha vida e as mãos que me sustentam.

Amo vocês.

MINHA GRATIDÃO

Ao **Mestre Jesus**, por ser a luz em minha vida e o exemplo de amor que me ajuda a seguir.

A meus **pais e irmãos**, por representarem o melhor lugar de minha vida, um lugar de amor, de incentivo e, sobretudo, de aprendizado, onde eu encontro sempre a força necessária para recomeçar. Por aceitarem minhas escolhas mesmo quando não as compreendiam. Por tudo o que sou e por tudo o que serei, e que devo a vocês

A **Alexsandro Anacleto**, meu companheiro e amigo, que com paciência e sabedoria me ajudou a não desistir e a manter o esforço cotidiano e exaustivo, porém necessário para que eu pudesse voltar a acreditar. Por me ajudar a enxergar que, ainda que dispensáveis no contexto da academia, meus ideais tem valor, e não preciso prescindir deles para alcançar meus objetivos. Por acreditar em mim SEMPRE, e por ser o meu exemplo de força, bondade e amor ao próximo.

Aos meus **tias, tios, primas e primos** pelo afeto e apoio incondicional.

A **Milka**, minha maior e melhor amiga.

Ao **Prof.º Dr. Cesar Cavalcanti da Silva**, meus sinceros agradecimentos pelos ensinamentos de sempre, especialmente durante essa jornada, e pelo carinho, atenção e compreensão dispensados a mim em todos os momentos.

Ao **Profº Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto**, pelo empenho em superar as barreiras de linguagem, orientações e entendimentos com paciência e sabedoria. O seu apoio e presença constantes foram indispensáveis ao desenvolvimento de nosso trabalho.

A **Italla**, companheira de todas as horas! Juntas seguimos essa jornada, compartilhando, ensinando, aprendendo, chorando, sorrindo, nos indignando e nos amparando, sempre na esperança de que nosso sonho se concretizaria, apesar de tudo e de todos. Creio sinceramente que nosso empenho será recompensado. Muito obrigada pela sua amizade!

A **Kerle**, com quem compartilhei momentos de muita alegria, companheirismo e afeto, além de muito “aperreio” também. Obrigada por tudo!

À Prof. **Socorro Sousa**, cuja lembrança me remete sempre à serenidade, humildade, alegria e compromisso no exercício da docência.

Aos companheiros de **turma do mestrado**, os quais, sem exceção, contribuíram para tornar essa jornada mais suave.

A **Aline, Nicácia, Telma, Ellen, Ilka, Filipe, Karola e Antônio**, meu amor e gratidão sempre!

Às **amigas de Enfermagem (Anayde, Danielle e Sabrina)**, que não desistem de mim, apesar de minhas ausências, em especial a Adriana, Berg e meu lindo afilhado Estevão.

Aos profissionais **enfermeiros e médicos** do município de João Pessoa que participaram desse estudo, e aos demais **trabalhadores da saúde** que nos acolheram e possibilitaram nossa inserção nessa realidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, representado na pessoa do coordenador **Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes**, pelo apoio ao longo do curso.

Aos integrantes da **banca examinadora**, por terem aceito o convite e pelas valiosas contribuições.

Aos **docentes** do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional durante esses dois anos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação - **CAPES**, pelo apoio que tornou possível a realização do curso.

À **Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa** pela prontidão em aceitar-se como campo de pesquisa e por apoiar o desenvolvimento do trabalho.

Já se disse que as grandes idéias vêm ao mundo mansamente, como pombas. Talvez, então, se ouvirmos com atenção, escutaremos, em meio ao estrépito de impérios e nações, um discreto bater de asas, o suave acordar da vida e da esperança. Alguns dirão que tal esperança jaz numa nação; outros, num homem.

Eu creio, ao contrário, que ela é despertada, revivificada, alimentada por milhões de indivíduos solitários, cujos atos e trabalho, diariamente, negam as fronteiras e as implicações mais cruas da história.

Como resultado, brilha por um breve momento a verdade, sempre ameaçada, de que cada e todo homem, sobre a base de seus próprios sofrimentos e alegrias, constrói para todos.

Albert Camus

OLIVEIRA, A.K.S. **Estratégias e Táticas Alternativas na Modelagem dos Serviços de Saúde: Introduzindo Novos Saberes nos Processos de Produção da Saúde**. 2011. 140p. [Dissertação] João Pessoa: Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba.

Tomando como objeto de estudo as Estratégias e Táticas Alternativas, desenvolvidas por enfermeiros e médicos, nas unidades da estratégia de Saúde da Família (ESF), discutiu-se acerca do Processo de Trabalho no âmbito dos Modelos de Atenção à Saúde. A importância do estudo reside na possibilidade de problematização do processo de trabalho no interior das várias equipes que atuam nos distritos sanitários III, IV e V de João Pessoa, visando a elucidação de atos alternativos de saúde e a troca de informações sobre experiências exitosas. Justificou-se a investigação em face da necessidade de se conceber e experimentar propostas mais integrais do que os atos e ações de saúde derivados dos modelos hegemônicos, elucidando a existência de novas práticas gestadas no dia-a-dia de trabalho de profissionais (médicos e enfermeiros). Trata-se de um estudo exploratório - descritivo e inferencial que comportou, simultaneamente, as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados foram analisados a partir do teste de hipótese, utilizado como método de tomada de decisão, e o material empírico foi obtido através de entrevistas semi-estruturadas e analisado por meio da técnica de análise de discurso. A análise dos dados forneceu evidências estatísticas da manutenção, em proporções significativas, de atos e ações característicos dos modelos de atenção privatista e sanitarista dividindo espaço com fazeres característicos da ESF, sendo também significativa a proporção de profissionais enfermeiros e médicos que afirmaram desenvolver estratégias e táticas alternativas a estes modelos. O discurso dos profissionais expressou a desarticulação entre os elementos do processo de trabalho ao mesmo tempo em que indicou a possibilidade de transformar a realidade imposta pelos modelos hegemônicos, pela via da superação da invisibilidade dos sujeitos nos serviços de saúde e, sobretudo, por meio da assimilação, articulação e legitimação de saberes historicamente negados, mas igualmente efetivos para a qualidade das ações. Conclui-se que as estratégias e táticas alternativas visualizadas comportam potencial para transformação dos processos de trabalhos e superação dos modelos de atenção à saúde que se mantêm na contramão da reforma que se pretende para o setor, no sentido de uma atenção integral, humanizada e de qualidade.

Palavras-chave: processo de trabalho; modelos de atenção à saúde; saúde da família.

OLIVEIRA, A.K.S. **Alternative Strategies and Tactics in Modeling of Health Services: Introducing New Knowledge Production Processes Health**. 2011. 140p. [Dissertation] - João Pessoa (PB): Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba.

Taking as object of study the Alternative Strategies and Tactics, conducted by nurses and doctors, in units of the units of the Family Health Strategy (ESF), a discussion was held on the work process in under the models of health care. The importance of the study lies in possibility of questioning the work process within several teams working in the Sanitary Districts III, IV and V of João Pessoa, in order to elucidate alternative acts and exchange of health information about successful experiences. The investigation was justified because of the need to develop proposals and to experience more integrals of the acts and actions of health derived from models hegemonic, explaining the existence of new practices gestated in day-to-day work of professionals (doctors and nurses). This is a exploratory - descriptive and inferential study, which included the quantitative and qualitative approaches. Data were analyzed from the Hypothesis Test, used as a method of decision making, and the material was obtained through semi-structured interview and analyzed through the technique of discourse analysis. The data analysis provided statistical evidence of maintenance in significant proportions, deeds and actions characteristic of the models of health care sanitarian and privatist and sharing space with doings characteristic of the ESF, was also significant proportion of nurses and doctors who claimed to develop strategies and tactical alternatives to these models. The professional discourse expressed the disconnection between the elements of the work process by same time that indicated the possibility of transforming reality imposed by hegemonic models, by means of overcoming invisibility of the individuals in the health services and, above all, through assimilation, articulation and legitimation of knowledge historically denied, but also effective for the quality of actions. It follows that the Alternative Strategies and Tactics viewed behave potential for transformation of work processes and overcoming models of health care that remain against the tide of reform that aims for the sector, in order to have comprehensive, humane and quality.

Keywords: work process; models of health care; family health

LISTA DE SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS - Agentes comunitários de saúde
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
CCEN – Centro de Ciências Exatas e da Natureza
CCS – Centro de Ciências da Saúde
Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP/CCS - Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
DE – Departamento de Estatística
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FAPESQ – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MHD – Materialismo Histórico e Dialético
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PECs - Programas de Extensão de Cobertura
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAS - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PPGMDS – Programa e Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde
PPT - Probabilidade proporcional ao tamanho
PSF - Programa de Saúde da Família
SNS - Sistema Nacional de Saúde
TIPESC - Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
USF - Unidades de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Idade. João Pessoa – PB, 2010.	76
Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Ensino Médio. João Pessoa – PB, 2010.	77
Tabela 3 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Ensino Superior. João Pessoa – PB, 2010.	77
Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.	78
Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Área de Pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.	78
Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Formação Complementar. João Pessoa – PB, 2010.	79
Tabela 7 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo de Atenção Básica. João Pessoa – PB, 2010.	79
Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo na USF. João Pessoa – PB, 2010.	80
Tabela 9 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Outra Atividade. João Pessoa – PB, 2010.	80
Tabela 10 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Classe Econômica. João Pessoa – PB, 2010.	80
Tabela 11 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do Modelo de Atenção Privatista. João Pessoa-PB, 2010.	82
Tabela 12 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do Modelo de Atenção Sanitarista. João Pessoa-PB, 2010.	86
Tabela 13 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do	

Modelo de Atenção da Estratégia de Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2010.	89
Tabela 14 - Apresentação das hipóteses testadas segundo as dimensões Assistencial, Educativa e Administrativa. João Pessoa-PB, 2010.	94
Tabela 15 - Associação entre ações voltadas ao atendimento das necessidades de saúde e ações que consideram os determinantes sociais do processo saúde/doença desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.	97
Tabela 16 - Associação entre ações voltadas ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários e oferta exclusiva de serviços demandados pelos usuários desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.	98
Tabela 17 – Associação entre ações que consideram os determinantes sociais do processo saúde/doença e ações educativas voltadas à promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.	100
Tabela 18 – Associação entre ações educativas voltadas à promoção da saúde e ações educativas por meio de esclarecimentos e informações pontuais desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.	101

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Divisão do Município de João Pessoa/PB em Distritos Sanitários.	66
Quadro 1 - Esquema de indicação valorativa das questões formuladas	68
Quadro 2 – Valores Populacionais e Amostrais, segundo distrito sanitário e profissional. João Pessoa-PB, 2010.	69
Gráfico 1 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Sexo. João Pessoa-PB, 2010.	75
Gráfico 2 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V segundo a variável Estado Civil. João Pessoa-PB, 2010.	75
Gráfico 3 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Etnia. João Pessoa-PB, 2010.	76
Gráfico 4 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo de Graduação. João Pessoa-PB, 2010.	77

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	17
II – REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1. Modelos de Atenção à Saúde: concepções e perspectivas	23
2.2. Trajetória histórica dos modelos de atenção à saúde no Brasil	27
2.3. Processo de Trabalho em Saúde	41
2.4. Conceitos e aplicações dos métodos estatísticos utilizados	48
III – REFERENCIAL METODOLÓGICO	62
3.1. Opção teórico-metodológica	63
3.2. Cenário da pesquisa	65
3.3. Sujeitos da Pesquisa	67
3.4. Instrumentos de Pesquisa	67
3.5. O Trabalho de Campo	69
3.6. Análise dos dados e do material empírico	72
3.7. Aspectos Éticos	73
IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1. Caracterização dos profissionais Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa – PB, segundo os dados socioeconômicos, de formação e atuação profissional.	75
4.2. Caracterizando os atos e ações desenvolvidos pelos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, conforme os Modelos de Atenção à Saúde.	81
4.3. Identificando as dimensões Assistencial, Administrativa e Educativa: prioridades dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V.	93
4.4. Testes de associação: analisando a dependência entre as questões.	96

4.5. Estratégias e táticas alternativas: verificando as proporções entre os profissionais médicos e enfermeiros. 102

4.6. Abordagem Qualitativa do Estudo: Análise do discurso de enfermeiros e médico sobre seus processos de trabalho. 103

VI – CONCLUSÃO 112

REFERÊNCIAS 117

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B - Questionário

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista semi-estruturada

ANEXOS

ANEXO A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB para realização da pesquisa.

ANEXO B – Encaminhamento dos Distritos Sanitários III e IV.

Introdução

“(...) não existem doenças, mas doentes, e no indivíduo doente todos os órgãos são solidários no caso de algum deles estar doente. É o que me basta para compreender que o médico deve ser uma espécie de artista, ou seja, que em sua arte tem muita importância algo semelhante à intuição, além do conhecimento científico.”

Antonio Gramsci – Cartas do Cárcere, v.2

A presente investigação constitui parte do projeto “Modelos de Atenção a saúde em Processos de Trabalho profissional”, de autoria dos professores Dr. César Cavalcanti da Silva e Dr. Eufrásio de Andrade Lima Neto, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) e desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Campus I, da Universidade Federal da Paraíba – PPGMDS/ DE /CCEN /UFPB.

Integra a linha de pesquisa Modelos de Saúde que estuda casos e situações na área de Saúde Pública nos quais há a necessidade de tomada de decisão sobre informações e/ou dados, sejam eles qualitativos ou quantitativos. Pesquisa a utilização de modelos para o gerenciamento, análise e tomada de decisão sobre informações oriundas de processos de Saúde Pública.

Nesse sentido, propõe-se a refletir sobre os Modelos de Atenção a Saúde em Processos de Trabalho Profissional a partir do conhecimento da realidade das Unidades de Saúde da Família (USF) dos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa-PB.

Nas últimas décadas do século XX, muitos países ocidentais desenvolveram um vigoroso processo de reforma do setor saúde, que nos países da América Latina e Caribe alcançou intensidade e características diferenciadas internamente e em relação aos países europeus. Inspiradas por distintos ideários, essas experiências visavam à melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços, bem como a promoção da equidade e de práticas pautadas na integralidade, proporcionando o aprofundamento de processos de democratização e de participação social nos sistemas de saúde. Naquele contexto, era possível observar experiências com orientações distintas, ora voltadas à privatização e à mercantilização dos serviços, ora direcionadas à universalização e gratuidade de acesso, dentre outras polarizações, que se consolidaram em transformações nas relações entre Estado e sociedade (BOSI; MERCADO-MARTINEZ, 2010).

No Brasil, o sistema de saúde historicamente marcado por um modelo de atenção curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica, carecia de mudanças profundas que se efetivaram com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS promoveu uma ruptura importante com o padrão político anterior, firmando um compromisso de proteção social abrangente, justa e democrática, por meio do qual o Estado tem o dever de promover a atenção à saúde mediante políticas sociais e econômicas, que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ao reafirmar os princípios do SUS, a estratégia de Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. As

evidências atuais apontam um desenvolvimento satisfatório da estratégia especialmente quando comparada às atividades de unidades tradicionais, pela incorporação de novas práticas voltadas à família e comunidade, territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programáticas com o objetivo de influenciar os determinantes sociais do processo saúde/doença, em coerência com o seu referencial normativo (CONILL, 2008).

Não obstante, os avanços obtidos não implicaram em mudanças significativas no modelo de atenção à saúde, notadamente no que se refere aos processos de trabalho, que, mantendo a mesma lógica de atenção à saúde, com foco na doença e consequente estabelecimento de relações precárias com a realidade de vida e saúde dos usuários, determinam o desenvolvimento insuficiente dos atributos e possibilidades desse nível de atenção e do sistema como um todo (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Diversos autores (PINHEIRO, 2006; MERHY, 2002; 2007; TEIXEIRA, 2006; LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007) compartilham desse entendimento, partindo do reconhecimento de que é na realidade concreta das instituições de saúde que se vivenciam os limites e dificuldades à efetivação do SUS. No entanto, é nesse mesmo espaço que o sistema ganha materialidade e onde os modos de atenção à saúde são constantemente interrogados e atualizados, constituindo contextos importantes para transformação e construção de novas realidades em saúde.

Admite-se, portanto, que a mudança das práticas de saúde, tendo em vista a reorientação dos processos de trabalho e mudança do modelo de atenção, compreende questão em relação à qual ainda não foi possível empreender avanços efetivos, em grande parte pela ausência de debates acerca das razões para essa dificuldade ou de alternativas para sua superação. A efetivação do SUS dependeria, portanto, da capacidade de formulação de propostas alternativas para a compreensão da saúde e sua prática (FEURWERKER, 2005; TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Conforme Franco (2003), propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde apresentam o potencial para incorporar diferentes campos de saberes e práticas em saúde, configurando novas formas de organização da assistência, pela via contra-hegemônica. A produção da saúde por meio de ações diferenciadas possibilita, ainda, que sejam operadas tecnologias de trabalho voltadas à produção do cuidado, favorecendo o estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários. Assim delineadas, essas ações constituem contraponto à crise de eficácia e eficiência vivenciada pela saúde, indicando um novo caminho a ser percorrido para sua superação.

O presente estudo se justifica em face da necessidade oportuna de se conceber e experimentar propostas mais integrais do que os modelos de atenção à saúde em vigência, elucidando a existência de estratégias e táticas alternativas gestadas na prática profissional e empiricamente utilizadas durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos).

Configura-se como Problema a ser superado com base nos resultados desta pesquisa a invisibilidade das estratégias e táticas alternativas aos modelos de atenção à saúde hegemônicos, ensaiados por profissionais enfermeiros e médicos, mas não apropriadamente registrados, documentados e divulgados, por estes profissionais, lotados nas unidades de saúde da família existentes nos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa/PB.

Desse modo, o Objeto de Estudo desta investigação são as estratégias e táticas alternativas, desenvolvidas por enfermeiros e médicos da ESF e que delineiam seus processos de trabalho no sentido da superação dos modos de atenção à saúde hegemônicos.

Busca mapear os atos de saúde no interior do processo de trabalho dos profissionais, enfermeiros e médicos vinculados às equipes da ESF, nos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa, revelando as bases do cuidado produzido a partir destas estratégias e táticas alternativas ao modelo hegemônico.

A Importância do Estudo reside na possibilidade de problematização do processo de trabalho no interior das várias equipes vinculadas à estratégia de Saúde da Família que atuam nos Distritos Sanitários III, IV e V no município de João Pessoa/PB, visando a elucidação de racionalidades assistenciais alternativas, o que possibilitará a troca de informações sobre experiências exitosas e a construção de novos pactos de convivência entre profissionais e equipes de saúde e destes com a população.

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

- a) Há estratégias e táticas alternativas no interior do processo de trabalho dos profissionais enfermeiros e médicos nas equipes de saúde da família nos Distritos Sanitários III, IV, e V do município de João Pessoa?
- b) As possíveis estratégias e táticas alternativas, eventualmente identificadas no interior do processo de trabalho dos profissionais enfermeiros e médicos, são capazes de alterar o eixo das ações de saúde, hegemonicamente centrado em procedimentos profissionais.

c) As possíveis estratégias e táticas alternativas poderão impulsionar mudanças no processo de tomada de decisão no nível local das unidades básicas de saúde e, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde?

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

Geral

Compreender o processo de trabalho desenvolvido por enfermeiros e médicos e identificar as Estratégias e Táticas Alternativas desenvolvidas neste processo.

Específicos

- 1 - Caracterizar os profissionais enfermeiros e médicos quanto ao perfil socioeconômico, de formação e atuação profissional.
- 2 – Identificar os atos e ações de enfermeiros e médicos, classificando-os segundo Modelos de Atenção à Saúde.
- 3 - Identificar os atos e ações de enfermeiros e médicos, classificando-os nas dimensões Administrativa, Assistencial e/ou Educativa.
- 4 – Verificar a associação entre variáveis que expressam características dos Modelos de Atenção à Saúde.
- 5 – Identificar a proporção de profissionais enfermeiros e médicos que realizam Estratégias e Táticas Alternativas.

Referencial Teórico

“Não somos nós quem afirma ou nega jamais nada de uma coisa, mas é ela mesma que em nós afirma ou nega algo de si mesma.”

Spinoza

2.1. Modelos de Atenção à saúde: concepções e perspectivas

Os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais consistem em combinações de tecnologias empregadas pelo sistema de saúde em determinados espaços-populações. Dizem respeito, portanto, aos modos de integrar técnicas e tecnologias (saberes e instrumentos) a fim de resolver problemas e atender às necessidades de saúde de indivíduos e coletividade, estruturados de acordo com uma dada compreensão de saúde e doença, e com base em orientações políticas e éticas que definem as prioridades de saúde da população. Compreendem diferentes formas de se organizar as ações de saúde em um contexto social específico e historicamente determinado, julgados a partir de sua capacidade de produzir saúde (PAIM, 2003; COELHO, 2006; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Para Merhy (2007) os modelos de atenção à saúde não somente delineiam programas específicos, uma vez que dizem respeito ao modo como se constitui a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho no processo de produção dos atos de cuidar individual, coletivo e social e, desse modo, definem quais problemas de saúde serão confrontados, além de onde, como, por que e para quê/quem se dará esse enfrentamento.

Para o referido autor, a reflexão acerca dos modelos de atenção à saúde e das práticas que os denunciam, pressupõe sua compreensão enquanto expressão de relações contratuais não necessariamente oficializadas, mas em certa medida consensuais, estabelecidas entre os atores que protagonizam o conjunto das ações de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), o que ressalta o fato de que, embora se realizem enquanto modos técnicos, os processos produtivos na área da saúde são necessariamente políticos. Em função disso, a forma como se dá a negociação e pactuação de interesses desses diferentes atores é fator preponderante para a transformação do sistema com a conseqüente superação o modelo de atenção à saúde hegemônico.

Pensar em modelo assistencial implica, pois, considerá-lo enquanto organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área e de projetos de construção de ações sociais específicas que se efetivam enquanto estratégia política de grupos sociais implicados nessa produção. Com base nesse entendimento, a fim de se expressarem como projeto político, os modelos assistenciais apóiam-se sempre em uma dimensão assistencial e em uma dimensão tecnológica, razão pela qual são também denominados modelos tecnoassistenciais (MERHY apud SILVA JUNIOR, 1998).

Nessa direção, Campos (1997a) afirma que o conceito de modelo de atenção estabelece intermediações entre o técnico e o político, intermediações estas que se efetivam na

concretização de diretrizes políticas em articulação com o saber técnico, compondo um projeto que deve integrar interesses e necessidades sociais, noções disciplinares, diretrizes políticas e modos de gestão dos sistemas públicos. Para o autor, a dificuldade para promover a superação das práticas tradicionais e essencialmente excludentes de atenção à saúde se deve em grande medida à concepção usual de modelo adotada e concretizada para organização e prática de saúde, razão pela qual defende que

“Modelo deveria ser sempre uma negação que afirma, ainda que provisoriamente, já que nunca deveríamos desligar os dispositivos críticos – produtores de negatividade – e nem aqueles do compromisso com as necessidades do cotidiano – produtores de ações de afirmação, de ações deliberadas dadas determinadas condições.” (CAMPOS, 1997a, p.59).

A efetividade do modelo estaria, pois, na dependência de sua plasticidade, sua capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e combinações de atividades, a fim de que possa dar conta da diversidade e complexidade dos problemas de saúde e das necessidades dos usuários, da inconstância e até mesmo insuficiência dos recursos disponíveis e do entrelaçamento da saúde com aspectos socioeconômicos e culturais. Essa perspectiva está em consonância com o pensamento de Ayres (2009), para quem o sentido mais usualmente atribuído a um modelo de atenção à saúde o associa a processos produtivos unificadores e coercitivos, que fazem referência a ações dirigidas a uma finalidade instrumental ou estratégica. Diante disso, concebe modelo de atenção enquanto “convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações” (p.11).

Uma vez conformados e aplicados, os modelos realimentam a aplicação das tecnologias, que, em função disso, apresentarão uma significativa abertura prática. Nessa dialética, ficam evidentes os alcances e limites das tecnologias aplicadas, bem como as relações que estabelecem em termos de acordo e desacordo, o que permite que seu uso seja requalificado, adaptado e diversificado, na busca por constituir novos arranjos tecnológicos e novas práticas. Assim:

“Novos modelos se conformarão na medida do sucesso alcançado na convergência entre os diversos discursos em interação (...) acerca dos "que" e "como" fazer, em sentidos que podem abarcar dimensões operacionais, estratégicas, materiais, conceituais, filosóficas e éticas (AYRES, 2009, p. 13).

Como é possível perceber, enquanto na concepção usual de modelo a diferença tende a ser negada por ser fonte de tensões e fator desagregador, na perspectiva em discussão o

modelo encontra-se aberto a novas possibilidades e à diversidade, concebida como sinal de vitalidade. As tensões que eventualmente surjam fornecem os indicadores da necessidade de flexibilizar conceitos e técnicas, de buscar formas mais adequadas de gerir os conflitos, e de promover o diálogo efetivo e produtivo entre as diversas tecnologias. No dizer de Ayres (2009, p. 13), trata-se da abertura a “um diálogo interessado não na uniformidade ou na unidade coercitiva, mas no enriquecimento mútuo e sinérgico com base na diversidade”.

Ao discutir o espaço onde os distintos modelos de atenção tomam forma (se desenvolvem, se confrontam e se legitimam) Mehry (2002) recorre à imagem do encontro entre um médico e um usuário, evocando a fim de exemplificar tal processo. Esse espaço constitui-se pelas valises de que o médico utiliza e que representam caixas de ferramentas tecnológicas (saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais) cujo sentido é dado em contexto e conforme as finalidades que se almeja.

Conforme o autor, em sua atuação o médico faz uso de três tipos de valises: na primeira delas carrega equipamentos (estetoscópio, por exemplo), que expressam “tecnologias duras”; a segunda contém os saberes estruturados (como a clínica e a epidemiologia, por exemplo) e que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; na terceira valise o conteúdo emerge da relação trabalhador-usuário e se expressa em tecnologias que só se tornam materiais em ato, denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 2002).

O sentido de cada modelo é definido pelos diferentes arranjos estratégicos que as valises adquirem entre si, sobretudo a partir da configuração estabelecida entre as valises das tecnologias leves-duras e das tecnologias leves. Desse modo, em um modelo de atenção à saúde que privilegie a objetividade, a exemplo do modelo médico assistencial privatista, encontramos um arranjo que articula a valise das tecnologias leve-duras e a valise das tecnologias duras em detrimento da valise das tecnologias leves. Vê-se destacada, portanto, a produção de procedimentos pontuais e especializados, conseqüentemente fragmentados, e estruturados exclusivamente a partir dos saberes técnico-científicos (MERHY, 2000; 2002).

De um ponto de vista sistêmico, Mendes (1993) argumenta que a mudança em um sistema de saúde, em um contexto democrático, pressupõe três diferentes espaços de transformações que expressam a luta político-ideológico-técnica entre os diversos atores sociais em seus interesses também diversos e por vezes conflitivos: o espaço jurídico-legal, o espaço institucional e o espaço operacional.

O espaço jurídico-legal corresponde ao espaço macroestrutural, onde se inserem as regras básicas que regulam o funcionamento dos sistemas de saúde. Trata-se do sistema de

normas jurídico-legais que determina as possibilidades de mudança nos outros espaços. Segundo o autor:

“Foi neste espaço que a Reforma Sanitária mais teve sucesso nos últimos anos, quando conseguiu incorporar na legislação constitucional e infra-constitucional, federal, estadual e municipal, boa parte de sua doutrina.” (MENDES, 1993, p.100)

O espaço institucional é, conforme Mendes (1993), aquele onde se desenrola a luta político-ideológico-técnica para definição e implementação do arcabouço institucional nas esferas federal, estadual e municipal, com base no corpo doutrinário definido pela Reforma Sanitária. Nesse espaço reside o desafio de definir novas estruturas e métodos que superem o que está posto em termos de modelo, em coerência com o novo objeto proposto a partir da criação do SUS.

Para o referido autor, contudo, por mais bem delineados que sejam as legislações e formatos institucionais, não é possível garantir as mudanças se não for considerado o cotidiano das ações e serviços de saúde, que corresponde ao espaço operacional. É nesse espaço onde um modelo de atenção adquire materialidade, mediante o estabelecimento de relações diretas e recíprocas entre serviços e sujeitos (trabalhadores, população e gestores).

Seguindo a mesma linha de Mendes, Teixeira (2006) argumenta que os modelos de atenção à saúde apresentam três dimensões: a dimensão gerencial implicada na condução do processo de reorganização das ações e serviços; a dimensão organizativa, relativa ao estabelecimento de relações entre as unidades prestadoras de serviço, que se dão pela hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica; e a dimensão operativa, propriamente técnico-assistencial, que compreende as relações entre os sujeitos e seus objetos de trabalho, com a mediação dos saberes. A concretização de um modelo está condicionada à conjunção de propostas e estratégias atuando em sinergia nessas três dimensões, embora se reconheça a possibilidade de transformações parciais inseridas em cada uma das dimensões, viabilizando transformações mais amplas.

Não obstante, a autora ressalta que a transformação do modelo de atenção à saúde encontra-se mais diretamente associada à implementação de mudanças nos processos de trabalho em seus elementos constitutivos (objeto de trabalho, instrumentos de trabalho, finalidade do trabalho e agentes), e, sobretudo, nas relações estabelecidas entre trabalhadores e população usuária dos serviços.

Recorrendo mais uma vez à analogia desenvolvida por Merhy, entende-se que as mudanças no modelo de atenção à saúde estariam condicionadas ao predomínio da valise das

tecnologias leves, dentro do processo de trabalho em saúde. Tal conformação determinaria uma inversão no processo de trabalho, que passaria de produtor de procedimentos a produtor de cuidado, colocando o usuário no centro das ações e serviços de saúde (MERHY, 2007; 2002).

De acordo com Paim (2003), a discussão em torno do tema dos modelos de atenção à saúde tem se mostrado relevante para a compreensão das políticas e práticas de saúde no sentido do avanço da reforma do setor. Para o autor, dois modelos de atenção à saúde tem convivido historicamente no País, ainda que de forma contraditória, e por vezes complementar, determinando o curso das ações e serviços de saúde no país; são eles o Modelos de Atenção à Saúde Privatista e Modelo de Atenção à Saúde Sanitarista.

Como será possível observar no tópico seguinte, que contemplará a evolução histórica dos modelos de atenção à saúde no país, cada um desses modelos possui características e se apóiam em lógicas específicas, tendo surgido e se efetivado enquanto tal em resposta às demandas que se colocavam não somente ao setor saúde, mas, e principalmente, em resposta a questões de ordem política, econômica e social.

2.2. Trajetória histórica dos modelos de atenção à saúde no Brasil

As principais características do sistema de saúde brasileiro na atualidade tem suas raízes ainda no início do século passado, em uma época de profundas mudanças na sociedade brasileira como um todo, especialmente na esfera econômica, ao mesmo tempo em que refletem uma tendência geral dos países latino-americanos desde o período colonial, de assumir as orientações políticas e econômicas das suas metrópoles. Tais características são fruto de políticas cuja ação se dava a partir do poder centralizado das oligarquias regionais, que promovia a regulação social da relação entre capital e trabalho (COHN, 2009).

Conforme Fleury (2009), durante um longo período as políticas sociais brasileiras assumiram um tipo de padrão de proteção social que só veio a ser alterado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Até então, o sistema de proteção social combinava um modelo de seguro social, que garantia benefícios previdenciários e de atenção à saúde, com um modelo assistencial voltado à população que não possuía vínculos trabalhistas formais. Para a autora, a opção por políticas sociais que se materializam na combinação de modelos distintos para diferentes segmentos dos trabalhadores, indica o lugar social que cada um desses segmentos ocupa em uma dada correlação de forças.

Partindo do Período Colonial, observa-se que a organização sanitária da então colônia de Portugal espelhava-se no que era previsto pela metrópole. Os problemas de higiene eram da responsabilidade das autoridades locais e restringiam-se a preocupações com a sujeira das cidades, fiscalização dos portos e comércio de alimentos. A população com frequência solicitava a presença de profissionais médicos ao rei, contudo eram poucos os profissionais disponíveis e dispostos a migrar para a Colônia (PAIM, 2009).

As ações de saúde, por ocasião das epidemias, se davam através da formação de comissões locais, que intervinham a cada episódio relevante ou por intermédio da câmara de vereadores. Contudo, a depender da gravidade da situação, as decisões poderiam ficar centralizadas no nível de governo, determinando práticas sanitárias que não conseguiam atingir a todos de forma indiscriminada, sendo, portanto, incapazes de resolver os problemas de saúde da população. Os mais pobres sofriam com essa condição, recorrendo às santas casas de misericórdia quando necessário e dependendo de caridade e filantropia, enquanto os favorecidos economicamente recorriam à assistência de médicos particulares (PAIM, 2009).

A proclamação da República inaugura uma nova etapa política e econômica no país. No âmbito político, o Estado adquire maior autonomia, deixando de configurar-se enquanto expressão dos interesses das oligarquias regionais. Na esfera econômica a industrialização é instaurada, ainda que de forma incipiente, em virtude da insuficiência técnica e financeira do capital industrial nacional (MESQUITA, 2008).

No âmbito da saúde, as ações passam a ser atribuição dos estados. Ao nível federal competia a organização dos serviços de saúde terrestres e marítimos, unificados na Diretoria Geral de Saúde, cuja finalidade era intervir onde não cabia a atuação dos governos estaduais, como era o caso da vigilância sanitárias nos portos (PAIM, 2009).

De acordo com Paim (2009), ao longo desse período a organização dos serviços de saúde era confusa e complexa, compondo o que o autor denomina de um “não-sistema de saúde”, cuja marca principal era a separação entre as ações de saúde pública e a assistência médico-hospitalar. Havia certa omissão do poder público em relação à saúde da população, o que determinava a desintegração das ações e serviços, a partir de práticas pontuais com objetivos os mais diversos, mesmo quando envolviam as mesmas atividades. Como resultado, havia um desperdício significativo de recursos que dificultava a resolução dos problemas de saúde de uma sociedade que se urbanizava em função do processo acelerado de industrialização. Nesse contexto, prevalecia a concepção liberal, segundo a qual ao Estado só caberia intervir em situações nas quais indivíduos e iniciativa privada não eram capazes de responder adequadamente.

As epidemias que assolavam o país ameaçavam comprometer seriamente a economia agroexportadora, exigindo do poder público a implementação de medidas sanitárias enérgicas nas cidades e nos portos, além do combate a vetores e vacinação obrigatória. As intervenções eram, contudo, episódicas e direcionadas a agravos específicos, caracterizando-se, sobretudo, pelo caráter autoritário. As ações de saúde pública eram implementadas tal como uma operação militar, e os serviços estavam vinculados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o que em grande parte justificava o enfrentamento dos problemas de saúde como “caso de polícia” (PAIM, 2009).

Diante dessa perspectiva, as ações e serviços de saúde apoiavam-se de forma preponderante na realização de campanhas sanitárias direcionadas ao combate às epidemias e eram estruturadas tendo em vista o saneamento de espaços públicos a fim de manter o controle sobre algumas doenças (tais como peste, a cólera e a varíola). Destaca-se nesse processo a figura do médico Oswaldo Cruz, responsável pela implementação do modelo das campanhas sanitárias que encontra-se nos fundamentos do modelo assistencial sanitaria (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; RAMOS, 2007).

Conforme Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001) o modelo de atenção à saúde sanitaria, também conhecido como sanitismo campanhista, tem nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e foi predominante do início do século XX até o ano de 1945 quando teve início a transição política, econômica e social que consolidou o modelo assistencial privatista.

O modelo sanitaria parte de uma concepção de saúde fundamentada na teoria dos germes, que explica os problemas de saúde por uma relação linear estabelecida entre agente e hospedeiro de maneira que as intervenções em saúde se dão pela interposição de barreiras com a finalidade de romper essa relação. As ações têm inspiração militar, o que pressupõe o combate a doenças de massa por meio de um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (MENDES, 1996; CARVALHO; MARTIN, CORDONI JR, 2001).

Ainda na década de 1920 é adotado no país o sistema de proteção social baseado no seguro social que se caracterizava pela garantia de acesso aos serviços de saúde apenas aos indivíduos que, estando vinculados ao mercado de trabalho, contribuíam com a previdência social. O marco inicial e legal da previdência social foi a aprovação da Lei Elói Chaves (Decreto Nº 4.682 - de 24 de janeiro de 1923), que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) para os empregados de empresas ferroviárias. Os benefícios dessa lei foram posteriormente estendidos aos trabalhadores de outros setores produtivos a ponto de constituírem a lógica de atenção à saúde da população (PAIM, 2009; MESQUITA, 2008).

A vinculação ao mercado de trabalho dava aos trabalhadores e seus dependentes o direito de receber aposentadorias e pensões além do acesso à assistência médica, o que era possível por meio da contribuição de empregados e empregadores, além de uma parcela financiada pelo Estado a partir da criação de impostos. A assistência médica era, portanto, previdenciária e garantida somente aos segmentos assalariados urbanos da sociedade brasileira (COHN, 2009).

Além de financiar parte dos benefícios previdenciários, cabia ao Estado desenvolver algumas ações de saúde através do saneamento ambiental, vacinação, e isolamento dos indivíduos que apresentavam doenças contagiosas e consideradas perigosas para a sociedade. A parcela da população que não tinham vínculo com o mercado de trabalho, compreendida pelas camadas economicamente desfavorecidas da sociedade, tinha como única opção buscar assistência em instituições filantrópicas. Já as camadas sociais favorecidas recorriam aos serviços privados de assistência e, eventualmente, tratamentos no exterior (COHN, 2009; SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; RAMOS, 2007).

As profundas transformações que ocorreram no país a partir da revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder, e a quebra da bolsa de valores de Nova York em 1929 que provocou uma longa crise no mercado cafeeiro, com conseqüente desvalorização do café no mercado internacional, provocaram o deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos. Em virtude desse panorama, surge na sociedade brasileira um novo contingente formado por trabalhadores assalariados, principalmente nos setores de transporte e na indústria (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Em 1933 a previdência social assume uma nova estrutura com a transformação das CAPS em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), organizados não mais por empresa, mas por categoria profissional, e que dispunham de uma ampla rede de serviços ambulatoriais e hospitalares (COHN *et al*, 2006). Carvalho, Martin e Cordoni Jr (2001) identificam na criação das CAPs e posterior transformação em IAPs, os primeiros embriões do modelo assistencial privatista que se consolidará somente no início da década de 1960.

Ainda na década de 1930, foram criados os primeiros centros e postos de saúde que passaram a atender através de programas (de vacinação, tuberculose e hanseníase, por exemplo), e cujas ações direcionavam-se aos segmentos mais pobres da população. Esses programas tinham cunho individual e biologicista, com foco na cura das patologias, sem considerar os determinantes sociais, culturais e psicológicos das mesmas, bem como o contexto no qual se desenvolviam. Não obstante, sua criação compreendeu um passo importante no sentido da superação das intervenções sanitárias autoritárias, determinando a

mudança das ações, antes com ênfase na coerção para a persuasão. Paralelamente a essa organização da assistência, desenvolvia-se a medicina privada, estruturada em consultórios e clínicas, e que atendia às demandas dos grupos favorecidos da população, que podiam arcar com os custos desse atendimento (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007; PAIM, 2009).

Já na década de 1950, observa-se um progresso econômico em curso no país aliado à aceleração da industrialização, que intensifica o deslocamento da população rural para os centros urbanos em função da necessidade de compor a mão de obra para as indústrias. Como consequência, tem-se a aglomeração de operários nas áreas urbanas, ampliando e criando demandas por assistência à saúde. Essa nova conformação social determina uma reorganização estrutural no sistema de saúde brasileiro. O importante, a partir de então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador a fim de que este pudesse exercer adequadamente sua função produtiva. Novamente, as ações e serviços de saúde no país são regidos pela lógica da produção, direcionando os investimentos para a assistência previdenciária em detrimento das ações em saúde pública (RAMOS, 2007; MENDES, 1993).

Em face desse contexto, observa-se que enquanto a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, assentado na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. À medida que se mostrou incapaz de responder às demandas de uma economia industrializada, o modelo sanitaria vai perdendo progressivamente espaço para o modelo privatista, que toma forma paralelamente ao crescimento e mudança qualitativa da previdência social brasileira (MENDES, 1993; 1996).

A ditadura militar, instaurada a partir de 1964, determinou novas mudanças na organização das ações e serviços de saúde do país. Sob o argumento de promover a extensão dos direitos previdenciários a um contingente cada vez maior da população, os Institutos de Aposentadoria e Pensão foram unificados, no ano de 1967, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa iniciativa não implicou em mudanças no modelo de atenção à saúde vigente, tendo sido mantida a assistência individualizada, contribuindo, inclusive, com a expansão e consolidação do modelo médico assistencial privatista, a partir de investimentos e ampliação da rede hospitalar, do setor privado, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (NASCIMENTO; ZIONI, 2010).

A despeito da expansão que experimentou no final da década de 1960 e início da década de 1970, o modelo médico assistencial privatista logo enfrenta uma crise que deixa

evidente suas fragilidades e limitações, sobretudo por não dar conta das demandas de saúde da população, decorrentes do processo de industrialização e urbanização da sociedade, bem como dos aspectos subjetivos do adoecimento (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

No ano de 1976 a previdência social passa por um processo de re-estruturação com a finalidade de expandir a assistência médico-hospitalar no país, culminando com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O INAMPS caracterizava-se por prover assistência à saúde aos trabalhadores da economia formal e a seus dependentes e pelo financiamento de ações e serviços de saúde que era proporcional aos recursos arrecadados. Desse modo, os investimentos eram maiores onde havia maior concentração de beneficiários, favorecendo os grandes centros urbanos (RAMOS, 2007; RIBEIRO, 2010).

As contradições no setor da saúde se aprofundam na segunda metade da década de 1970. O modelo médico hospitalar é mantido, ao mesmo tempo em que o Estado se vê na impossibilidade de enfrentar a crise sanitária através de mecanismos econômico-financeiros e de garantir a extensão da cobertura dos serviços de saúde. Paralelamente, ganham força os movimentos sociais, que se estabelecem como possibilidade de articulação das forças sociais que atuavam contra a política de saúde hegemônica.

Destaca-se, nesse período, a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, no ano de 1978, que definiu a meta de Saúde para Todos no Ano 2000. A viabilidade dessa meta estaria condicionada ao desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, concebidos como função central e foco principal dos sistemas de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade. Os cuidados primários compreenderiam, portanto, o primeiro nível de contato dos usuários com os serviços de saúde, garantida através de um processo continuado de assistência (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

É nesse contexto que se desenvolve e expande a luta pela democratização das políticas, até então restrita ao contexto universitário, aos partidos clandestinos e movimentos sociais, e que passa, progressivamente, a localizar-se no interior do aparelho estatal (FLEURY, 2009).

Com o objetivo principal de organizar as atividades do setor público de saúde, foi instituído em 1975 o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Para Paim (2007), a criação do SNS compreendeu uma iniciativa racionalizadora que não se direcionava a modificar substancialmente as ações e serviços de saúde no país. Em função de dificuldades

relacionadas à regulamentação da Lei 6229/75, que versava sobre a organização do SNS, o governo passa a investir nos Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados na medicina comunitária, e que compreendiam uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico.

Embora veiculassem referências ao modelo médico-hospitalar hegemônico e sua expansão estivesse prevista de forma a não confrontar os interesses privados do setor saúde, os PECs terminaram por constituir espaços de articulação e luta para os setores progressistas que questionavam as práticas de saúde desenvolvidas, por entender que estas estavam impregnadas de um autoritarismo que necessitava ser superado. Para tanto, propunha-se que os questionamentos deveriam partir de dentro dos serviços de saúde, de modo que os profissionais e trabalhadores da saúde pudessem refletir sobre suas práticas. (PAIM, 2007).

O recrudescimento do autoritarismo, que perde legitimidade a partir dos resultados das eleições de 1974, trás a tona as debilidades sociais, evidenciando a crise do Estado expressa pela baixa eficácia e efetividade das ações e serviços de saúde, os custos exorbitantes provenientes dos serviços hospitalares e a baixa cobertura dos serviços de saúde. Como pano de fundo dessa crise tinha-se a falência do “milagre econômico” decorrente da crise do capitalismo mundial (PAIM, 2009; PAIM, 2007).

Como consequência, observa-se o fortalecimento de movimentos sociais, organizados por diversos segmentos (populares, estudantis, profissionais e intelectuais) que reivindicavam mudanças nas condições de vida e saúde da população, e que representaram antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira. Destaca-se, nesse sentido, os debates e práticas desenvolvidos nos contextos universitário e de serviços de saúde em torno da proposta da medicina comunitária e que contemplavam, entre outros temas, a integração docente assistencial, organização dos serviços e participação da comunidade (PAIM, 2007; RIBEIRO *et al*, 2010).

No início da década de 1980 se estabelece uma profunda crise estrutural da Previdência Social, decorrente do desequilíbrio entre receita e despesas, e da implementação de políticas econômicas que favoreciam, entre outros aspectos, o aumento do desemprego, redução do número de contribuintes autônomos, redução da parcela de contribuição do governo e sonegação das empresas. Como resposta a essa conjuntura, foi lançado o “pacote da Previdência”, que representou a tentativa do governo de acomodar os diversos interesses em jogo, sobretudo dos grupos que compunham sua base de sustentação política e aqueles relativos ao complexo médico-empresarial (PAIM, 2007).

Tal conjuntura permite o estabelecimento de contra-políticas que, embora não viabilizassem a construção de propostas alternativas a curto prazo, criaram as bases para a construção de projetos futuros (PAIM, 2007). Essa mobilização em torno das demandas do setor possibilitou um amplo debate político sobre a questão da saúde, fundamentado na produção teórica da Medicina Social, com progressiva articulação com os movimentos sociais vinculados às associações de bairro, as comunidades eclesiais de base, destacando-se a retomada de associações profissionais da área da saúde por grupos democráticos.

Nesse processo, destaca-se a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, evento que contou com a participação de um número expressivo de membros da sociedade civil, evidenciando um caráter democrático inexistente em conferências anteriores. Compreendeu, portanto, a consolidação do projeto de reforma sanitária, definindo as bases político-ideológicas que subsidiaram a elaboração da nova constituição brasileira (CUNHA, 2005; CONCEIÇÃO, 2010).

Conforme Ceccim e Ferla (2009) o movimento da Reforma Sanitária organizou-se e consolidou-se no Brasil, notadamente nos anos de 1970 e 1980, enquanto luta social em defesa da saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. Apoiado no *slogan* ‘saúde é democracia’, buscava designar a saúde como direito e como expressão de condições de vida e de trabalho. A saúde era, pois, assumida em seu conceito ampliado, que resultava da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes), demandando a superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica).

Para Feuerwerker (2005), a força desse movimento reside em sua capacidade de construir a idéia do direito democrático de todos à saúde e por propor as linhas gerais de um novo ideário sanitário, a partir de um discurso alternativo ao hegemônico, com uma capacidade efetiva de mobilização e conquista.

A Constituição Federal, promulgada no ano de 1988, incorporou as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e do movimento pela reforma sanitária, legitimando a saúde como direito de todos e dever do Estado a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia desse direito está subordinada ao desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que tenham como foco a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. As ações e serviços da saúde são definidos como sendo de relevância pública, constituindo um sistema único em todo o território nacional, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada (CUNHA, 2005; BRASIL, 1988).

O SUS representa, pois, a dimensão setorial e institucional da proposta da Reforma Sanitária Brasileira, formulada pelo movimento de luta pela democratização da saúde, tendo como propósito máximo intervir sobre as desigualdades de acesso à saúde da população estabelecendo o direito de atendimento na rede pública de saúde em todas as suas instâncias, segundo os preceitos constitucionais.

Nos fundamentos do processo de criação do SUS é possível identificar o conceito ampliado de saúde, a necessidade de que sejam elaboradas políticas públicas que favoreçam a promoção da saúde, o imperativo da efetivação da participação social para a construção da saúde enquanto direito de cidadania e a valorização da intersetorialidade, a partir do reconhecimento da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006a).

A lógica adotada pelo SUS está respaldada em princípios ético/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros compreendem a universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde, enquanto os segundos referem-se à descentralização, regionalização e hierarquização da rede e a participação social (BRASIL, 2000).

O princípio da *integralidade* da assistência é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de caráter preventivo e curativo, individuais e coletivos, a serem desenvolvidas em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a). Pressupõe uma assistência que considere a pessoa em sua completude, de modo a atender a todas as suas necessidades (físicas, psíquicas, sociais, espirituais), bem como a articulação entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e destas com as demais políticas públicas (RAMOS, 2007).

A *universalidade*, enquanto princípio ordenador, estabelece a saúde como direito de cidadania, o qual deverá ser promovido pelo Estado por meio da garantia do acesso à toda a população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1990a; RAMOS, 2007).

O princípio da *equidade* diz respeito à igualdade no acesso a ações e serviços de saúde na busca pelo equilíbrio social, como forma de superar as desigualdades em saúde e de acesso a serviços de saúde (RAMOS, 2007). Prevê, nesse sentido, a oferta de tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, que cada usuário deverá ser atendido segundo suas necessidades (BRASIL, 2000; PAIM, 2006).

No que concerne aos princípios organizacionais/operativos, temos na *descentralização* a possibilidade de repartição de poderes e responsabilidades decisórias entre os entes federal,

estadual e municipal. Além de prevê a atuação dos três níveis de governo, privilegia-se o nível municipal na elaboração e implementação das políticas de saúde, de modo a garantir uma maior proximidade da realidade de saúde na busca por ações mais eficazes (SANTOS; CONCEIÇÃO, 2010; RAMOS, 2007).

Os princípios da *hierarquização e regionalização* da saúde pressupõem a distribuição espacial dos serviços por regiões e em diferentes níveis de complexidade, a fim de atender às necessidades da população, o que implica no desenvolvimento de ações articuladas entre estados e municípios (BRASIL, 2000).

O princípio da *participação social* institucionaliza a democracia participativa através do controle social na área de Saúde, tornando obrigatória a constituição e funcionamento de conselhos de saúde, entre outros dispositivos de participação, nos três níveis de governo (BRASIL, 2000).

Para Vasconcelos e Pasche (2009), os princípios e diretrizes se articulam e se complementam para conformar o ideário e lógica de organização do sistema, estando em sintonia com os preceitos do bem-estar social e da racionalidade organizativa.

A regulamentação do novo sistema de saúde ocorreu com a promulgação das chamadas Leis Orgânicas da Saúde: a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano. A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A Lei 8142/90, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Cardoso e Nascimento (2010) asseveram que a instituição do SUS se traduziu em transformações reais no sistema brasileiro de proteção social, tanto por afirmar o dever do Estado e a garantia de direitos, como por promover os pressupostos de universalização, descentralização, integralidade e participação social. Contudo, essas transformações não conseguiram alterar suficientemente a qualidade das ações de saúde, tornando-se necessário buscar novos saberes e práticas que viabilizassem mudanças mais efetivas e duradouras. Nesse sentido, a construção de novas estratégias assistenciais foi assumindo, progressivamente, maior relevância.

Diante dessa perspectiva, a política de saúde no país sofreu mudanças significativas, tendo em vista o redirecionamento dos esforços para o estabelecimento do SUS que, após anos de privilégios concedidos à atenção hospitalar, passaram a se concentrar na atenção

básica através da criação de programas e de investimentos financeiros que subsidiaram várias experiências (BRASIL, 2002).

As primeiras iniciativas de implantação de uma rede de serviços direcionados à atenção básica à saúde surgiram ainda na década de 1970, com a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que visava à implementação de serviços básicos permanentes, com ênfase na prevenção de doenças, em ações de saúde de baixo custo e alta eficácia, com ampla participação comunitária (VAN STRALEN, 2008). A proposta seguinte, de implementação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), teve como base o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), elaborado em 1983 (MALIK, 1998).

No final da década de 80, já sob o amparo do SUS, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no estado do Ceará, iniciativa esta que tinha por objetivo a criação de frentes de trabalho para atuar em um contexto de seca, através de ações básicas de saúde em mais de cem municípios cearenses. O PACS surge como um programa estadual que fazia uso de recursos financeiros federais, oriundos de fundos especiais de emergência e que, após o período crítico da seca, foi mantido com recursos do tesouro estadual passando, então, a adquirir características de extensão de cobertura de ações de saúde (BRASIL, 2002; FERREIRA *et al*, 2009).

A experiência bem sucedida no Ceará possibilitou que em 1991 fosse criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde. A implantação do programa ocorreu inicialmente na região Nordeste, se estendendo posteriormente para a região Norte e demais regiões do país até o ano de 1993. Com essa iniciativa, a família passou a ser o foco das ações de saúde, e são estabelecidas as bases para experiências posteriores de incrementação da atenção básica (BRASIL, 2002; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Para Viana e Dal Poz (2005), a contribuição do PACS e do PNAS reside na mudança do foco das ações de saúde, antes direcionado somente ao indivíduo, passando, a partir de então, a incidir sobre a família. Outras contribuições do referido programa dizem respeito à reorganização da demanda e reorientação do processo de trabalho, antes centrado na figura do médico.

O processo de incremento da atenção básica com vistas à reorganização dos serviços de saúde e mudança do modelo assistencial hegemônico se consolidou com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994. O PSF surgiu como uma proposta para consolidação e construção do SUS, reafirmando seus princípios e diretrizes. Sua proposta

deriva de experiências bem sucedidas com o programa Médico de Família desenvolvido na cidade de Niterói (RJ) a partir de 1992 e que se estruturava de forma semelhante à medicina de família implantada em Cuba (VIANA; DAL POZ, 2005).

A Saúde da Família compreende uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em novas bases e critérios, a partir de mudanças no objeto de atenção, na forma de agir e na organização dos serviços de saúde. Tem como objetivo principal a transformação das práticas assistenciais orientadas segundo uma visão biologicista do processo saúde doença que determina ações eminentemente curativas, bem como uma assistência centrada no trabalho médico e com foco no ambiente hospitalar (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

A atenção passou a ser centrada na família, compreendida a partir do ambiente físico e social em que vive, segundo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, tendo em vista intervenções de maior impacto e significado social (BRASIL, 1997).

Embora tenha surgido como um programa, sendo posteriormente definido como estratégia, desde o início, e considerando suas especificidades, o PSF fugia à concepção usual de um programa por não constituir uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Se propunha, na verdade, ao desenvolvimento de ações integradas e organizadas em um território definido, com vistas ao enfrentamento e resolução dos problemas identificados, segundo as demandas de cada contexto (BRASIL, 1997).

A operacionalização da Estratégia de saúde da Família ocorre mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, localizadas em uma área geográfica delimitada e compostas minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais dividem o processo de trabalho a partir do exercício de funções normatizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

As equipes têm como responsabilidade geral realizar o acompanhamento das famílias residentes nas áreas de abrangência de cada unidade, desenvolvendo, para tanto, ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, para manutenção da saúde da comunidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 1997).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS, a partir do desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2006).

As diretrizes da estratégia de Saúde da Família devem ser operacionalizadas com base nas realidades regionais, municipais e locais, de acordo com os seguintes princípios: caráter

substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela e equipe multiprofissional. O *caráter substitutivo* pressupõe a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde. *Integralidade e hierarquização* dizem respeito à vinculação e articulação entre a Unidade de Saúde da Família, porta de entrada do sistema local de saúde inserida no primeiro nível de ações e serviços de saúde, com a rede de serviços, assegurando a referência e contra-referência para os demais níveis do sistema, de modo a garantir a atenção integral aos indivíduos e famílias. A *territorialização e adscrição* da clientela delimitam o trabalho a um território de abrangência definido, cabendo à equipe a responsabilidade por cadastrar e acompanhar a população adscrita a esse território. O trabalho estruturado a partir de *equipes multiprofissionais* determina a composição mínima da equipe, anteriormente descrita, bem como o trabalho articulado entre as diferentes categorias profissionais que a compõem (BRASIL, 2001; BRASIL, 1997).

A assistência adquiriu um novo formato também através da delimitação das práticas de saúde a um espaço territorial definido, o que acentuou a idéia de vínculo, que define uma aproximação e constituição de referências entre profissionais e usuários, no sentido do estabelecimento de laços de compromisso e co-responsabilidade entre ambos (FRANCO; MERHY, 2007).

Tendo sido criado em um contexto de crise e racionalização de gastos em saúde, em grande parte decorrentes da implementação de medidas de ajuste estrutural por agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, o PSF sofreu inúmeras críticas por ser concebido como uma estratégia simplificada de atenção à saúde que buscava focalizar os esforços nos serviços básicos de saúde para a população mais vulnerável, comprometendo ao mesmo tempo a universalização e a integralidade da atenção (DOWBOR, 2008).

Todavia, diversos fatores contribuíram para o desenvolvimento do PSF no Brasil, com destaque para a influência internacional através do incentivo da OMS para a incorporação de políticas públicas voltadas para a atenção primária como estratégia de organização dos sistemas de saúde (DOWBOR, 2008).

Para Merhy (2002), a estratégia de Saúde da Família surge no interior de projetos mais abrangentes oriundos do processo da Reforma Sanitária Brasileira, trazendo consigo possibilidades de transformar o setor da saúde, sobretudo no que se refere ao modelo de atenção à saúde. Para tanto, pressupõe uma transformação radical no processo de produção do

cuidado, a partir da proposição de mudança de uma lógica centrada nas ofertas de consumo dos atos de saúde, para outra lógica, pautada pelas necessidades de saúde.

No contexto da Saúde da Família, o trabalho em equipe é considerado um dos pressupostos centrais para a reorganização do processo de trabalho, trazendo maiores possibilidades de atuação em consonância com uma abordagem integral e resolutive das ações de saúde. Pressupõe uma construção compartilhada e coletiva dos saberes e práticas, que viabilize a superação do modelo técnico hierarquizado, por meio de uma maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Decorridos mais de 15 anos de sua criação, a ESF segue como uma estratégia exitosa, cuja expansão possibilitou, dentre tantos aspectos, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, reorganização dos serviços com ênfase na atenção básica, participação popular e valorização do poder local, e uma maior proximidade e vinculação dos profissionais com a realidade de vida dos usuários, fatores estes considerados como de fundamental importância para a apreensão adequada das necessidades de saúde indivíduos, famílias e comunidades.

Em que pese os avanços, no cotidiano dos serviços ainda se observa a manutenção de dificuldades e limitações importantes. Conforme salienta Franco (2003), ao acessar os serviços de saúde os usuários muitas vezes se vêm diante de um atendimento burocrático, que se expressa pela falta de compromisso com os problemas e necessidades de saúde trazidos, e no qual o cuidado não se realiza enquanto missão do SUS. Assim, na contra-mão do que propunha o movimento da reforma sanitária brasileira para fazer avançar a saúde no país, o que se observa é a materialização de iniciativas incapazes de garantir acesso universal e de qualidade, de maneira que os serviços expressam um exaustivo processo de exclusão social que materializa não só o desrespeito à população, mas, na mesma medida, indica a manutenção de obstáculos que se colocam para a efetivação da saúde como direito de cidadania.

Para Costa *et al* (2009), as dificuldades observadas na prática cotidiana na ESF decorrem da capacidade que o modelo tradicional biomédico possui de “sugar” as forças da estratégia, sobretudo naquilo que lhe é mais caro, que são as práticas profissionais. Em função disso, é mantido o paradigma flexneriano que toma o conceito de saúde em sua negatividade, como ausência de doença, determinando o desenvolvimento de práticas direcionadas quase que exclusivamente ao enfrentamento da doença enquanto entidade biológica, alheia aos determinantes sociais mais amplos e ao usuário enquanto sujeito de sua própria experiência de vida e saúde.

Diante do exposto, verifica-se que a análise da realidade dos serviços de saúde no país evidencia que, a despeito do modelo de atenção à saúde adotado, a produção do cuidado muitas vezes não se fundamenta no compromisso com o atendimento às necessidades da população, sejam elas diretamente demandadas ao setor saúde, ou que exigem uma ação intersetorial. Fica, então, evidente a necessidade de se pensar em modelagens dos processos de trabalho em saúde que, ao combinar ações de atenção à saúde humanas e eficazes, possibilitem o alcance de resultados efetivos sobre o nível de saúde da população (MERHY, 2007).

Tendo em vista três os pilares que sustentam a produção e reprodução de um modelo de atenção à saúde, conforme discutido anteriormente (políticas de saúde, organização dos serviços e trabalho), destaca-se que é no trabalho, e na adequada articulação dos elementos que o constituem, que reside o potencial transformador da realidade de saúde da população, de maneira que a compreensão da natureza das ações de saúde não pode prescindir do conhecimento do trabalho enquanto processo, aqui entendido como social e historicamente determinado.

Desse modo, o presente estudo tem seguimento com a descrição do trabalho enquanto categoria de análise aplicada à saúde, sistematizada por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves que teve como base a teoria marxista de trabalho, bem como as discussões sobre o trabalho em saúde na atualidade que refletem em grande parte a ampliação e aprofundamento do tema. Nesses últimos, ressalta-se a potência transformadora dos processos que se constituem na realidade dos serviços, uma vez que é nesse espaço que o sistema de saúde ganha materialidade e se transforma, através do contato direto dos serviços com a realidade de vida e saúde da população que permite a construção de novas possibilidades de compreensão e prática.

2.3. Processo de Trabalho em Saúde

As discussões sobre o trabalho em saúde no contexto brasileiro tiveram início no final da década de 1960, com os estudos de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que, através da introdução de recursos teórico-metodológicos da sociologia, realizou importantes análises das relações entre saúde e sociedade, expondo, entre outros aspectos, as relações entre a prática de saúde e as práticas sociais, sobretudo no que se refere à prática médica. Para tanto, privilegiou estudos sociológicos nacionais, lançando mão, ainda, de referenciais de pesquisas realizadas

pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; PEDUZZI, 2007).

Conforme Donnangelo e Pereira (1979), o desenvolvimento da medicina como campo de saber científico constituía a perspectiva dominante nos estudos que se propunham a delinear sua história social. Nesse sentido, afirmavam que:

“(...) a própria historicidade dos meios de trabalho não se esgota no registro de seus fundamentos científicos ou de sua diversificação tecnológica progressiva. Ademais, identificá-los a um conjunto de procedimentos técnicos e científicos implica uma evidente simplificação.” (p.16)

Diante desse entendimento, argumentam que a medicina enquanto prática técnica atende a exigências postas à margem de seu caráter técnico, exigências estas que se inserem na totalidade das práticas sociais determinadas por fatores econômicos, políticos e ideológicos. Desse modo, a prática médica articula-se ao conjunto das práticas sociais ao mesmo tempo em que se constitui enquanto prática social, respondendo a exigências nesse âmbito que regulam o dimensionamento do objeto e meios de trabalho e da forma e destinação de seus produtos (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Os estudos de Donnangelo tiveram repercussão no Brasil e na América Latina, com desdobramentos importantes para a análise da prática de diversas profissões da saúde, desenvolvendo-se a partir de duas vertentes: o estudo das políticas e da organização da assistência; e a análise do mercado de trabalho e do cotidiano das práticas profissionais em saúde. A primeira dessas vertentes tem subsidiado discussões acerca do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro até a implementação do SUS e a segunda tem como fundamento a compreensão de práticas de saúde como produção de assistência e cuidado, tendo se expandido na constituição dos conceitos de *força de trabalho em saúde* e *processo de trabalho em saúde*, a partir do trabalho de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009; PEDUZZI, 2007).

Mendes-Gonçalves adota o trabalho na concepção marxista como categoria analítica das práticas de saúde, com base no pressuposto da consubstancialidade das práticas técnicas em saúde com o conjunto das práticas sociais. Com base nessa perspectiva, busca apreender e compreender o trabalho em saúde e a conformação dos elementos que o constituem (PEDUZZI, 2007; PEDUZZI, 2002).

O trabalho na perspectiva marxista compreende um processo através do qual o homem, de maneira consciente e ativa, atua sobre a natureza e a transforma, imprimindo aos objetos da natureza forma útil e adequada ao atendimento de suas necessidades. Trata-se,

portanto, de um sistema de forças naturais dominadas que medeiam a relação entre homem e natureza, mediação esta que caracteriza-se por ser necessariamente sócio-histórica. É através do trabalho que o homem produz seu meio de vida e, ao fazê-lo, produz sua própria vida material, constituindo-se enquanto ser humano e transformando continuamente a si mesmo e ao meio em que vive (MARX, 1996).

Marx (1996) distingue três elementos que, articulados entre si, constituem o processo de trabalho: a *finalidade*, os *meios* ou *instrumentos* de trabalho, e o *objeto de trabalho*. Assim colocados, esses elementos definem categorias de análise que possibilitam a compreensão genérica de trabalho bem como de trabalhos humanos específicos, a exemplo do trabalho em saúde.

Ao aplicar o conceito de trabalho à investigação do processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves distingue ainda o agente, como um quarto componente do processo de trabalho (PEDUZZI, 2007).

O *objeto de trabalho* compreende a matéria fornecida pela natureza e sobre a qual incide a ação do trabalhador a fim de modificá-la alcançar um resultado. A modificação a que Marx se refere diz respeito ao desprendimento (identificação e delimitação) das qualidades do objeto natural como sendo adequadas à obtenção de um resultado, com base na finalidade que se tem em mente. Desse modo, enquanto objeto da natureza, não existe, por si só, pronto à intervenção humana, devendo ser reconhecido como tal pelo trabalhador com base em um saber que indicará nesse objeto uma necessidade a ser atendida (MARX, 1996; MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

As qualidades que o definem enquanto objeto de trabalho deverão necessariamente conter o resultado em potência, pois há uma relação necessária entre ambos (objeto da natureza e o resultado) não sendo possível, por exemplo, obter um determinado resultado a partir da transformação de qualquer objeto, mas antes a partir de um objeto que guarde em si as potencialidades que interessam à efetivação do resultado, de modo que ao final do processo seja possível identificar no resultado as potencialidades do objeto (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Os *instrumentos* ou meios de trabalho, por sua vez, compreendem uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador interpõe entre si e o objeto de trabalho de modo a dirigir a atividade sobre esse objeto tendo em vista o alcance de um determinado fim (MARX, 1996). Correspondem à forma através da qual a energia é incorporada ao processo de trabalho, sendo necessário, para tanto, que sintetizem em uma ação transformadora as qualidades do objeto e do resultado a ser alcançado (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Dado que não são naturais, constituem-se sócio-historicamente, sobretudo em sua relação com o objeto de trabalho, havendo, portanto, uma correspondência entre ambos, o que implica dizer que o objeto demanda instrumentos que lhe sejam adequados do mesmo modo que os instrumentos só poderão ser aplicados de forma adequada aos objetos que lhe são correspondentes (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

Para Mendes-Gonçalves (1992) os instrumentos de trabalho podem ser materiais ou não-materiais. Estes últimos compreendem os saberes que permitem a articulação entre agentes e instrumentos materiais. Podem ainda constituir-se em instrumentos de trabalho ao fundamentar o recorte do objeto de intervenção, orientando a ação sobre esse objeto. Desse modo, o saber é o fio condutor na apreensão de um objeto de intervenção pelo trabalhador, e nesse processo, se desdobrará em técnicas materiais e não-materiais.

A *finalidade* do processo de trabalho diz respeito ao seu caráter teleológico e compreende o fim que orienta as suas atividades ou ações. Nesse sentido, o processo de trabalho se traduz em um projeto de trabalho intencionalmente elaborado e guiado por uma racionalidade que irá determiná-lo no sentido da transformação de um dado objeto de intervenção para satisfazer uma necessidade. A finalidade compreende, portanto, a idealização da transformação do objeto, posta em prática através da interposição dos meios e instrumentos entre o trabalhador e o objeto. É a finalidade que rege todo o processo de trabalho, estando presente antes quando de sua idealização e durante todo o processo determinando os critérios e parâmetros de sua realização. Assim, a finalidade desse processo reside no próprio trabalho, e, do ponto de vista do resultado, tanto os meios quanto o objeto de trabalho compreendem meios de produção e o trabalho é trabalho produtivo (MARX, 1996; MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

Destaca-se ainda, que toda objetualização da natureza é decorrente da presença do *agente* para o qual ela é objeto. Assim, os elementos do processo de trabalho só podem ser compreendidos por referência à posição relacional que estabelecem entre si mediados pelo agente que confere uma finalidade ao processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A presença do agente remete à interação entre subjetividade e objetividade que se mantém durante todo o processo de trabalho, uma vez que ao atuar sobre a natureza, transformando-a, transformará a si mesmo e ambos tornar-se-ão históricos (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para Peduzzi e Schraiber (2009), o agente pode ser visto como instrumento do trabalho ou sujeito da ação, uma vez que introduz no processo de trabalho um projeto prévio e sua finalidade além de outros projetos coletivos e pessoais.

Conforme Peduzzi (2007), a introdução da análise sobre o processo de trabalho permitiu distinguir claramente o exercício profissional em saúde enquanto prática social articulada às demais práticas vigentes. Assim, como desdobramento dos estudos sobre o processo de trabalho e com base em um olhar epistemológico, Mendes-Gonçalves avança na análise da relação entre ciência e trabalho, através da introdução da categoria saber operante ou saber tecnológico. Ao empreender essa análise, o autor assume uma postura crítica frente à concepção geral de tecnologia, enquanto conjunto dos instrumentos materiais do trabalho com função meramente técnica, por entender que tal concepção omite o fato de esses instrumentos somente ganharem existência concreta no trabalho ao expressarem as relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Assim, afirma que, até por motivos etimológicos, o termo tecnologia faz referência às conexões que se estabelecem no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através dos instrumentos. Nesse sentido, concebe tecnologia enquanto “conjunto de saberes e instrumentos que expressam, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática numa totalidade social” (p.32), ressaltando o saber em seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde.

Ainda conforme Peduzzi (2007), junto com os demais instrumentos de trabalho, o saber configura a possibilidade de intervenção recortando da realidade aspectos que se constituem em objetos de intervenção. A categoria saber operante permite apreender o agente como mediador das conexões entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho, ao mesmo tempo em que possibilita conhecer as ações do trabalho isoladamente bem como o projeto do conjunto das ações realizadas.

Nesse sentido, destaca-se que as práticas profissionais das diversas áreas que compõem o campo da saúde, sob a influência da hegemonia da prática médica, adotam em grande medida os saberes e objetos de trabalhos pautados na clínica, de maneira que o processo saúde-doença é aprendido exclusivamente no nível individual e biológico, a despeito dos diversos saberes e práticas profissionais que integram as práticas de saúde. Frente a esse panorama, as possibilidades de mudança no processo de trabalho em saúde encontram-se atreladas à compreensão e transformação da racionalidade que rege essas práticas, na direção da integralidade da atenção e defesa da vida individual e coletiva.

Para Franco (2003), tradicionalmente configurados a partir de um campo de saber particular, os modelos de atenção à saúde não têm sido capazes de atender à complexidade dos processos produtivos da saúde. Isoladamente, esses saberes se mostram insuficientes para

a construção de propostas mais amplas e consistentes para a organização dos serviços, sendo necessária a articulação desses para a construção de um campo próprio, “amálgama de muitas fontes teóricas” (p.109).

Para Peduzzi (2007) a abordagem do processo de trabalho, conforme delineada por Mendes-Gonçalves, desloca a análise da atividade em si para a análise do trabalhador de saúde, e das conexões que este estabelece como os demais elementos constituintes do processo de trabalho e com os demais agentes de trabalho (trabalhadores e usuários), revelando a dinâmica que lhe é intrínseca. Desse modo:

“(...) passam a valorizar a presença expressiva de seus agentes, como sujeitos formuladores do seu saber operante ou do saber tecnológico que fundamenta as ações executadas frente à interpretação das necessidades de saúde trazidas pelo usuário ou pela população e o saber prático que consiste no próprio saber tecnológico, que se testa e se enriquece no exercício profissional cotidiano. Nesse processo o trabalhador cria inovações em todo ato prático, ao mesmo tempo em que reitera a técnica naquilo que ela tem de estabelecido.” (PEDUZZI, 2007, p.29).

Inseridos nessa dinâmica, os profissionais de saúde tanto podem reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como podem contribuir para a criação de espaços onde a mudança é possível, a partir da apreensão e atuação de novas necessidades e modos de trabalhar e organizar os serviços de saúde que lhe sejam correspondentes, na perspectiva da integralidade e da intersubjetividade da saúde.

Em consonância com esse entendimento, é possível afirmar que sempre haverá nas interfaces do trabalho o que Barros (2009) denomina “brechas de normas”, algo como linhas de fuga, às quais os trabalhadores recorrem permanentemente diante de escolhas que se colocam nos processo laborais. A capacidade inventiva do trabalhador que emerge diante dessas escolhas, é, pois, a força motriz de um processo que se dá pela confrontação permanente entre normas, valores e saberes que perpassam o processo de trabalho e, através do qual é possível apreender o trabalho como lugar e matriz importante da história das sociedades humanas. Negar esses aspectos é pressupor que os encontros do trabalho não criam o imprevisível, não retribuem saberes e valores, não fabricam história.

O mundo do trabalho emerge, desse modo, como um espaço complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente. A fim de dar conta dessa complexidade, os trabalhadores são instados a problematizar a realidade, criar, recriar, improvisar ações, buscando formas mais adequadas de realizar seu trabalho para melhor atender à complexidade na qual se insere o fenômeno de saúde/doença. Nessa

perspectiva, os trabalhadores adotam uma forma específica de organizar o trabalho e de se relacionar entre si e com os usuários, que pode superar o que está instituído para o serviço (BRASIL, 2006b).

Merhy (2002), ao discutir os diferentes modos do agir humano no ato produtivo, argumenta que a produção do novo encontra-se atrelada à hegemonia do trabalho vivo (trabalho em ato) sobre o trabalho morto (trabalho já realizado e coagulado no produto). Assim sendo, o trabalho em saúde encontra-se permanentemente centrado no trabalho vivo em ato, atuando de forma distinta de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado pelo trabalho morto e pelo modelo de produção. Nessa perspectiva:

“(...) o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processo de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.” (MERHY, 2002, p.49)

De acordo com essa perspectiva, o trabalho vivo faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. Embora possa sofrer processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento dos serviços, possui, na mesma medida, a capacidade de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito particulares, próprias de cada sujeito que opera o sistema produtivo, encontrando novos territórios de significações, que dão sentido à produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Isto posto, é possível afirmar que não há predeterminações absolutas nas práticas de saúde. Elas vão se engendrando, principalmente nas relações com o outro nas situações de trabalho por meio dos processos reflexivos que se efetivam no debate de normas. O que eventualmente as inviabiliza não é intrínseco ao objeto de trabalho, ao sujeito-trabalhador nem mesmo aos demais trabalhadores, mas, sim, o que se dá entre eles e que não cessa de ser gestado no curso da atividade (BARROS, 2009).

Nessa direção, entendemos que o fortalecimento do SUS requer o enfrentamento dos modos de produção da saúde que se desenvolvem na contramão da defesa da vida e que se materializam na excessiva normatização dos processos de organização de serviços e de

definição do acesso. A fim de intervir efetivamente na reorganização dos serviços e dos processos de trabalho, é preciso superar os modos de cuidar centrados na doença, na queixa, e que destituem a capacidade e possibilidade dos sujeitos (trabalhadores e usuários) de decidir e participar, avançando em direção à produção de novas utopias.

2.4. Conceitos e aplicações dos métodos estatísticos utilizados

Na análise do panorama social, econômico e político brasileiro e suas implicações intensificadas no início do século XXI, torna-se fundamental considerar o papel da informação nesse contexto, com destaque especial para a informação estatística, que tem como principal atributo a realização de diagnósticos que servem de suporte à formulação de políticas públicas e estudos socioeconômicos, contribuindo com a sociedade para a construção de uma cidadania coletiva (GRACIOSO, 2003).

Para Gracioso (2003), a adjetivação estatística elimina o caráter abstrato da informação propriamente dita, tornando-a objeto concreto de estudo. Assim, com base em análises estatísticas, as informações que refletem, por exemplo, condições de saúde, habitação, escolaridade, renda e perspectiva de vida de uma sociedade, recebem tratamentos especializados durante todo ciclo de coleta, armazenamento e disponibilização, de modo que seja garantida sua validade.

A Estatística compreende a área de conhecimento que se encarrega da reunião e tratamento de dados com o objetivo de, a partir destes, fornecer informações sobre as características de grupos de pessoas ou de coisas. Essas informações possibilitam ao pesquisador conhecer aspectos específicos relacionados a esses grupos, que servirão de base para a tomada de decisão acerca dos mais variados problemas, pertinentes a diferentes campos de conhecimento (ARANGO, 2009).

Para Ramos (2010), os métodos estatísticos modernos se configuram como ciência, tecnologia e lógica, e desse modo se aplicam à investigação e solução de problemas de várias áreas do conhecimento humano. De acordo com o autor, a estatística é reconhecida como um campo da ciência e uma tecnologia quantitativa aplicável à ciência experimental e observacional, através da qual se pode avaliar e estudar as incertezas e os efeitos de algum planejamento, bem como realizar observações de fenômenos da natureza e, especialmente, de fenômenos sociais.

Embora o desenvolvimento da estatística como ciência seja relativamente recente, a utilização de tarefas de natureza estatística remonta a milhares de anos.

“(...) desde os primórdios da civilização, o homem emprega várias formas de registrar dados e efetuar contagens de pessoas, cabeças de gado e utensílios, através de gráficos rudimentares e outros símbolos, em pedras, pedaços de couro, madeiras, etc.” (ARANGO, 2009, p.24-25)

Assim, partindo de métodos rudimentares, a estatística se mostra presente nos diversos espaços da ciência e da vida, adquirindo progressivamente uma natureza mais elaborada e complexa. Desde a utilização de registros estatísticos para levantamentos populacionais nas cidades-estado gregas, com objetivo de verificação da capacidade militar, passando pelo registro de óbitos em razão da disseminação de doenças, a exemplo da peste que assola a Europa no século XVI, até as complexas aplicações de modelos estatísticos associados a recursos computacionais, entre outros eventos, percebe-se que os métodos estatísticos historicamente tem se mostrado como fundamentais para o conhecimento da realidade de forma a subsidiar a tomada de decisão frente a diversos problemas (ARANGO, 2009).

No Brasil, a história da estatística tem início com a necessidade de contagem da população livre e adulta apta para fins militares, que levou à realização de levantamentos populacionais a partir de 1750, por ordem da Coroa portuguesa. Em 1846, é registrado o primeiro regulamento censitário no Brasil, que viabilizou a regularidade dos censos em períodos de 8 anos. O primeiro censo oficial do país (Recenseamento da População do Império do Brasil), contudo, data de 1872, quando passou a vigorar a aplicação do censo a cada 10 anos (ARANGO, 2009).

Considerando a aplicação da estatística à área da saúde, Czeresnia (2010) argumenta acerca da importância do esforço de aplicar técnicas estatísticas adequadas em desenhos de estudo bem elaborados para que a validade de um estudo possa ser aferida publicamente. Para a autora, essa é uma forma de avaliar a qualidade das informações geradas como meio de descrever realidades de saúde e doença, auxiliar a definição de prioridades, planejar intervenções, estabelecer metas programáticas, estimar riscos, definir a salubridade de práticas, consumos, comportamentos, enfim, subsidiar a tomada de decisão no setor.

Nessa direção, Silva (2004) afirma que o valor de uma pesquisa científica deverá ser assegurado através da busca por opções lógicas e operacionais, com base na elaboração do delineamento da pesquisa e da escolha e implementação de métodos adequados para o processamento e análise dos dados coletados.

O delineamento da pesquisa compreende o plano estratégico de observação da realidade elaborado a fim de subsidiar a definição e descrição dos métodos e técnicas necessários à execução da pesquisa. Define, portanto, a estrutura e natureza da pesquisa, sendo possível a partir dele definir o tipo de estudo que se pretende realizar, comumente

classificados em: experimentos, quase-experimentos ou estudos observacionais (SILVA, 2004).

No delineamento do tipo *experimento* o investigador atua controlando a ocorrência de variáveis independentes a fim de observar o efeito destas sobre as variáveis dependentes. O princípio da randomização, por meio do qual as unidades experimentais são alocadas de forma aleatória, garante a validade dos efeitos observados e, por sua vez, possibilita o desenvolvimento de observações resistentes aos eventuais erros que atuam na obtenção dos resultados (SILVA, 2004).

Os delineamentos *não-experimentais* ou *observacionais* são realizados quando a manipulação de variáveis independentes não é viável ou quando não é possível realizar a alocação aleatória das unidades observadas aos grupos de comparação. No primeiro caso a impossibilidade se deve ao fato de se ter como unidade de estudo o ser humano, o que envolve sérias questões de natureza ética, como ocorre, por exemplo, nos ensaios clínicos. No caso da alocação aleatória das unidades observadas, a inviabilidade ocorre quando, por exemplo, se trabalha com voluntários ou grupos de conveniência, sendo possível apenas proceder ao controle das variáveis independentes, caracterizando um delineamento do tipo quase-experimental (SILVA, 2004).

Os *estudos observacionais* são utilizados quando não é possível proceder a manipulação das variáveis, e a observação é orientada no sentido do registro da ocorrência natural das características em análise. De acordo com Silva (2004), delineamentos que envolvem a observação sistemática e periódica das variáveis, aliada a métodos estatísticos adequados, ainda que não-experimentais, podem elaborar ambientes comparativos e produzir conclusões robustas acerca da intensidade e a natureza das relações entre as variáveis.

Conforme Arango (2009), a estatística é usualmente dividida em dois grandes ramos: a estatística exploratória ou descritiva e a estatística analítica ou inferencial. A estatística exploratória envolve o levantamento, organização, classificação e descrição dos dados por meio de tabelas, gráficos, entre outros recursos visuais, além do cálculo de estatísticas representativas desses dados. Compreende, portanto, o resumo e descrição das características mais importantes de um conjunto de populacionais.

A estatística inferencial, por sua vez, trabalha os dados de forma a estabelecer hipóteses em função desses, para então proceder a sua comprovação. Envolve, pois, a realização de inferências acerca da população de estudo, tomando por base uma amostra, que irão subsidiar a tomada de decisão em relação a aspectos específicos dessa população (ARANGO, 2009).

De acordo com Triola (2008), as aplicações mais importantes da inferência estatística compreendem o uso de dados amostrais para estimar o valor de um parâmetro populacional e para testar alguma afirmação, a partir do teste de hipóteses.

O levantamento por amostragem possibilita ao investigador obter informações acerca de valores populacionais desconhecidos, a partir da observação de uma amostra dessa população. Entende-se por população um conjunto de elementos que compartilham pelo menos uma característica em comum, definidos em termo de sua localização no espaço e no tempo (os elementos podem ser seres humanos, animais, fichas, prontuários, domicílios, áreas ou objetos). Cada um desses elementos irá compor as unidades de observação e análise estabelecidas em função dos objetivos do estudo e as características ou atributos observados são posteriormente agregados por meio de medidas estatísticas denominadas parâmetros ou valores populacionais. Com base nesses mecanismos é possível construir inferências a partir de dados amostrais que forneçam informações acerca dos valores populacionais (SILVA, 2004; TRIOLA, 2008).

Na prática, a identificação da população de estudo depende de questões relativas ao acesso, e, em função disso, seu tamanho é estabelecido a partir dos elementos identificáveis que a compõem (SILVA, 2004).

Na amostragem probabilística, cada elemento da população *a priori* tem uma probabilidade conhecida e diferente de zero de ser selecionado (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008; SILVA, 2004). As propriedades matemáticas desse processo têm como fundamento a identificação dos elementos da população de forma direta ou indireta, bem como o uso de sorteio (SILVA, 2004).

Os valores relativos à característica observada na população de estudo são determinados a partir da aplicação de estimadores, os quais compreendem funções matemáticas selecionadas de acordo com o tipo de processo usado. A flutuação das estimativas obtidas a partir do processo de amostragem probabilística será representada pela distribuição amostral, cujos elementos proporcionam uma avaliação da confiabilidade e validade das estimativas obtidas. É graças à distribuição amostral que, em um processo de amostragem probabilística, as estimativas obtidas a partir da amostra poderão ser estendidas aos valores populacionais (SILVA, 2004).

Os levantamentos por amostragem podem ter finalidade descritiva ou analítica, embora comumente cumpram ambas as finalidades. No primeiro caso, buscam estimar frequências de elementos segundo uma determinada propriedade ou buscam estimativas de médias e variâncias em relação a características quantitativas. O levantamento analítico ou de

investigação parte da definição de grupos de comparação para, a partir daí, realizar estimativas ou identificar relações entre as características consideradas (SILVA, 2004).

Esse tipo de levantamento compreende atividades que seguem uma sequência lógica e que são reunidas segundo três diferentes fases, quais sejam: a) construções conceituais; b) planejamento e amostra; e c) operações (SILVA, 2004).

A fase de *construções conceituais* implica na elaboração das construções teórico-conceituais acerca do tema da investigação, o que é feito a partir de duas etapas. Tem início com a formulação do problema seguido da construção conceitual e do encaminhamento de hipóteses e expectativas em relação aos resultados, quando são, então, definidos a população de estudo, os objetivos e as variáveis observadas. Segundo Silva (2004, p. 18), “essas atividades marcam a passagem do enfoque abstrato para a representação concreta e observável do objeto de pesquisa”.

A fase de *planejamento e amostra* compreende a fase crítica da pesquisa, pois além de depender da clareza e precisão na elaboração e obtenção de resultados da fase anterior, exige um maior esforço quanto a se correlacionar exercícios de lógica com o conhecimento de metodologias específicas (SILVA, 2004).

O planejamento tem início com a elaboração do plano inicial, quando é montada a estrutura lógica do estudo a partir da definição dos planos de observação da realidade e de análise dos dados. Segue-se do plano de coleta, que define a natureza/tipo do estudo (descritivo ou analítico), as variáveis prioritárias, que fatores serão controlados e os grupos de comparação. O próximo passo compreende a definição do plano de análise, que se fundamenta na decisão acerca de como serão organizados os resultados, que medidas empíricas serão utilizadas para o cálculo dos valores populacionais e quais as estratégias aplicadas à verificação das hipóteses. Essas etapas são necessariamente anteriores à elaboração do plano de amostragem, pois muitos fatores definidos nesse percurso influenciarão significativamente a determinação do tipo de amostragem (tais como tempo para coleta e processamento de dados, quadro de pessoal e recursos disponíveis, proposta preliminar de análise de dados) (SILVA, 2004).

A construção do plano de amostragem se dá pela definição do tamanho e do desenho da amostra, bem como na escolha dos procedimentos mais adequados ao cálculo das estimativas. O desenho da amostra compreende a definição do tipo de amostra (sistemática, casual simples, estratificada, por conglomerados) com base no que foi proposto no plano de observação. Ainda, delimita-se a população de estudo no tempo e no espaço, de modo a viabilizar a identificação preliminar do total de elementos que a compõem e que irão

constituir o cadastro a partir do qual a amostra será selecionada. Para Silva (2004), a definição do plano de amostragem compreende, essencialmente, o exercício de conciliar decisões entre os critérios de precisão, validade, custo e grau de factibilidade do processo escolhido.

As decisões tomadas ao longo do processo de elaboração dos referidos planos podem ser ajustadas ou modificados a partir da realização de um estudo-piloto, que consiste no sorteio da amostra, bem como coleta e processamento preliminar dos dados, devendo ser aplicado a populações semelhantes àquela definida para o estudo (SILVA, 2004).

A fase de *operações* compreende a coleta, aferição e processamento dos dados, atividades estas que devem ser realizadas de forma conjunta e progressiva, sob pena de perda da oportunidade para crítica dos dados e de recursos para eventuais correções de erros operacionais. É nessa fase, portanto, que são realizadas a análise estatística e interpretação dos dados, bem como a elaboração do relatório da investigação (SILVA, 2004).

Conforme Sousa e Silva (2003), a amostragem probabilística é a base da inferência estatística e se materializa por meio de métodos que vão desde os mais simples, como é o caso da amostragem aleatória simples, até os mais complexos, tais como a amostragem estratificada e a amostragem por conglomerados. Cada um desses métodos de amostragem exige a utilização de estimadores apropriados de modo a evitar que sejam introduzidos vícios e, como consequência, a quebra da validade das estimativas. Nessa perspectiva, todo o processo de amostragem probabilística é desenvolvido de modo a definir a distribuição amostral, que ao representar a flutuação das estimativas obtidas, possibilita uma avaliação da confiabilidade e da validade dessas estimativas.

Na *amostragem casual simples*, as combinações de n diferentes elementos, selecionados entre os N que compõem a população, apresentam probabilidade igual de vir a ser sorteados, compondo, desse modo, uma amostra equiprobabilística. O sorteio de cada elemento é feito sem reposição, de modo que em cada etapa do sorteio, cada um dos elementos restantes tem chance igual de ser selecionado (SILVA, 2004; ARANGO, 2009).

Nos casos em que a característica observada é qualitativa, ou seja, quando representa atributos (tais como os atributos sexo e diagnóstico, que não são quantificáveis), o valor a ser estimado é uma proporção (p). Se a variável é dicotômica (admite duas respostas possíveis, por exemplo, sim/não), a proporção poderá ser tratada como uma média (SILVA, 2004).

Quando se utiliza a técnica de *amostragem estratificada* a população de N elementos é dividida em subgrupos internamente homogêneos (segundo uma determinada característica) ou estratos, dentro dos quais são sorteadas amostras casuais simples, utilizando-se para tanto, dos mesmos estimadores aplicados a esse método (SILVA, 2004; SOUSA; SILVA, 2003). A

homogeneidade dos estratos garantirá que a estimativa de uma dada característica sob estudo poderá ser obtida por meio de um número pequeno de observações, sendo posteriormente ponderadas para a obtenção dos valores populacionais (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008).

A aplicação da amostragem estratificada visa aumentar a precisão das estimativas, de modo que o erro-padrão de uma dada estimativa obtida por meio da estratificação seja inferior ao erro-padrão obtido através da amostragem casual simples. É preciso, para tanto, garantir que o fator de estratificação permita a separação de grupos diferentes entre si, mas internamente semelhantes. Em decorrência, espera-se obter diferenças significativas entre as médias dos estratos na população aliadas a uma pequena variabilidade da característica dentro dos estratos (SILVA, 2004; SZWARCWALD; DAMACENA, 2008).

Na *amostragem por conglomerados* a unidade amostral compreende um conjunto de elementos da população. Dito de outro modo, nesse tipo de amostragem os elementos da população de estudo são reunidos em grupos, sendo dessa forma sorteados para compor a amostra. Compreende um mecanismo que isenta o investigador da necessidade de listar o total de elementos da população, obtendo assim certa economia na construção do sistema de referência ou cadastro (SILVA, 2004; SOUSA; SILVA, 2003).

Em geral, esse tipo de amostragem é repetido em múltiplos estágios, compreendendo unidades compostas de subunidades que vão sendo sucessivamente selecionadas até que se chegue ao objeto de interesse da pesquisa (SOUSA; SILVA, 2003).

Os conglomerados podem ser selecionados através do método de amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), que consiste em um processo de sorteio em que a probabilidade de cada unidade primária de amostragem ser sorteada é proporcional ao seu tamanho. Esse método é facilmente aplicável e contribui significativamente para a redução das variâncias entre as unidades de seleção (SZWARCWALD; DAMACENA, 2008; SOUSA; SILVA, 2003).

A seleção de uma amostra implica o uso de metodologias que assegurem que a mesma represente de fato a população de estudo e o cálculo de tamanho de amostra se aplica à definição de quantas unidades amostrais são necessárias para que as estimativas dos parâmetros populacionais sejam representativas (TRIOLA, 2008).

Quando o parâmetro de interesse é a proporção e a população em estudo é finita, usa-se a seguinte fórmula:

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

Quando a população é infinita a amostra é calculada por:

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

onde n = Número de indivíduos na amostra; N = tamanho da população; Z_c = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado; π = Proporção populacional de indivíduos que pertence a categoria que estamos interessados em estudar; $1-\pi$ = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertence à categoria que estamos interessados em estudar; ε_p = Margem de erro ou Erro máximo de estimativa($\hat{p}$), que identifica a diferença máxima provável entre a proporção amostral e a verdadeira proporção populacional (π).

Quando o parâmetro de interesse é a média populacional, e a população é finita usa-se:

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

Quando a população é infinita a amostra é calculada por:

$$n = \frac{Z_c^2 \sigma^2}{\varepsilon_x^2},$$

onde n = Número de indivíduos na amostra; N = tamanho da população; Z_c = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado; σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada; ε_x = Margem de erro ou Erro máximo de estimativa que identifica a diferença máxima provável entre média amostral ($\bar{x}$) e a verdadeira média populacional (μ).

Tendo em vista a descrição da característica de uma variável a partir de uma amostra, é possível fazer uso de dois métodos de estimação: estimação por ponto e estimação por intervalo. Na estimação pontual os dados da amostra são usados para se obter um único valor para estimar o parâmetro de interesse (usar a média amostral para estimar a média populacional, por exemplo). A desvantagem desse método reside na impossibilidade de fornecer informações sobre a variabilidade inerente ao estimador. A estimativa por intervalo,

por sua vez, é utilizada com frequência e fornece um intervalo de valores razoável, denominado intervalo de confiança, no qual se supõe que contenha o parâmetro de interesse (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Outra possibilidade para se obter inferências sobre a população a partir de uma amostra consiste na condução de um teste de hipóteses, procedimento amplamente utilizado na pesquisa científica e que compreende, essencialmente, uma regra de decisão utilizada para rejeitar ou não uma determinada pressuposição acerca de um problema relacionado a uma população específica, com base em elementos amostrais (ARANGO, 2009).

Sendo a hipótese uma afirmativa acerca de uma propriedade da população, o procedimento envolve o teste dessa afirmativa de modo a definir sua validade. Para tanto, inicia-se com a definição de um valor de referência para o parâmetro populacional de interesse (como proporção, média ou desvio padrão), estabelecendo desse modo uma afirmação, denominada hipótese nula (H_0). Essa hipótese será testada, com base na suposição de que seja verdadeira, a fim de que seja possível concluir pela sua rejeição ou não rejeição (PAGANO, GAUVREAU, 2004; TRIOLA, 2008).

O próximo passo consiste em definir a hipótese alternativa (H_1), que compreende uma segunda afirmação que contradiz a hipótese nula. Juntas, as hipóteses nula e alternativa cobrem todos os valores possíveis para o parâmetro de interesse, o que implica dizer que uma das duas afirmações é necessariamente verdadeira (PAGANO, GAUVREAU, 2004).

Uma vez definidas as hipóteses, segue-se com a comparação entre os valores obtidos da amostra com os valores definidos nas hipóteses a fim de saber se a diferença entre esses valores é grande o suficiente para ser atribuída somente ao acaso.

Segundo Arango (2009), a decisão pela rejeição ou não da hipótese nula deverá fundamentar-se em critérios (regras de decisão) que devem informar, explicitamente, quando a hipótese nula deve ser rejeitada e quando não deverá ser rejeitada, ou seja, que valores obtidos da variável em estudo conduzem à não rejeição de H_0 e que valores obtidos da variável estudada conduzem à rejeição de H_0 . O conjunto de todos os valores da estatística do teste que levam à rejeição da hipótese nula será denominado de região crítica ou região de rejeição.

Os testes de hipóteses podem ser unilaterais (à direita ou à esquerda) ou bilaterais. No teste bilateral, a região crítica ou região de rejeição está situada nas duas regiões extremas sob a curva. Para o teste unilateral a região crítica ou região de rejeição está situada na região extrema esquerda da cauda ou na região extrema direita da cauda sob a curva (TRIOLA, 2008).

Em testes bilaterais, o nível de significância α é dividido igualmente entre as duas caudas que constituem a região crítica. Já em testes unilaterais à esquerda ou à direita, a área da região crítica na cauda respectiva é α (TRIOLA, 2008).

Assim sendo, se os valores amostrais não forem compatíveis com o valor suposto na hipótese nula ela é rejeitada. Caso contrário, se não houver evidências suficientes para duvidar da validade da hipótese nula, não se poderá rejeitar a afirmação (PAGANO; GAUVREAU, 2004). Cabe destacar, nesse sentido, que a decisão pela não rejeição da hipótese nula implica tão somente a afirmação de que as evidências amostrais não são suficientemente fortes para recomendar a rejeição dessa hipótese.

O julgamento acerca desses valores terá sempre como referência a hipótese nula, ou seja, o verdadeiro valor do parâmetro populacional está próximo daquele indicado na hipótese nula ou não se aproxima daquele indicado para a hipótese nula (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

A despeito do rigor na condução do teste de hipóteses, existem dois tipos de erros que podem ser cometidos na sua operacionalização: erro tipo I (erro de rejeição ou erro α) e erro tipo II (erro de aceitação ou erro β). O erro tipo I é cometido pela rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira. A probabilidade de sua ocorrência é determinada pelo nível de significância do teste, ou seja, tendo sido definido, por exemplo, um nível de significância em 0,05, a probabilidade de cometer erro tipo I seria de 5% (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

O erro tipo II ocorre por meio da aceitação da hipótese nula quando esta é falsa. A probabilidade dessa ocorrência é representada pela letra grega β , o que implica dizer que, por exemplo, se o β for igual a 0,10, a probabilidade de se cometer o erro do tipo II é 10% (PAGANO; GAUVREAU, 2004).

As regras de decisão são construídas, portanto, seguindo critérios que permitam reduzir os erros a elas associados. O controle desses erros é feito usualmente a partir da seleção do nível de significância (α) e do tamanho da amostra, uma vez que, matematicamente, α , β e o tamanho amostral n estão relacionados entre si, de modo que a determinação de dois deles implica na determinação do terceiro. Essa determinação dependerá da gravidade do erro (diminuição do α quando o erro tipo I tiver conseqüências sérias, por exemplo) e da operacionalização da pesquisa (tamanho amostral n pequeno quando não se dispõe de recursos humanos suficiente, por exemplo) (TRIOLA, 2008; ARANGO, 2009).

Quando os métodos de inferência estatística fundamentam-se na amostragem de uma população com parâmetros específicos (tais como proporção, média e desvio padrão) e atendem à exigência de que os dados amostrais sejam provenientes de uma população com

distribuição de probabilidade conhecida, são denominados métodos paramétricos. Nos casos em que essa exigência não é atendida, falamos de métodos não-paramétricos. Em função de não precisarem atender a essa exigência os testes não-paramétricos se aplicam a uma grande variedade de situações e, em geral, envolvem cálculos mais simples, sendo, portanto, mais facilmente compreendidos e aplicados. Contudo, em função da simplicidade de operacionalização e da redução dos dados numéricos a dados categóricos, tendem a desperdiçar informações, além de exigir evidências mais fortes para a rejeição da hipótese nula (uma amostra maior, por exemplo) (TRIOLA, 2008).

Os testes de hipóteses não-paramétricos seguem, em geral, o mesmo procedimento utilizado para testes paramétricos, partindo de uma afirmação acerca das populações estudadas que irá compor a hipótese nula, seguido do cálculo de estimativa do parâmetro de interesse a partir dos dados amostrais para, então, a depender do resultado obtido, proceder a rejeição ou não rejeição da hipótese nula. Alguns exemplos de testes não-paramétricos são o teste dos sinais, o teste de postos com sinais de Wilcoxon para pares combinados, o teste da soma de Postos de Wilcoxon para duas amostras independentes; teste de Kruskal-Wallis, entre outros (TRIOLA, 2008; PAGANO; GAUVREAU, 2004).

Quando se pretende realizar inferências acerca de uma característica populacional, no caso do parâmetro de interesse ser uma proporção, é aplicado o teste de hipóteses para proporção. Basicamente, afirmativas sobre uma proporção populacional são usualmente testadas através do uso da distribuição normal como aproximação para a distribuição binomial. Desse modo, tem-se as seguintes hipóteses:

$$\begin{cases} H_0 : p = p_0 \\ H_1 : p \neq p_0 \end{cases}, \quad \begin{cases} H_0 : p = p_0 \\ H_1 : p > p_0 \end{cases} \quad \text{ou} \quad \begin{cases} H_0 : p = p_0 \\ H_1 : p < p_0 \end{cases}$$

Uma vez estabelecidas as hipóteses, a estatística do teste é definida por:

$$z = \frac{\hat{p} - p_0}{\sqrt{\frac{p_0 q_0}{n}}},$$

onde n = tamanho da amostra ou número de tentativas; $\hat{p}$ = proporção amostral; p_0 = proporção populacional aplicada à hipótese nula; e $q_0 = 1 - p_0$.

Com base no resultado obtido, a um nível de significância α , segue-se com a decisão. Tomando-se como exemplo o teste unilateral, temos como possíveis decisões: se $-\frac{Z_{\alpha}}{2} \leq Z_{\text{cal}} \leq \frac{Z_{\alpha}}{2}$, não se pode rejeitar H_0 ; se $Z_{\text{cal}} > \frac{Z_{\alpha}}{2}$ ou $Z_{\text{cal}} < -\frac{Z_{\alpha}}{2}$, rejeita-se H_0 .

Ainda em relação à proporção enquanto parâmetro de interesse, em alguns casos há a necessidade de proceder a comparação entre proporções obtidas de dois grupos distintos. Para tanto, utilizamos o teste para diferença entre proporções (TRIOLA, 2008).

Quando se pretende realizar inferências sobre duas proporções p_1 e p_2 , os valores de duas amostras independentes são comparados a fim de saber se os grupos diferem ou não em relação à proporção de indivíduos que optaram por uma resposta de interesse (TRIOLA, 2008).

Assim sendo, tem-se as seguintes hipóteses para o teste de diferença entre proporções:

$$\begin{cases} H_0 : p_1 = p_2 \\ H_1 : p_1 \neq p_2 \end{cases}, \quad \begin{cases} H_0 : p_1 = p_2 \\ H_1 : p_1 > p_2 \end{cases} \quad \text{ou} \quad \begin{cases} H_0 : p_1 = p_2 \\ H_1 : p_1 < p_2 \end{cases}$$

Tomando-se como exemplo o caso do teste unilateral, para a hipótese nula (H_0) tem-se a afirmativa de que as proporções populacionais são iguais, enquanto que a hipótese alternativa (H_1) afirma que as proporções populacionais são diferentes.

A fim de testar afirmativas sobre duas diferentes populações, a estatística do teste é expressa por:

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

onde $\hat{p}_1$ e $\hat{p}_2$ = proporção amostral; p_1 e p_2 = proporção populacional; $p_1 - p_2 = 0$ (suposto na hipótese nula); n_1 e n_2 = tamanho da amostra nas respectivas populações; e $\bar{p} = \frac{x_1 + x_2}{n_1 + n_2}$; $\bar{q} = 1 - \bar{p}$.

No que tange à decisão, a um nível de significância α temos que se $-\frac{Z_{\alpha}}{2} \leq Z_{\text{cal}} \leq \frac{Z_{\alpha}}{2}$, não se pode rejeitar H_0 , e caso $Z_{\text{cal}} > \frac{Z_{\alpha}}{2}$ ou $Z_{\text{cal}} < -\frac{Z_{\alpha}}{2}$, rejeita-se H_0 .

Os testes de hipóteses podem ser aplicados ainda quando são considerados dados categóricos resumidos em contagem de frequências que correspondem a duas diferentes variáveis, listadas em uma tabela de dupla entrada ou tabela de contingência. Nesses casos, há

dois tipos de testes que podem ser aplicados e que se baseiam em tabelas de contingência: o teste de independência e o teste de homogeneidade (TRIOLA, 2008).

O teste de independência é usado quando se pretende testar se há associação entre as frequências observadas e as frequências esperadas de variáveis que expressam características de uma única amostra. Ou seja, se as diferenças observadas se apresentam devido ao acaso, ou se são estatisticamente significativas.

Numa tabela de contingência de r linhas e c colunas, a hipótese H_1 afirma haver discrepâncias entre as frequências observadas e esperadas (dependência), enquanto que para H_0 essas frequências não apresentam discrepâncias entre si (independência).

A estatística do teste de independência é definida por:

$$\chi^2 = \sum_j \frac{(O_j - E_j)^2}{E_j},$$

onde O_j representa a frequência observada e E_j representa a frequência esperada.

Nesses casos, os valores críticos são encontrados a partir de uma distribuição Qui-quadrado usando-se graus de liberdade igual a $(r - 1) \times (c - 1)$, onde r é o número de linhas e c o número de colunas (TRIOLA, 2008).

A um nível de significância α , se $\chi_{cal}^2 < \chi_{tab}^2$, não se pode rejeitar H_0 , o que implica dizer que as frequências observadas e esperadas não são discrepantes. Para $\chi_{cal}^2 > \chi_{tab}^2$, rejeita-se H_0 , o que permite concluir que há discrepâncias entre as frequências observadas e esperadas.

O teste de homogeneidade é aplicado a fim de testar a afirmativa de que populações diferentes apresentam a mesma proporção de uma característica específica, o que é feito utilizando-se os mesmos procedimentos apresentados para o teste de independência (TRIOLA, 2008).

Diante do exposto, verifica-se que, através da aplicação dos métodos estatísticos, é possível transformar conjuntos complexos em representações mais simples a fim de verificar eventuais relações, o que permite a “tradução” de determinados fenômenos em uma linguagem mais acessível e confiável. Essa possibilidade aproxima a estatística dos mais diversos campos de estudo, a exemplo da sociologia, política, economia e saúde (LÉO; GONÇALVES, 2010).

Ressalta-se, desse modo, a relevância da aplicação de métodos estatísticos para a compreensão dos complexos fenômenos pertinentes ao campo da Saúde Coletiva, permitindo análises bem estruturadas e robustas que fornecem o conhecimento necessário à tomada de decisão no setor saúde.

Referencial Metodológico

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir.”

Michel Foucault

3.1. Opção Teórico-Metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e inferencial que comporta simultaneamente as abordagens quantitativa e qualitativa. A investigação foi organizada em duas etapas que compreenderam os dois diferentes percursos metodológicos, fazendo-se uso, portanto, de diferentes tipos de técnicas de coleta e análise de dados.

A opção por uma análise que comporta abordagens quantitativas e qualitativas, de forma simultânea, se fundamenta na possibilidade de cruzar informações de modo a construir uma compreensão abrangente do objeto de estudo. Juntas essas abordagens possibilitam a compreensão de posições sociais dos sujeitos da pesquisa ao mesmo tempo em que caracteriza a realidade, ampliando as possibilidades de apreender o fenômeno em estudo.

Para Hartz (2002), a utilização de múltiplos instrumentos e focos de observação é também considerada uma forma de avaliar a coerência dos resultados, sugerindo uma maior confiabilidade interna dos dados utilizados, aumentando assim sua validade.

Conforme Triviños (2009), a pesquisa exploratória compreende um estudo que parte de uma hipótese acerca de uma realidade específica, considerando os limites do cenário estudado. Busca-se, desse modo, conhecimentos mais amplos sobre a realidade, que possam subsidiar o planejamento de uma pesquisa descritiva ou experimental. Aplica-se também a situações que exigem delimitação de uma teoria, cujos enunciados não estejam bem definidos, bem como para levantar possíveis problemas de pesquisa.

A pesquisa descritiva tem como foco essencial a busca de informações sobre uma determinada realidade, propondo-se a descrever fatos e fenômenos desta realidade com exatidão (TRIVIÑOS, 2009). No âmbito estatístico, pressupõe a utilização de métodos gráficos (gráficos e tabelas) e métodos numéricos (medidas de posição e/ou dispersão). Em relação aos métodos gráficos, estes permitem a transmissão de uma idéia visual do comportamento de um conjunto de valores, no caso dos gráficos, além de auxiliar no entendimento global e o relacionamento entre as variáveis representadas, através de tabelas (ARANGO, 2009).

O caráter inferencial do presente estudo implica a possibilidade de com base em dados amostrais fazer estimativas acerca da população como um todo. Conforme Arango (2009), a razão para se aplicar métodos inferenciais reside na impossibilidade de fazer afirmações a partir de toda a população, por esta ser desconhecida, impossível de enumerar ou infinita.

O suporte teórico-metodológico do presente estudo tem a orientação da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, que se apóia no

Materialismo Histórico Dialético, tendo em vista a concretude dinâmica das transformações sociais. Propõe-se a captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social de uma dada coletividade. Intervém na conjuntura e estrutura de um contexto social historicamente determinado e prossegue reinterpretando para interpor instrumentos de intervenção (EGRY, 1996).

Em sua vertente investigativa a TIPESC propõe o seguinte desdobramento operacional: Captação da realidade objetiva, nas dimensões estrutural, particular e singular; Interpretação da realidade objetiva, explicitando as contradições existentes; Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva, através da revisão do referencial teórico em função da visualização da realidade objetiva; Intervenção na realidade objetiva, prática das proposições levantadas no item anterior e Reinterpretação da realidade objetiva, pela releitura dessa realidade, através dos vários momentos de avaliação (EGRY, 1996).

A TIPESC, em sua vertente metodológica, propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde-doença, tendo em vista o desdobramento da realidade nas dimensões singular, particular e estrutural. A *dimensão singular* refere-se à intervenção direta sobre os processos de adoecer e morrer dos indivíduos, famílias e comunidade, em suas dimensões objetiva e subjetiva (significado). A *dimensão particular* compreende os processos de reprodução social que se expressam nos perfis epidemiológicos de classe, uma vez que diferentes classes sociais apresentam diferentes perfis de saúde-doença, articulados ao modo hegemônico de produção e reprodução social. As classes sociais e seus diferentes perfis de saúde-doença encontram-se articulados ao perfil epidemiológico geral da sociedade, ou seja, aos aspectos macroscópicos da sociedade que dizem respeito à capacidade produtiva e às relações de produção, da formação econômica e social e das formas político-ideológicas derivadas, que compõem a *dimensão estrutural* (EGRY, 1996; QUEIROZ, EGRY, 1988).

Tendo como objeto de estudo as estratégias e táticas alternativas desenvolvidas por enfermeiros e médicos na Estratégia de Saúde da Família, a presente investigação foi submetida à análise fundamentada nas bases teórico-metodológicas da TIPESC, buscando apreender as contradições presentes na realidade objetiva dos processos de trabalho dos referidos profissionais, fazendo emergir as vulnerabilidades e potencialidades que orientarão a superação das contradições.

A estratégia geral da pesquisa consistiu em captar e analisar, à luz da TIPESC, os atos ou ações de saúde no interior do processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros de cada equipe das unidades de Saúde da Família nos Distritos Sanitários III, IV e V do

município de João Pessoa revelando as bases do cuidado produzido e por consequência, o modelo assistencial empregado tendo em vista as dimensões singular, particular e estrutural.

A dimensão singular se refere aos atos ou ações de saúde de enfermeiros e médicos que integram a Estratégia de Saúde da Família, no desenvolvimento de estratégias e táticas alternativas. Esses atos ou ações de saúde são operacionalizados dentro dos limites estabelecidos pelos níveis de atenção a saúde (Primário, Secundário e Terciário) com atividades ligadas a esfera Administrativa, Educativa ou puramente Assistencial, sendo, portanto, a dimensão particular do fenômeno. Estas atividades se ancoram em princípios filosóficos e organizacionais preconizados no Sistema Único de Saúde que se constitui a principal política pública de saúde em vigência no país, neste caso, tomada como dimensão estrutural.

No aspecto mais restrito, buscou-se apreender estratégias e táticas alternativas aos modelos assistenciais em uso, gerados a partir dos atos e ações dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos). Para estabelecer classificações e agrupar idéias, tendo em vista a realidade social abordada, utilizaram-se como categorias de análise, o Processo de Trabalho e os Modelos Assistenciais. O Processo de Trabalho é compreendido como um conjunto articulado de atos e ações, direcionados para a produção intencional de algo novo. A categoria Modelo Assistencial é compreendida como forma de produção e distribuição de atos e ações de saúde, mediante necessidades socialmente determinadas de uma população.

3.2. Cenário da Pesquisa

A presente investigação foi desenvolvida em uma amostra de 71 unidades da estratégia de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V do Município de João Pessoa –PB, obtidos através da técnica de amostragem estratificada, segundo Distritos Sanitários.

O município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, tem uma área geográfica de 210,80km², estando situado no litoral do estado. São 30 km de praias, com altitude entre 37 a 74m acima do nível do mar e um clima quente e úmido. Tem como principais bases econômicas o comércio, indústria e a pesca e, de forma menos expressiva, a extração de caju e de coco.

A população do município é 702.235 habitantes (estimativa do IBGE em 2010), distribuídos em área urbana, dentre os quais 45,7% está concentrada na faixa etária de 15 a 39 anos, indicando a predominância de jovens em plena fase produtiva da vida. Em relação ao

sexo, cerca de 47% dos habitantes são do sexo masculino e 53% do sexo feminino, de modo que a proporção do número de mulheres para homens é de 0,87. João Pessoa é a segunda capital do Nordeste em número de idosos (JOÃO PESSOA, 2006).

O município é constituído por 65 bairros, dentre os quais destacam-se o bairro de Mangabeira como o mais populoso (67 mil habitantes, o que corresponde a 11% da população do município) e o bairro de Mussuré o menos populoso (JOÃO PESSOA, 2006).

A formação de renda da maioria da população depende de atividades do setor terciário, seguido pelo setor secundário. As atividades agropecuárias são inexpressivas, o que pode ser explicado pela predominância de ocupação urbana no município (JOÃO PESSOA, 2006).

João Pessoa integra o 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba, juntamente com outros 24 municípios paraibanos e desde o ano de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde tem sob sua responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. A rede de atenção municipal à saúde de João Pessoa dispõe de um total de 20 hospitais entre públicos, privados e filantrópicos, que oferecem 2.264 leitos, além de 305 unidades ambulatoriais, 94 centros de saúde, 10 ambulatórios e 6 postos de assistência médica (JOÃO PESSOA, 2006).

No âmbito da atenção básica, as 180 unidades de Saúde da Família (USF) estão organizadas a fim de prestar a atenção à saúde em articulação com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar. Para tanto, busca-se construir o cuidado integral do usuário-cidadão em uma rede de relações humanizadas (JOÃO PESSOA, 2006).

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, o município está dividido em cinco Distritos Sanitários. A Figura abaixo (Figura 1) representa a área do município de João Pessoa e seus respectivos Distritos Sanitários.

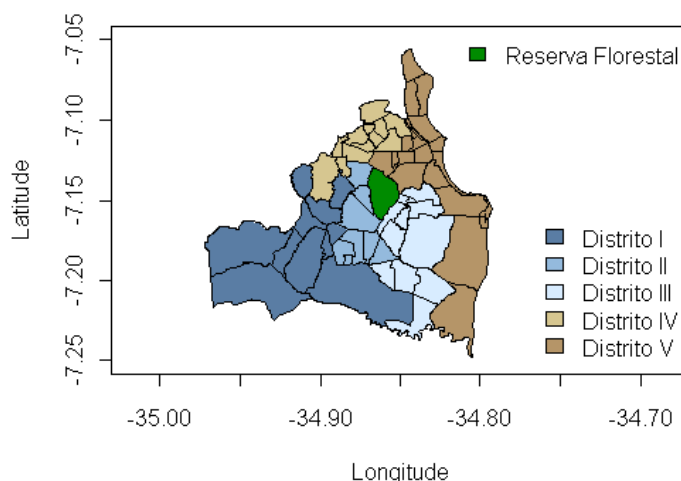


Figura 1 – Divisão do Município de João Pessoa/PB em Distritos Sanitários

O projeto político da Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa encontra-se voltado à reconstrução de sua matriz produtiva em direção à produção do cuidado integral e humanizado, com ênfase nas necessidades de saúde do usuário-cidadão e na busca permanente por resultados positivos para a saúde, a integralidade e a qualidade da atenção, nos campos da promoção à saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos. Nesse sentido, são estabelecidos blocos organizativos, permeados por idéias-força que atuarão como elementos mobilizadores da mudança na gestão e nos processos de trabalho em saúde, quais sejam: educação permanente, matriciamento, acolhimento e gestão do trabalho em saúde (JOÃO PESSOA, 2006).

3.3. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da investigação foram os profissionais enfermeiros e médicos vinculados a 71 equipes de saúde da família existentes nos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa/PB.

3.4. Instrumentos de Pesquisa

Para coleta dos dados e produção do material empírico utilizou-se dois instrumentos, elaborados exclusivamente para esta pesquisa, cada um deles adequados às abordagens utilizadas no estudo.

Nesse sentido, a fim de coletar os dados pertinentes à abordagem quantitativa, foi elaborado um Questionário (Apêndice B) dividido em duas partes. A primeira delas consta de 18 questões, elaboradas com a finalidade de obter informações sobre o perfil sócio-demográfico e de formação profissional dos sujeitos da pesquisa.

A questão de número 18, referente aos dados econômicos, em particular, fundamenta-se no Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que tem como função estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, atribuindo uma classificação dos indivíduos segundo as classes econômicas (ABEP, 2008).

A segunda parte do Questionário contém ao todo 15 questões, sendo 14 fechadas e uma com possibilidade de detalhamento da opção marcada. Dentre as questões fechadas, 12 buscaram caracterizar os atos e ações dos profissionais enfermeiros e médicos segundo os Modelos de Atenção à Saúde Privatista, Sanitarista e da estratégia de Saúde da Família, conforme a classificação de Paim (2003). Objetivou-se, desse modo, apreender que

características se apresentam em maior proporção no cenário investigado. No Quadro 1 são listadas as questões pertinentes a cada um dos modelos de atenção considerados bem como os itens/respostas que indicam a característica em questão.

Quadro 1 – Esquema de indicação valorativa das questões formuladas

Modelos	Questões	Variável de Interesse	Respostas que indicam a característica do modelo
Modelo de Atenção Privatista	18	Demanda espontânea	Sim
	26	Exclusividade da demanda espontânea	Sim
	23	Autonomia da enfermagem	Sim
	29	Trabalho educativo	Pontual e focalizado
	30	Trabalho educativo	Sim
Modelo de Atenção Sanitarista	19	Campanhas e programas	Sim
	24	Controle de agravos e grupos de risco	Sempre
	27	Administração única e vertical	Sim
Modelo de Atenção da ESF	20	Necessidades dos usuários	Sim
	25	Determinantes sociais	Sempre
	28	Trabalho em equipe	Sempre
	31	Promoção da saúde	Sim

Com a questão de número 21 buscou-se identificar os atos de saúde dos profissionais médicos e enfermeiros, de modo a classificá-los nas dimensões administrativa, assistencial e educativa.

A última questão do Questionário tinha a finalidade de nortear a pesquisa qualitativa, ao buscar saber se em seus processos de trabalho os profissionais enfermeiros e médicos utilizam estratégias e táticas alternativas, a fim de cumprir seu compromisso de prestar uma assistência mais integral, equânime, contínua e resolutiva. A resposta afirmativa a essa questão indicou os profissionais a serem revisitados na etapa qualitativa do estudo para a realização da entrevista.

Para a etapa qualitativa foi elaborado um Roteiro de entrevistas semi – estruturado (Apêndice C), através do qual os sujeitos foram instados a descrever, o mais completamente

possível, um dia típico de trabalho na equipe de saúde da família à qual está vinculado, quando da realização da estratégia e/ou tática alternativa que havia apontado no Questionário.

3.5. O Trabalho de Campo

A rigor, a pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCS, sob o Parecer nº 0148, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a execução do trabalho de campo foram realizados contatos prévios com a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de João Pessoa-PB, a fim de solicitar a autorização para o desenvolvimento da pesquisa nas Unidades de Saúde da Família (Anexo A). De posse da autorização, procedeu-se o contato direto com os Distritos Sanitários III, IV e V, a fim de obter o Encaminhamento que deveria ser apresentado sempre que houvesse contato com as USF's (Anexo B).

De modo a proporcionar uma primeira aproximação com o cenário da pesquisa, foi realizado um estudo piloto com 05 profissionais vinculados ao Distrito Sanitário IV (1 médica e 4 enfermeiras), em fevereiro de 2010, a partir do qual foram feitos ajustes e modificações no delineamento da investigação e no instrumento de coleta de dados.

Para obtenção da amostra as unidades da Estratégia de Saúde da Família foram estratificadas segundo os Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa e para cada estrato o tamanho da amostra foi calculado considerando uma margem de erro de 10 p.p. (pontos percentuais), um nível de confiança de 95% e uma proporção $p = 0.5$, de modo a maximizar o tamanho da amostra. Uma vez definido o tamanho da amostra para cada estrato, procedeu-se o sorteio aleatório das unidades amostrais, conforme se observa no Quadro 02.

Quadro 02 – Valores Populacionais e Amostrais, segundo distrito sanitário e profissional. João Pessoa-PB, 2010.

Distrito Sanitário	Tamanho da população de ENFERMEIROS	Tamanho da população de MÉDICOS	Tamanho da amostra de ENFERMEIROS	Tamanho da amostra de MÉDICOS
III	53	43	35	30
IV	26	23	21	19
V	18	16	16	11

Quando do início da pesquisa, existia um total de 97 Unidades de Saúde da Família (USF) nos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa-PB, dentre as quais 53 estavam vinculadas ao DSIII, 26 ao DSIV e 18 ao DSV. Contudo, por ocasião da coleta dos dados, observou-se que em 10 USF do DS III não havia profissionais médicos, de maneira que para o cálculo de tamanho da amostra desta população foram consideradas 43 USF. No DSIV, das 26 USF, 3 estavam também sem o profissional médico, tendo sido consideradas 23 USF para o cálculo do tamanho de amostra dessa população. No que se refere ao DSV, foram registradas 2 USF sem profissional médico, e assim o cálculo de tamanho de amostra da população de médicos foi realizado considerando 16 USF. Para todos os distritos sanitários estudados, foram mantidos os valores iniciais para o cálculo de tamanho de amostra da população de enfermeiros, uma vez que não foi registrada ausência desse profissional.

Em face desses ajustes, a amostra foi composta por 132 profissionais, e destes, 65 eram do DSIII (35 enfermeiros e 30 médicos), 40 do DSIV (21 enfermeiros e 19 médicos), e 27 do DSV (16 enfermeiros e 11 médicos), conforme planejamento amostral apresentado anteriormente. A escolha dos profissionais que participaram da amostra ocorreu através de sorteio aleatório. Para cada estrato foi gerado um número aleatório entre 0 e 1 para as USFs, sendo escolhida para compor a amostra os profissionais das USFs com maior probabilidade. Caso a USF sorteada não apresentasse médico ou enfermeiro, foi escolhida outra USF no qual estivesse presente estes profissionais, respeitando-se as probabilidades obtidas para cada unidade.

A sistemática adotada durante a aplicação do Questionário seguiu, via de regra, os mesmos procedimentos. Ao chegar à USF buscava-se o contato diretamente com os profissionais enfermeiros e médicos ou com o apoiador matricial, que responde pela coordenação técnica das USFs no município de João Pessoa/PB, apresentando o encaminhamento do Distrito Sanitário ao qual a unidade estava vinculada. Havendo a disponibilidade e interesse dos profissionais em participar da pesquisa, aguardava-se a conclusão das atividades. Nos casos em que não foi possível aplicar o questionário no primeiro contato era marcado outro horário para retorno da pesquisadora. No encontro com o profissional eram explicados os objetivos e propósitos da pesquisa, sendo também solicitada a leitura atenciosa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os questionários foram preenchidos na presença da pesquisadora que se mantinha atenta ao preenchimento a fim de intervir sempre que fosse necessário, bem como para sanar eventuais dúvidas dos profissionais em relação às questões.

Em caso de recusa ou quando não havia profissionais disponíveis no serviço, a amostra era substituída seguindo-se a sequência do sorteio das unidades amostrais. Ao final da coleta, obteve-se um total de 133 questionários válidos, 70 respondidos por enfermeiros e 63 respondidos por médicos.

Em alguns casos houve a recusa em responder a questões específicas do questionário ou ausência de profissionais na USF estudada, de modo que para algumas variáveis o números de respostas válidas foi inferior ao total de questionários obtidos. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2010, aí incluído o período corresponde à realização do estudo piloto.

A segunda etapa teve início com a seleção dos sujeitos que na primeira etapa responderam afirmativamente à questão do Questionário que versava sobre a utilização de estratégias e táticas alternativas. Dentre estes, com base em critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados um total de 05 sujeitos. O critério de exclusão orientava a não participação na segunda etapa dos profissionais que, em sua prática profissional, desenvolviam atos ou ações já consignados ou previstos nos modelos de atenção à saúde hegemônicos e aqueles que executavam práticas recomendadas pela SMS-JP.

Os critérios de inclusão indicavam a seleção dos profissionais que desenvolviam atos ou ações de saúde não consignados ou previstos nos modelos de atenção à saúde hegemônicos ou profissionais que desenvolviam suas práticas por meio de atos ou ações de saúde que, embora previstos institucionalmente, eram desenvolvidos a partir de uma lógica ou um jeito de fazer diferente do usual.

Tendo sido selecionados os sujeitos, foi estabelecido o contato com os mesmos a fim saber da disponibilidade e interesse em participar da segunda etapa do estudo e para informá-los de que nessa nova etapa explicariam mais detalhadamente como eram desenvolvidas as estratégias e táticas alternativas que haviam sido citadas por ocasião da aplicação do Questionário.

A sistemática adotada para a realização da entrevista consistiu em estabelecer o contato com os sujeitos selecionados marcando horários mais apropriados. Quando da chegada à USF, aguardar a conclusão das atividades do profissional e explicar os objetivos e propósitos da entrevista. Solicitar a leitura atenciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obter permissão para gravação do discurso. As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2010.

3.6. Análise dos dados e do material empírico

Os dados obtidos a partir da entrevista foram tabulados e ordenados de acordo com a parte do Questionário de onde provinha, uma vez que seriam submetidos a diferentes métodos de análise estatística. Os dados que correspondiam à primeira parte do Questionário foram submetidos a uma análise exploratória, sendo dispostos em gráficos e tabelas. Na sequência foi possível proceder a caracterização dos profissionais Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa – PB, segundo os dados socioeconômicos, de formação e atuação profissional.

Para os dados correspondentes à segunda parte do questionário, aplicou-se métodos estatísticos inferenciais, a saber: teste de hipótese para uma proporção e para comparação de duas proporções e teste de associação, a depender do tipo de relação que se pretendia estabelecer entre as variáveis.

A partir da aplicação do teste de hipótese para uma proporção foi possível obter a caracterização dos atos e ações desenvolvidos pelos enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família dos Distritos Sanitários III, IV e V, conforme os modelos de atenção à Saúde. Foi possível obter também a identificação da prioridade de atuação dos profissionais em relação às dimensões Assistencial, Administrativa e Educativa e a proporção de profissionais que desenvolviam estratégias e táticas alternativas no contexto investigado. O teste de hipóteses para duas proporções foi aplicado no primeiro dos casos acima descritos, quando se pretendia comparar as proporções entre as categorias profissionais (enfermeiros e médicos) e os Distritos Sanitários III, IV e V.

O teste de associação permitiu testar se haveria independência ou associação entre as variáveis expressas em diferentes questões do Questionário. A manipulação, tratamento e análise dos dados foi realizada através do software estatístico R (www.r-project.org) versão 2.9.

Para a análise do material empírico foi realizada a leitura dos textos obtidos a partir das entrevistas a fim de proceder o recorte dos elementos do processo de trabalho (Objeto, Finalidade e Instrumentos). Para tanto, os textos foram agrupados conforme cada um desses elementos a fim de que fossem analisados à luz das categorias de análise eleitas para o estudo (Processo de Trabalho e Modelos Assistenciais). Através dessa análise foi possível relacionar as posições identificadas nos textos, em termos de acordo e desacordo com a literatura, conforme a orientação para a análise de discurso na vertente proposta por Fiorin (1998).

Essa orientação metodológica de análise e a visualização da posição dos profissionais enfermeiros e médico frente a seus processos de trabalho e modelos assistenciais tornaram possível a identificação do tema **Estratégias e Táticas Alternativas configurando novos modos de atenção a saúde** como categoria empírica do estudo.

3.7. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - *CEP/CCS/UFPB* cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob o Parecer nº 0148.

Em ambas a etapas de estudo (coleta dos dados e construção do material empírico) os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e esclarecidos de que a participação era voluntária, havendo a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa se assim desejassem, sem risco de qualquer penalização ou prejuízos de natureza pessoal ou profissional. Foi assegurado aos participantes o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo das informações consideradas confidenciais.

Resultados e Discussão

“A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem”

Paulo freire

4.1 - Caracterização dos profissionais segundo os dados socioeconômicos, de formação e atuação profissional

Na presente seção será descrita a análise dos dados segundo variáveis socioeconômicas, de formação e atuação profissional referentes à primeira parte do Questionário (Apêndice B) e analisados por meio de métodos estatísticos exploratórios.

Como é possível observar nos Gráficos 1, 2 e 3 os profissionais médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários em estudo caracterizam-se, entre outros aspectos, por serem majoritariamente do sexo feminino (87,31%); cerca de 70% são casados; e em sua maioria declararam ser brancos (60,47%).

Gráfico 1 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Sexo. João Pessoa-PB, 2010.

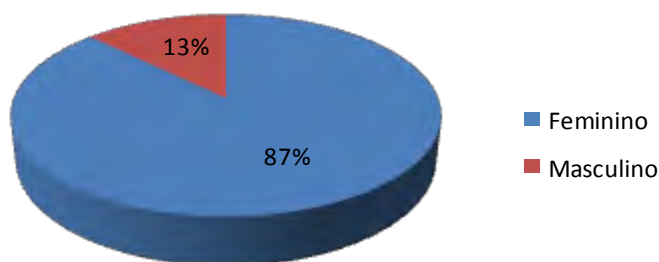


Gráfico 2 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V segundo a variável Estado Civil. João Pessoa-PB, 2010.

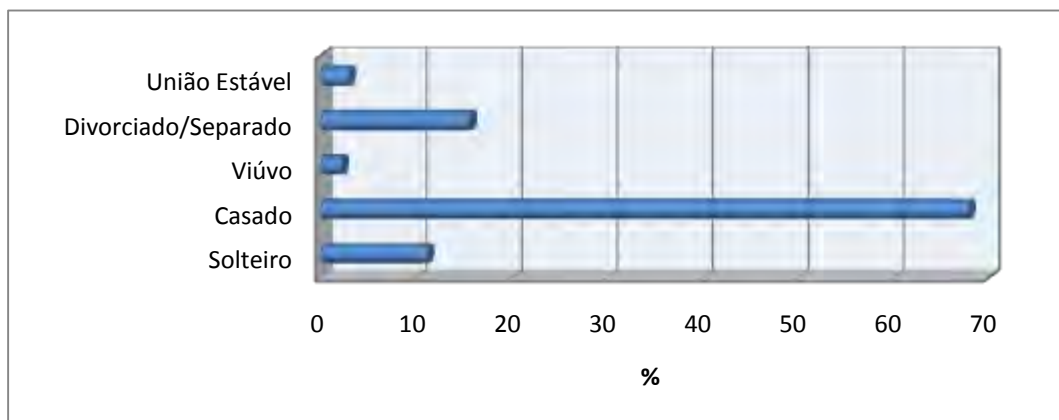
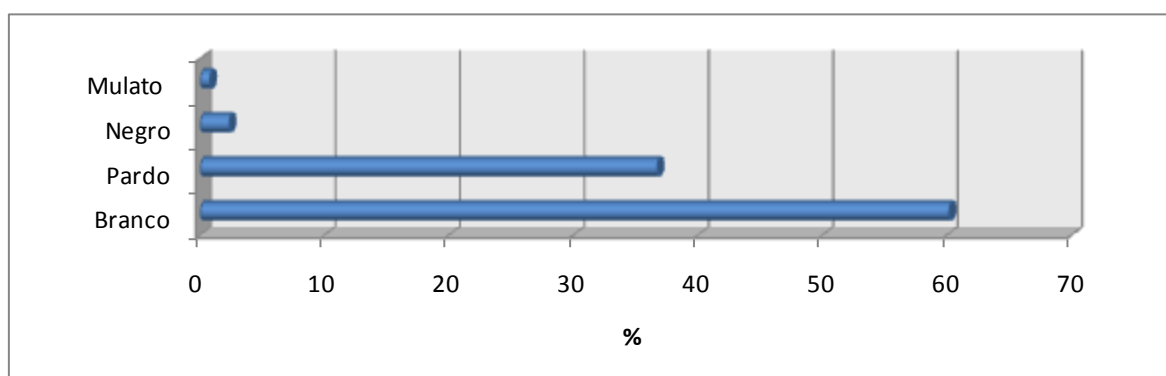


Gráfico 3 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Etnia. João Pessoa-PB, 2010.



No que se refere à Idade, verificou-se que a maioria dos médicos, em cada Distrito Sanitário, possui mais de 50 anos de idade. Tal panorama se repete quando realizada comparação entre as categorias profissionais e em relação aos Distritos Sanitários tomados conjuntamente (Tabela 1).

Em relação aos enfermeiros, não foi identificada uma faixa etária com frequência superior a 35%, sinalizando uma distribuição mais homogênea desses profissionais em relação à idade, quando comparados aos médicos.

Tabela 1 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Idade. João Pessoa – PB, 2010*.

Idade (anos)	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
25 --- 35	21,21	8,70	10,53	0,00	6,67	8,33	10,74
35 --- 45	30,30	13,04	26,32	15,79	33,33	8,33	22,31
45 --- 50	21,21	0,00	31,58	5,26	26,67	16,67	16,53
> 50	27,27	78,26	31,58	78,95	33,33	66,67	50,41
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

A análise da escolaridade revelou que a maioria dos profissionais, cerca de 48%, cursou ensino médio em instituição privada. Contudo, 44,03% dos sujeitos cursaram esse nível de ensino em instituições públicas, apontando uma diferença pequena entre esses valores.

Em relação ao ensino médio, nota-se uma distribuição mais homogênea quanto às instituições públicas estaduais ou municipais e as instituições privadas, exceção feita ao Distrito Sanitário V, onde há um predomínio evidente de enfermeiros que cursaram o referido nível de ensino em instituições privadas (70%) e médicos em instituições públicas estaduais ou municipais (62%), conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Ensino Médio. João Pessoa – PB, 2010*

Ensino Médio	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Instituição Pública	60,00	60,00	40,00	45,00	31,25	69,23	52,24
Instituição Privada	40,00	40,00	60,00	55,00	68,75	30,77	47,76
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Quanto à natureza da instituição onde cursaram o Ensino Superior, destaca-se a predominância de indivíduos graduados em instituições públicas (78,36%), tendência que se mantém quando da análise de enfermeiros e médicos separadamente assim como na observação dos valores de cada distrito sanitário. Para os médicos essa predominância se apresenta com valores maiores quando comparados aos enfermeiros, chegando a 100% no Distrito Sanitário IV e cerca de 93% no Distrito Sanitário V (Tabela 3).

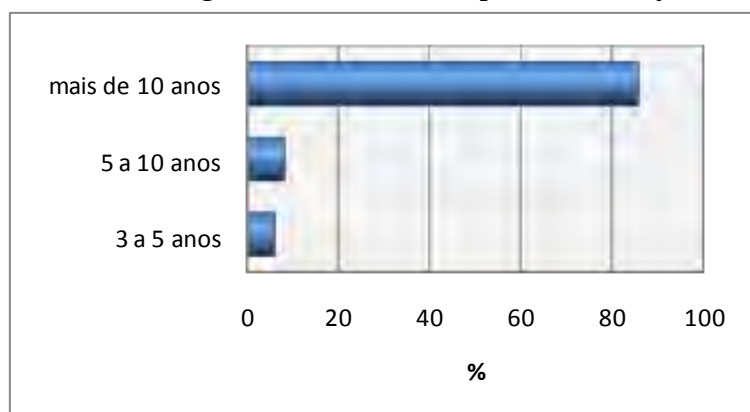
Tabela 3 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Ensino Superior. João Pessoa – PB, 2010*

Ensino Superior	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Instituição Pública	57,14	96,67	60,00	100,00	75,00	92,31	78,36
Instituição Privada	42,86	3,33	40,00	0,00	25,00	7,69	21,64
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Com base no Gráfico 4, verifica-se que a maioria dos profissionais enfermeiros e médicos concluiu a graduação há mais de 10 anos, o que também se aplica à análise dos distritos sanitários separadamente.

Gráfico 04 - Distribuição de Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo de Graduação. João Pessoa-PB, 2010.



De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, observa-se que tanto enfermeiros quanto médicos, em sua maioria, possuem algum tipo de especialização (89,55%), condição que se repete quando considerados os distritos sanitários e categorias profissionais separadamente. Destaca-se, contudo, a baixa frequência de profissionais com pós-graduação em nível de mestrado, tanto entre médicos como enfermeiros, e a presença de profissionais com doutorado apenas do Distrito Sanitário IV, dentro da categoria médica, configurando, nesse caso, 5% do total.

Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.*

Pós-graduação	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Não possui	5,71	13,33	5,00	10,00	6,25	7,69	8,21
Especialização	94,29	83,33	95,00	85,00	87,50	92,31	89,55
Mestrado	0,00	3,33	0,00	0,00	6,24	0,00	1,49
Doutorado	0,00	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,75
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Quando questionados em que área se enquadrava sua pós-graduação, a maioria dos profissionais classificou o curso realizado na categoria “Outra”, que se refere a uma área diferente daquelas discriminadas no instrumento de coleta de dados (Assistencial, Administrativa e Educativa), como é possível observar na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Área de Pós-graduação. João Pessoa – PB, 2010.*

Área de Pós-graduação	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Assistencial	17,65	37,04	36,84	38,89	26,67	8,33	28,00
Educativa	2,94	3,70	5,26	0,00	0,00	0,00	2,40
Outra	70,59	51,85	31,58	55,56	66,67	75,00	58,40
Nenhuma	2,94	3,70	10,53	5,56	0,00	8,33	4,80
Mais de uma	5,88	3,70	15,79	0,00	6,67	8,33	6,40
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Os dados apresentados na Tabela 6 refletem o posicionamento dos profissionais em relação à área de formação complementar que julgam ser mais importante para as atividades que desenvolvem na USF em que trabalham. Destacam-se, nesse sentido, os Distritos Sanitários IV e V, onde tanto médicos quanto enfermeiros consideram a área assistencial como a mais importante para formação complementar.

No Distrito Sanitário III a maioria dos enfermeiros (33%) optaram por mais de uma das áreas discriminadas como sendo importantes. Ainda nesse distrito, cerca de 34% dos médicos indicam a área Educativa como sendo a mais importante.

Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Formação Complementar. João Pessoa – PB, 2010.*

Formação Complementar	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Administrativa	5,88	0,00	5,00	5,00	0,00	0,00	3,01
Assistencial	17,65	26,67	50,00	45,00	43,75	30,77	33,08
Educativa	26,47	33,33	20,00	15,00	18,75	23,08	24,06
Outra	11,76	13,33	0,00	20,00	12,50	15,38	12,03
Nenhuma	5,88	10,00	10,00	5,00	0,00	15,38	7,52
Mais de uma	32,35	16,67	15,00	10,00	25,00	15,38	20,30
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Consideradas as categorias profissionais de modo geral, observou-se que a maioria dos profissionais (55%) trabalha na atenção básica a mais de 10 anos. Tal panorama retrata a tendência dentro de cada categoria profissional que pode ser observada na Tabela 7, especialmente em relação à enfermagem, uma vez que nos Distritos Sanitários IV e V, cerca de 75% e 82% destes profissionais, respectivamente, estão há mais de 10 anos na atenção básica, não havendo profissionais com menos de 5 anos atuando nesse nível de atenção.

Tabela 7 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo de Atenção Básica. João Pessoa – PB, 2010.*

Tempo de Atenção Básica	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Menos de 1 ano	0,00	6,67	0,00	5,00	0,00	7,69	2,99
1 a 3 anos	5,71	3,33	0,00	5,00	0,00	0,00	2,99
3 a 5 anos	11,43	13,33	0,00	15,00	0,00	7,69	8,96
5 a 10 anos	25,71	43,33	25,00	30,00	18,75	30,77	29,85
Mais de 10 anos	57,14	33,33	75,00	45,00	81,25	53,85	55,22
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

Quanto ao tempo de trabalho na USF à qual estavam vinculados no período de coleta de dados, a maioria dos enfermeiros nos Distritos Sanitários III e IV trabalham na USF em um período de 5 a 10 anos, enquanto a maioria dos médicos, cerca de 37%, trabalham na unidade havia menos de 1 ano (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Tempo na USF. João Pessoa – PB, 2010.*

Tempo na USF	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Menos de 1 ano	25,71	36,67	20,00	30,00	6,25	23,08	25,37
1 a 3 anos	8,57	23,33	10,00	30,00	12,50	15,38	16,42
3 a 5 anos	8,57	13,33	5,00	10,00	18,75	30,77	12,69
5 a 10 anos	48,57	20,00	65,00	30,00	43,75	15,38	38,06
Mais de 10 anos	8,57	6,67	0,00	0,00	18,75	15,38	7,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

De modo geral, a maioria dos profissionais não desenvolve outra atividade além do trabalho da USF, panorama este que reflete a distribuição observada nos Distritos Sanitários III e V. No caso específico do Distrito Sanitário IV, observou-se que 60% dos enfermeiros realizam alguma atividade externa ao trabalho na USF, enquanto para os a distribuição dos valores foi equitativa (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Outra Atividade, João Pessoa – PB, 2010.*

Outra Atividade	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
Sim	34,29	46,67	60,00	50,00	18,75	30,77	41,04
Não	65,71	53,33	40,00	50,00	81,25	69,23	58,96
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

No que concerne aos dados econômicos, analisados com base no Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2008), a observação dos resultados como um todo evidencia que os profissionais encontram-se inseridos, majoritariamente, na Classe B2, à qual corresponde uma renda familiar média de R\$ 2.012,67. Em relação às categorias profissionais tomadas isoladamente, tem-se que a localização dos enfermeiros reflete claramente a tendência geral descrita acima, enquanto os médicos encontram-se distribuídos igualmente entre as categorias B1 (renda familiar média de R\$ 3.479, 36) e B2 nos distritos sanitários IV e V, com uma discreta vantagem para a classe B1 no distrito sanitário III (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos Enfermeiros e Médicos das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V, segundo a variável Classe Econômica. João Pessoa – PB, 2010.*

Classe Econômica	Distrito Sanitário III		Distrito Sanitário IV		Distrito Sanitário V		Total
	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	Enf.	Médicos	
A2 (R\$ 6.563,73)	0,00	3,33	0,00	0,00	6,25	15,38	2,99
B1 (R\$ 3.479,36)	14,29	40,00	20,00	40,00	25,00	38,46	28,36

B2 (R\$ 2.012,67)	45,71	36,67	55,00	40,00	50,00	38,46	44,03
C1 (R\$ 1.194,53)	31,43	6,67	5,00	15,00	18,75	7,69	15,67
C2 (R\$ 726,26)	8,57	10,00	20,00	5,00	0,00	0,00	8,21
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Valores percentuais

4.2. Caracterizando os atos e ações desenvolvidos conforme os Modelos de Atenção à Saúde

Com o objetivo de apreender as características mais proeminentes dos modelos de atenção à saúde na estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB, a análise que se segue foi realizada sobre os dados obtidos a partir das questões do Questionário (Apêndice B) que tratavam dos Modelos de Atenção à Saúde segundo a classificação de Paim (2003).

Utilizou-se, para tanto, o teste de hipótese para proporção, através do qual as características dos modelos de atenção à saúde estudados foram analisadas na amostra como um todo, por categoria profissional e por Distrito Sanitário, considerando, para todos os casos, um nível de significância (α) de 5%.

Nesse sentido, os tópicos abaixo versam sobre as características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo os modelos de atenção à saúde Privatista, Sanitarista e da Estratégia de Saúde da Família, respectivamente.

4.2.1. Características dos atos e ações dos profissionais Enfermeiros e Médicos segundo o Modelo de Atenção Privatista

Conforme Besen *et al* (2007), o modelo de atenção privatista impregna o sistema de saúde com ações pontuais e focalizadas nas especificidades de cada agravo, e que limitam-se a intervir sobre condições individuais. Esse modo de funcionamento vem a muito determinando práticas voltadas estritamente aos usuários que buscam os serviços de saúde por iniciativa própria, através de uma organização que se direciona à manutenção de uma oferta de serviços condicionada à pressão da demanda e que tem no médico a figura central da assistência.

Com base no reconhecimento da manutenção do Modelo de Atenção Privatista na realidade dos serviços de saúde, determinando o processo de trabalho dos profissionais e o

modo como os serviços se organizam para enfrentar as questões que se colocam para o setor, delimitou-se as hipóteses expressas na tabela a seguir (Tabela 11).

Tabela 11 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do Modelo Privatista. João Pessoa-PB, 2010.

CARACTERÍSTICAS	HIPÓTESES	p-valor
1. Demanda Espontânea	H_0 : a proporção de profissionais que trabalha com a demanda espontânea é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que trabalha com a demanda espontânea é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
2. Oferta de serviços demandados pelos usuários	H_0 : a proporção de profissionais que utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que utiliza apenas a oferta de serviços demandados pelos usuários é $p < 0,5$.	1.448×10^{-11}
3. Centralidade do médico na definição e implementação da assistência de Enfermagem	H_0 : a proporção de profissionais de Enfermagem cuja assistência é definida pela consulta médica é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais de Enfermagem cuja assistência é definida pela consulta médica é $p < 0,5$.	1.534×10^{-14}
4. Ações educativas pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos	H_0 : a proporção de profissionais que realizam ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é $p=0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que realizam ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos é $p < 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$

A análise dos dados revelou que 97% dos profissionais afirmam trabalhar com a demanda espontânea. Do ponto de vista estatístico, a aplicação do teste de hipóteses para proporção resultou em um p-valor menor do que o nível de significância estabelecido, o que nos permite afirmar que a maioria dos profissionais trabalha com a demanda espontânea.

No entanto, apenas 20% dos profissionais afirmaram que os serviços em suas unidades são organizados objetivando atender apenas a demanda espontânea. A partir da aplicação do

teste de hipótese para proporção, e tendo sido obtido um p-valor menor do que o nível de significância, rejeitou-se a hipótese nula. Assim, embora a demanda espontânea não seja negligenciada pela maioria dos profissionais, como indicam os resultados acima, uma minoria deles se restringe a oferta de ações que visam contemplar apenas os usuários que buscam os serviços por iniciativa própria.

De acordo com Paim (2003), no modelo de atenção privatista a relação entre demanda e oferta se dá através da manutenção de uma dada oferta de atendimento estritamente em função dos usuários que buscam os serviços por iniciativa própria. Organizados exclusivamente para atender essa demanda, sob uma perspectiva eminentemente curativista, os serviços terminam por não contemplar uma parcela considerável da população que por razões diversas não chega até os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se restringem ao enfrentamento de necessidades diretamente relacionadas à experiência de adoecimentos dos sujeitos.

Com a estratégia de Saúde da Família, buscou-se interferir na lógica da relação entre oferta e demanda como entendida e implementada sob a égide do modelo de atenção privatista, sobretudo através da organização dos serviços visando um melhor direcionamento e atendimento ao fluxo de usuários que buscam os serviços espontaneamente. Nessa direção, deveriam ser criadas condições para aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea a fim de implementar protocolos de diagnóstico precoce e de identificação de situações de risco para a saúde, além do desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade.

Assim, a demanda espontânea pode ser vista como a expressão de outra forma de percepção das necessidades de saúde e não pode ser ignorada quando se discute a organização de serviços de saúde. Ao mesmo tempo, não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde (MATTOS, 2006).

Mattos (2009) utiliza o trabalho médico para ilustrar a relação desejável entre oferta e demanda com enfoque nas necessidades dos usuários, ao afirmar que no encontro com o usuário o profissional deveria buscar atender mais do que a demanda explicitada em uma queixa, que pode se traduzir em necessidades diretamente ligadas à doença ou não.

Cabe destacar que tal postura não deve ser atribuição exclusiva dos médicos, uma vez que o encontro entre médico e usuário é apenas um dos lugares possíveis para a apreensão e atendimento de necessidades. No entanto, conforme Franco e Merhy (2007) o trabalho nos serviços de saúde tem sido tradicionalmente estruturado de forma parcelada e hierarquizada,

constituindo um eixo verticalizado que tem no topo a figura do médico seguido de outros profissionais em posição subordinada a este.

Em alusão a essa característica, buscou-se analisar em que proporção o processo de trabalho assistencial do enfermeiro é definido pela consulta médica, através de uma questão direcionada exclusivamente a esses profissionais. Como resultado, tem-se que apenas 4% dos enfermeiros referiram definir sua assistência a partir da consulta médica. A aplicação do testes de hipóteses indicou um p-valor menor que o nível de significância estabelecido, levando à rejeição da hipótese nula. Assim sendo, as evidências estatísticas permitem afirmar que a minoria dos enfermeiros tem na consulta médica o referencial para definição da assistência sob sua competência específica.

Diante disso, ganha relevo a afirmação de Bonaldi *et al* (2007), para os quais a transformação das práticas proposta pelos princípios do SUS e reafirmadas pela estratégia de Saúde da Família, exige a valorização da diversidade de vozes e discursos decorrentes do exercício da multiprofissionalidade, uma vez que o trabalho em saúde não se esgota no fazer e no saber de um único trabalhador.

Para que essa exigência se efetive no âmbito dos serviços, é preciso que seja resgatada a autonomia dos profissionais na definição e implementação do trabalho sob sua competência, desde que essa autonomia seja entendida como a condição de o profissional decidir sobre o seu trabalho, o exercício pleno do saber-fazer no momento do procedimento assistencial, sem prejuízo à tão necessária integração com o trabalho em equipe. Assim, o exercício pleno da autonomia da enfermagem implica em maior resolubilidade das ações, favorecendo o fluxo de usuários, e resultando em maior comprometimento com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

É reconhecido, pois, o potencial que a Saúde da Família tem de superar o trabalho técnico hierarquizado, visando o estabelecimento de interações permanentes entre os trabalhadores, priorizando a horizontalidade e flexibilidade dos poderes e possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

No âmbito educativo, o modelo assistencial privatista, condiciona ações prescritivas e autoritárias, voltadas, sobretudo para a mudança de hábitos e comportamentos individuais por referência a um estilo de vida ideal que supõem-se ser adequado a todos. Essa forma de agir culpabiliza os indivíduos pela sua condição de vida e saúde, desresponsabilizando a sociedade pela forma como a dinâmica do processo saúde-doença se apresenta na vida das pessoas (PEDROSA, 2003; FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

A análise desse componente do modelo evidenciou que a proporção de profissionais que afirma realizar ações educativas segundo essa lógica é de aproximadamente 20%, enquanto a proporção daqueles que afirmam realizar ações generalistas é de cerca de 80%. A significância desses valores reside na obtenção de um $p\text{-valor} = 0$ quando da aplicação do teste de hipóteses para proporção, e que resultou na rejeição da hipótese nula. Com consequência, é possível afirmar que a minoria dos profissionais realiza ações pontuais e focalizadas nas especificidades dos agravos, de modo que ações educativas generalistas são majoritárias no contexto em estudo.

Ressalta-se, nesse sentido, que modelos assistenciais centrados nas necessidades dos usuários, conforme delineado pela Estratégia de Saúde da Família requer ações generalistas e que priorizem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quaisquer que sejam as dimensões consideradas. No caso específico da dimensão educativa, ações generalistas devem transcender a lógica curativista ao valorizar a realidade dos usuários, os determinantes do processo saúde doença e a subjetividade que permeia esse processo, sem deixar de lado o reconhecimento dos usuários como seres ativos, autônomos e participativos (MACHADO; VIEIRA, 2009).

4.2.2. Características dos atos e ações dos profissionais médicos e enfermeiros segundo o Modelo de Atenção Sanitarista

Tendo se constituído como a lógica de atenção à saúde hegemônica no Brasil até meados da década de 1960, quando começou a perder espaço para o modelo Privatista, o modelo de atenção Sanitarista continua presente no sistema de saúde brasileiro, determinando ações coletivas, porém direcionadas a agravos e grupos populacionais específicos, por meio de campanhas e programas especiais e com forte concentração das decisões nos níveis centrais de gestão (MENDES, 1993).

Nesse sentido, aspectos como ações por meio de campanhas e programas, controle de agravos específicos e de grupos em risco de adoecer ou morrer, e ações educativas por meio de esclarecimentos e informações pontuais, são aqui resgatados como características importantes que possibilitam delinear os contornos do Modelo de Atenção Sanitarista (Tabela 12).

Tabela 12 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do Modelo de Atenção Sanitarista. João Pessoa-PB, 2010.

CARACTERÍSTICAS	HIPÓTESES	p-valor
1. Campanhas sanitárias e programas especiais	H ₀ : a proporção de profissionais que utiliza campanhas sanitárias e programas especiais é $p = 0,5$. H ₁ : a proporção de profissionais que utiliza campanhas sanitárias e programas especiais é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
2. Controle de agravos específicos e de grupos em risco de adoecer ou morrer	H ₀ : a proporção de profissionais cujo processo de trabalho volta-se para o controle de agravos específicos e grupos em risco de adoecer ou morrer é $p = 0,5$. H ₁ : a proporção de profissionais cujo processo de trabalho volta-se para o controle de agravos específicos e grupos em risco de adoecer ou morrer é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
3. Esclarecimentos e informações pontuais à comunidade	H ₀ : a proporção de profissionais que fornece por meio de esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é $p = 0,5$. H ₁ : a proporção de profissionais que fornece por meio de esclarecimentos e informações pontuais à comunidade é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$

A análise dos dados revelou que 99% dos profissionais fazem uso de campanhas sanitárias e programas especiais de saúde com a finalidade de prestar assistência aos usuários. Como resultado do teste de hipóteses para proporção, um p-valor menor que o nível de significância estabelecido forneceu evidências para afirmar que o desenvolvimento de ações de saúde através de campanhas e programas especiais é majoritário na amostra em estudo. Tomados os distritos sanitários separadamente, um p-valor maior do que o nível de significância levou à rejeição da hipótese H₀, de modo que não há evidências estatísticas que permitam afirmar diferenças entre as proporções de enfermeiros e médicos em relação a essa característica do modelo de atenção sanitária.

Historicamente, ações dessa natureza têm perpassado os serviços de saúde determinando intervenções definidas e implementadas verticalmente, como práticas desarticuladas e com caráter eminentemente autoritário, desconsiderando as reais necessidades da população (ALVES, 2005).

No que tange aos programas especiais, Campos (1994) afirma que compreendem recortes de um conjunto de problemas sanitários, considerados prioritários, cuja definição resulta antes de pressões políticas, embora sejam em geral assumidos como decorrentes de uma escolha técnica e epidemiológica. Trata-se, portanto, de organizar “pedaços” de serviços aos quais são incorporados “pedaços” de clínica, de técnicas epidemiológicas e de educação em saúde. Para o autor, esses recortes são em geral motivados pelo desinteresse do Estado de investir em saúde, podendo expressar também a renúncia em promover uma reforma sanitária integral.

Essas ações refletem, portanto, a fragmentação da prática no interior dos serviços, revelando a necessidade de as equipes de saúde pensarem suas práticas, sobretudo, desde o horizonte da população e das suas necessidades, e não mais pelo ponto de vista exclusivo de sua inserção específica em um programa ou campanha de saúde (MATTOS, 2006).

Paim (2003) destaca ainda que, embora atuem em uma perspectiva de coletividade, essas ações não chegam a contemplar a situação de saúde da população em sua totalidade, uma vez que direcionam-se exclusivamente a agravos e grupos populacionais específicos.

A análise dos dados remete também a essa característica, uma vez que constatou-se que o processo de trabalho da maioria dos profissionais nesse âmbito (95%) está voltado para o controle de agravos ou o trabalho com grupos de risco, haja vista um $p\text{-valor} = 0$ que conduziu à não rejeição da hipótese nula.

Conforme Fleury-Teixeira *et al* (2008) as condições sociais são a base do padrão sanitário da população, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é um determinante fundamental para sua própria saúde. Nessa perspectiva, a análise das séries causais dos grupos de patologias com maior magnitude e transcendência em diferentes contextos sociais, aponta o peso das condições de vida dos sujeitos na determinação sobre a saúde.

E é nesse sentido que a atuação sobre determinantes mais gerais é potencialmente mais eficaz para o incremento da saúde populacional do que ações voltadas à prevenção de riscos ou o tratamento e a recuperação de agravos específicos, uma vez que seu impacto se manifesta como ampliação da saúde, por meio da proteção contra um amplo espectro de possíveis patologias e agravos. Como complemento dessa concepção, tem-se que há um maior potencial para efetividade em ações direcionadas a fatores de riscos comuns a toda a população ou a vastos grupos populacionais, em vez daquelas direcionadas para riscos detectados em grupos específicos (FLEURY-TEIXEIRA *et al*, 2008).

No tocante ao processo de trabalho educativo, do ponto de vista estatístico foi possível constatar que a maioria dos profissionais (92%) afirma fornecer esclarecimentos e informações pontuais à comunidade. No entanto, não houve diferença significativa quando consideradas as proporções de enfermeiros e médicos (p -valor = 0.3043) bem como os distritos sanitários separadamente (p -valor = 0.539).

Sob essa ótica, é comum nos serviços o desenvolvimento de ações educativas, por exemplo, através de “palestras” prescritivas de hábitos e condutas onde são transmitidas informações e conhecimentos técnicos sobre as doenças e de como cuidar da saúde, sem que sejam levados em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes a fala dos profissionais veicula a culpabilização do próprio paciente por sua doença, mesmo que sejam reconhecidos os determinantes sociais da doença e da saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

De acordo com Heckert (2009), contudo, vários estudos tem evidenciado que a produção da saúde não tem correspondência direta com a falta de informações pertinentes, e, nessa direção, prover os sujeitos de informações por si só não implica em mudança das práticas. As ações que se fazem de forma verticalizada são pouco ou nada efetivas no sentido de alterar as práticas instituídas e naturalizadas pelos sujeitos.

Para o referido autor, subjaz a essas práticas a noção de saúde como estado de equilíbrio a ser alcançado, e, quando da impossibilidade desse alcance, atingir a saúde implicaria em lidar com os limites impostos pelo corpo, regulando o desregulado e aprendendo a viver com essas limitações. Assim sendo, as ações educativas necessitam responder a essa condição, partindo da compreensão de que para conviver com as limitações se faz necessário modificar comportamentos e hábitos considerados inadequados além de reforçar comportamentos prescritos como saudáveis.

Diante dessa perspectiva, Souza e Jacobina (2009) alertam que o objetivo da educação em saúde não é o de somente informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, todavia não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A educação em saúde deve se dar, acima de tudo, através de práticas emancipatórias, que valorizem a comunicação dialógica, para a construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

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

A reorientação do modelo assistencial por meio da estratégia da Saúde da Família visa o estabelecimento de novas bases e critérios para a atenção à saúde, a partir de mudanças no objeto de atenção, na forma de agir e na organização dos serviços de saúde, na busca da superação do modelo de atenção à saúde hegemônico (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

Com base nesse entendimento, foram tomadas o enfoque sobre necessidades de saúde, os determinantes sociais do processo saúde-doença, o trabalho em equipe e as ações educativas voltadas à promoção da saúde como as características da ESF a serem analisadas que determinaram a delimitação das hipóteses que se seguem (Tabela 13).

Tabela 13 - Apresentação das Hipóteses testadas segundo as características do Modelo da Estratégia de Saúde da Família. João Pessoa-PB, 2010.

CARACTERÍSTICAS	HIPÓTESES	p-valor
1. Necessidades de saúde dos usuários	H₀: a proporção dos profissionais que atendem às necessidades de saúde dos usuários é p = 0,5. H₁: a proporção dos profissionais que atendem às necessidades de saúde dos usuários é p > 0,5.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
2. Determinantes sociais do processo saúde-doença	H₀: a proporção de profissionais que no atendimento a indivíduos, família e comunidade considera a situação de saúde local e seus determinantes é p = 0,5. H₁: a proporção de profissionais que no atendimento a indivíduos, família e comunidade considera a situação de saúde local e seus determinantes é p > 0,5.	5.271×10^{-16}
3. Trabalho em Equipe	H₀: a proporção de profissionais que prioriza atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade é p = 0,5. H₁: a proporção de profissionais que prioriza atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade é p > 0,5.	0,010

4. Ações educativas voltadas à promoção da saúde	H₀: a proporção dos profissionais que no processo de trabalho educativo visa aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e comunidade para compreender e atuar sobre os problemas de saúde e seus determinantes é $p = 0,5$. H₁: a proporção dos profissionais que no processo de trabalho educativo visa aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e comunidade para compreender e atuar sobre os problemas de saúde e seus determinantes é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
--	--	-------------------------

A partir da análise dos dados, constatou-se que 92% dos profissionais afirmam ter as necessidades de saúde dos usuários como foco de sua assistência. Do ponto de vista estatístico, a aplicação do teste de hipóteses para proporção indicou um p-valor menor do que o nível de significância estabelecido, que levou à rejeição da hipótese nula, de modo que é possível afirmar que a maioria dos profissionais atua em consonância com os princípios da estratégia de Saúde da Família, uma vez que afirmam atender as necessidades de saúde dos usuários.

Esse resultado corrobora o entendimento de Campos e Mishima (2005), para os quais a produção da saúde deve ter como finalidade o atendimento das necessidades de saúde dos grupos sociais inseridos em um determinado espaço social, o que implica em processos de trabalho orientados pelo conceito de determinação social do processo saúde-doença, tendo em vista uma atuação sobre as verdadeiras causas dos problemas.

No contexto de uma sociedade capitalista, contudo, as necessidades de saúde são freqüentemente percebidas como necessidades individuais, com base em uma perspectiva que descontextualiza as pessoas de suas relações sociais, trajetórias de vida e cultura. É preciso, pois, resgatar as determinações mais amplas do processo saúde doença, historicamente negadas pela lógica capitalista, o que no caso brasileiro implica na efetivação da saúde como dever do Estado e direito de cidadania (STOTZ, 2001).

Na análise em curso, 69% dos profissionais referem considerar os determinantes sociais do processo saúde doença visando atender às necessidades de saúde de indivíduo/família/comunidade. Com base em um p-valor menor do que o nível de significância estabelecido tem-se que a maioria dos profissionais no atendimento aos usuários considera os determinantes sociais do processo saúde/doença.

Nesse sentido, no âmbito da estratégia de Saúde da Família, profissionais e equipe devem estar atentos à comunidade na qual se insere sua prática, com um olhar que a conceba em sua totalidade, para assim poder identificar e atender o conjunto das necessidades dos usuários, aqui entendidas como aquelas que vão além das experiências de adoecimento propriamente ditas, o que implica dizer que as intervenções, portanto, devem estar em consonância com as condições de vida de indivíduos, família e comunidade (ROMAGNOLI, 2009).

Sabe-se que os determinantes sociais do processo saúde doença não são propriamente objeto da saúde. Questões como violência e desemprego podem estar presentes nas queixas dos usuários em consulta, sendo muitas vezes percebidas pelos profissionais como implicadas na origem dos problemas de saúde relatados, embora sua solução demande muitas vezes ações que escapam à competência desses profissionais e ao âmbito dos serviços de saúde, desde que se pretenda atuar efetivamente sobre as causas dos problemas. Essas questões de ordem social surgem, contudo, como preocupação para o setor, pois resultam em sérios agravos às condições de vida e trabalho da população. Nesse sentido, não só ameaçam diretamente a vida como também expõem os indivíduos a condições precárias de vida que certamente contribuem para o agravamento do quadro sanitário do país (PINHEIRO, 2006).

Assim, a saúde, entendida como produção social de determinação múltipla e complexa, demanda a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção (usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores) na apreciação, formulação e implementação de políticas, diretrizes e ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006c). Nesse sentido, as ações em saúde demandam o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilização tendo em vista a criação conjunta e articulada de estratégias necessária à manutenção da vida.

A esse respeito cabe destacar as afirmações de Rabello (2010), para a qual o paradigma da promoção da saúde, enquanto campo conceitual, metodológico e instrumental, traz em suas bases potenciais de abordagem dos problemas de saúde, com repercussões importantes sobre os modos de pensar e agir dos atores sociais implicados com a produção da saúde. Ao adotar o conceito ampliado de saúde, pressupõe que a resolução dos problemas e resposta às necessidades reside no potencial de agregação e mobilização dos sujeitos sociais e comunidades.

Nessa perspectiva, 95% dos profissionais afirmam que seu processo de trabalho educativo visa aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e comunidade para compreender e atuar sobre os problemas de saúde e seus determinantes. Aplicado o teste de

hipóteses para proporção obteve-se um p-valor menor que o nível de significância estabelecido, sendo possível afirmar que a maioria dos profissionais desenvolve ações educativas que visam capacitar os usuários para compreender e atuar sobre seus problemas de saúde.

Assim, a educação em saúde se destaca como um dos componentes mais importantes para concretização da promoção da saúde. De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), ações educativas concebidas e implementadas segundo a lógica da promoção da saúde deverão estar voltadas à construção de redes de apoio e incentivo à organização e participação das pessoas e comunidades na construção de ações coletivas visando a melhoria das condições de vida. Trata-se, portanto, de ações que produzem níveis crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde, ao colocar os usuários como protagonistas na organização dos processos produtivos em saúde, e por reconhecer a capacidade destes de se constituírem como sujeitos das decisões relativas a sua vida.

De acordo com Lopes, Anjos e Pinheiro (2009), a participação efetiva de usuários, famílias e comunidade nas ações de educação em saúde tem se mostrado como um fator de êxito dessas atividades, favorecendo a aquisição e compartilhamento de informações, e possibilitando à comunidade a execução de práticas favoráveis à sua saúde e seu bem-estar, de forma consciente e crítica, superando o modo tradicional de educação.

A adoção do conceito ampliado de saúde, como pressupõe o paradigma da promoção da saúde, exige também a transformação e diversificação de olhares, práticas e métodos, bem como a inserção de novos profissionais, como forma de contemplar as diversas faces e condicionantes do processo saúde/doença.

Em relação a esse aspecto, um p-valor menor do que o nível de significância, referido a um resultado em que 60% dos profissionais afirmaram priorizar atividades em equipe, conduziu à rejeição da hipótese nula. Em função disso, os resultados ofereceram subsídios para afirmar que a maioria dos informantes prioriza um processo de trabalho em equipe. Contudo, não há diferença estatisticamente significativa entre as proporções de enfermeiros e médicos (p-valor = 1).

Cabe ressaltar que, com a expansão da estratégia de Saúde da Família, a equipe multiprofissional passa a ser um ponto estruturante do processo de trabalho em saúde. À equipe da saúde da família compete, entre outras coisas, estimular e participar de reuniões onde serão discutidos temas relativos ao diagnóstico e alternativas para resolução de problemas identificados como prioritários para a comunidade. Nesse sentido, as práticas administrativas deverão ser eminentemente democráticas e participativas, contando, inclusive

com a participação da comunidade na discussão, elaboração e implementação de intervenções (BRASIL, 1997).

O trabalho em equipe é, portanto, essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF, no sentido do alcance de um modelo de atenção à saúde que permita a articulação de diversas intervenções, com destaque para a participação dos usuários e agentes do trabalho (KELL; SHIMIZU, 2010). Para Peduzzi (2007), a proposição do trabalho em equipe busca promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, para assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência dos serviços.

Contudo, são reconhecidos os obstáculos que se colocam para a construção de um trabalho em equipe, dentro os quais se destacam a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que disciplina as relações de subordinação entre as diferentes áreas de trabalho e seus respectivos agentes, bem como as falhas no processo de formação, inadequação na organização e processos de trabalho. Tais embaraços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que desencadeia a descontinuidade das ações e fragmentação da assistência (KELL; SHIMIZU, 2010).

Diante dessa perspectiva, a articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, a apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários e população do território, exige que os profissionais encontrem alternativas de inserção nos serviços de organização do trabalho que não se limite à mera justaposição de ações ou a tradicional atuação independente e isolada (PEDUZZI, 2007).

4.3. Identificando as dimensões Assistencial, Administrativa e Educativa: prioridades dos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V

De acordo com Ramos e Lima (2000), no trabalho em saúde se efetivam práticas que podem ser classificadas em assistenciais, educativas e administrativas. Essa classificação, contudo, se presta apenas para fins de análise, uma vez que na prática, essas dimensões encontram-se intimamente relacionadas.

Para as referidas autoras, as atividades administrativas são aquelas relativas ao controle do processo de trabalho, as assistenciais incluem ações diretas ou indiretas ao

usuário, sistemáticas ou não e as atividades educativas são dirigidas aos recursos humanos e a educação em saúde, voltada aos usuários.

Na análise que se segue, buscou-se saber qual a prioridade que os profissionais davam às dimensões Assistencial, Administrativa e Educativa no seu processo de trabalho, através da solicitação aos mesmos que atribuísssem a cada uma destas dimensões os números 1, 2 e 3, sendo o 1 para a dimensão mais frequentemente desenvolvida e 3 à dimensão desenvolvida com menor frequência.

Para coleta dos dados e posterior análise através da aplicação do Teste de Hipóteses para proporção, foram elaboradas questões que versavam sobre a prioridade que era dada a cada uma das dimensões, e que podem ser vistas na Tabela 14. Foi considerado um nível de significância (α) de 5%, e os resultados do referido teste são descritos na sequência.

Tabela 14 - Apresentação das hipóteses testadas segundo as dimensões Assistencial, Educativa e Administrativa. João Pessoa-PB, 2010.

DIMENSÃO	HIPÓTESES	p-valor
Assistencial	H_0 : a proporção de profissionais que escolheu a dimensão educativa como primeira opção é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que escolheu a dimensão assistencial como primeira opção é $p > 0,5$.	$< 2.2 \times 10^{-16}$
Educativa	H_0 : a proporção de profissionais que escolheu a dimensão educativa como segunda opção é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que escolheu a dimensão educativa como segunda opção é $p > 0,5$	0.191
Administrativa	H_0 : a proporção de profissionais escolheu a dimensão administrativa como terceira opção é $p = 0,5$. H_1 : a proporção de profissionais que escolheu a dimensão administrativa como terceira opção é $p > 0,5$	0.018

Em relação à dimensão assistencial, o resultado do testes de hipóteses para proporção indicou um p-valor menor que o nível de significância estabelecido, fornecendo evidências

estatísticas para afirmar que o trabalho dos profissionais enfermeiros e médicos ocorre com maior frequência na dimensão Assistencial.

Para a dimensão Administrativa, a aplicação do testes de hipóteses para proporção resultou em um p-valor menor do que o nível de significância estabelecido, de modo que é possível afirmar que esta é a terceira dimensão priorizada no processo de trabalho dos profissionais como um todo.

Na análise da dimensão Educativa, não foi possível, de início, localizá-la em nenhuma das posições, quando tomados os valores como um todo. Contudo, a comparação entre categorias profissionais em relação ao mesmo aspecto revelou que a proporção de médicos (73%) que posicionam a dimensão educativa em segundo lugar é significativamente maior do que a proporção de enfermeiros (43%) que indicam a mesma posição.

A apresentação das dimensões assistencial e administrativa no presente estudo se aproxima dos achados de Siviero e Sampaio (2009), que observaram que a dimensão assistencial é realizada em maior proporção pelos profissionais, ficando a dimensão administrativa em segundo lugar. Destaca-se ainda que, no estudo em questão, a dimensão educativa somente ter sido referida uma única vez, ainda que juntamente com as outras dimensões.

Hausmann e Peduzzi (2009) fazem afirmações interessantes acerca das dimensões assistenciais e administrativas, advogando em favor da complementaridade de ambas nas práticas de saúde, tendo em vista o fato de que, sendo o cuidado a marca do núcleo do processo de trabalho em saúde, as atividades administrativas deveriam estar voltadas à qualidade do cuidado. Desse modo, a ruptura entre as dimensões assistencial e gerencial implica no comprometimento da qualidade do cuidado, com repercussões negativas sobre o processo de trabalho.

Para as autoras, na dimensão assistencial, tem-se como objeto as necessidades de cuidado, visando o cuidado integral. Na dimensão administrativa, por sua vez, o objeto compreende a organização do trabalho e dos recursos humanos, e a finalidade reside em criar condições adequadas para o cuidado dos pacientes e para o desempenho das atividades dos trabalhadores.

Embora as atividades ditas administrativas sofram forte influência da administração clássica, segundo os moldes taylorista/fordista, determinando atividades burocráticas, parceladas, centrada em procedimentos e rotinas e impessoalidade nas relações entre os sujeitos, entre outras características, muitas tem sido as experiências que buscam superar essa compreensão dos processos administrativos, ao conceber essa dimensão como crucial para a

transformação do processo de trabalho em saúde. Esta concepção favorece a constituição de um novo paradigma que visa qualificar a assistência através da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, com ênfase na comunicação e interação profissional (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Dada a apresentação dos resultados, é possível afirmar que todas as dimensões consideradas encontram-se presentes no cenário em estudo, mesmo que em proporções variadas. A complexidade da realidade dos serviços, contudo, não permite argumentar em favor de um privilégio absoluto dado a alguma delas, uma vez que as razões para essa apresentação podem ser tão variadas quanto forem as situações que se colocam na realidade. Nesse sentido, a indicação da dimensão assistencial em primeiro lugar pode ocorrer, por exemplo, em função de os profissionais estarem mais inclinados a desenvolver essa dimensão em detrimento das outras, ao mesmo tempo em que pode compreender uma resposta às necessidades de saúde mais imediatas da população, que em função de condições de vida e saúde desfavoráveis, demandam um maior número de atividades assistenciais, o que, por sua vez, não implica a impossibilidade de agregar a essa prática ações educativas tendo em vista a promoção da saúde e prevenção da doença para a melhoria dessas condições.

4.4. Teste de associação: analisando a associação entre as questões

Os resultados que se seguem referem-se à aplicação do Teste de Associação entre proporções, que se destinou a testar se haveria independência ou associação entre as variáveis expressas em diferentes questões, a um nível de significância (α) de 5%. Buscou-se, pois, com esse teste, saber se o comportamento de uma variável, aqui expressa em características dos Modelos de Atenção à Saúde, teria alguma relação com o comportamento de outra, também relativa aos modelos e, nesse sentido, a associação foi testada entre variáveis que representavam o mesmo modelo ou modelos diferentes.

Para o referido teste a Hipótese Nula (H_0) expressa a afirmação de que há independência entre as questões e a Hipótese Alternativa (H_1), afirma não haver independência entre as questões.

4.4.1. Necessidades de saúde e determinantes do processo saúde-doença

De acordo com Campos (2007), a saúde seria o resultado de um processo de produção sobre o qual intervêm práticas sociais que poderão estar relacionadas tanto a necessidades

sociais quanto a práticas de intervenção e controle. Tendo como suporte a teoria da produção da saúde em seus determinantes sociais, trabalhadores e usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, poderiam construir e implementar projetos visando a identificação das necessidades, bem como de meios adequados para atendê-las.

A fim de analisar esse panorama, buscou-se testar se em uma atuação voltada ao atendimento das necessidades de saúde seriam considerados determinantes sociais do processo saúde-doença (Tabela 15).

Tabela 15 - Associação entre ações voltadas ao atendimento das necessidades de saúde e ações que consideram os determinantes sociais do processo saúde/doença desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.

Necessidades de saúde	Determinantes sociais da saúde		p-valor
	Sempre	Nunca, pouco frequente e muito frequente	
Sim	88	36	0.174
Não	5	5	

Como resultado do teste de associação, obteve-se um p-valor maior que o nível de significância estabelecido, conduzindo à não rejeição da hipótese nula, e à afirmação de que as características “necessidades de saúde” e “determinantes sociais da saúde”, no contexto em estudo, se apresentam de forma independente.

Com base nesse resultado, conclui-se que no processo de trabalho dos profissionais que compuseram a amostra, embora haja um enfoque nas necessidades de saúde, enquanto objeto da atenção, nem sempre esse enfoque implicou em que fossem considerados os determinantes sociais do processo saúde doença. Disso conclui-se que entre as necessidades de saúde consideradas nem sempre encontramos aquelas relativas à determinação social do processo saúde/doença.

Para Campos e Mishima (2005), tomar o conceito de necessidades em saúde como operacional para conformar a atenção em saúde, não deveria implicar no desrespeito à concepção da determinação do processo saúde-doença, e, na mesma medida, não deveria sugerir o desrespeito à saúde como direito de cidadania, como expressa e operacionalizada a partir da criação do SUS.

A necessária reconstrução das práticas de saúde através da Estratégia Saúde da Família requer, pois, a consideração da amplitude das necessidades de indivíduos, famílias e

comunidade, numa perspectiva de atenção integral. Tal perspectiva remete à articulação entre ações de promoção, prevenção cura e reabilitação visando contemplar os determinantes mais amplos da saúde da população (MANDÚ; GAÍVA; SILVA, 2010).

Assim sendo, pensar em novos modos de produzir a saúde implica repensar o processo saúde/doença especialmente no que se refere aos seus determinantes e condicionantes mais amplos, aí incluídos fatores de ordem social, política e econômica (MALTA; MERHY, 2010)

4.4.2. *Necessidades de saúde e oferta de serviços restrita às demandas dos usuários*

Para Paim (2003), um serviço de saúde pode estar estruturado para atender à demanda espontânea ou às necessidades de saúde, a depender do modelo que permeia as práticas nele desenvolvidas. Em relação à demanda espontânea, quando se constitui no foco exclusivo das ações desenvolvidas em um determinado serviço, impõe limites importantes para uma atenção à saúde comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde da população. Assim organizados, os serviços deixam de contemplar uma diversidade muito grande de necessidades de saúde da população que talvez não possam ser apreendidas exclusivamente no encontro do profissional com o usuário, especialmente porque à centralidade do atendimento à demanda em geral subjaz a redução do objeto de atenção ao sofrimento manifesto do usuário, negligenciando-se, desse modo, necessidades que não se encontram diretamente ligadas à doença.

Nesse sentido, a relação entre a organização dos serviços tendo em vista a apreensão dos sujeitos a partir de suas necessidades, se contrapõe, em certa medida, a uma organização restrita ao atendimento das queixas dos usuários em geral direcionadas a experiências de adoecimento. Ressalta-se, desse modo, a pertinência da análise que se segue, a qual buscou testar a associação entre “necessidades de saúde” e “oferta de serviços restrita às demandas dos usuários”. Os resultados obtidos são descritos na Tabela 16.

Tabela 16 – Associação entre ações voltadas ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários e oferta exclusiva de serviços demandados pelos usuários desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.

Necessidades de saúde	Ofertas de serviços demandados pelos usuários		p-valor
	Sim	Não	

Sim	24	100	0.216
Não	4	6	

Ao analisar essa relação, o teste de associação resultou em um p-valor maior do que o nível de significância estabelecido, implicando a não rejeição da hipótese nula, de modo que é possível afirmar que as características em análise são independentes. Disso conclui-se que o atendimento às necessidades de saúde, no cenário em estudo, não necessariamente está associado a uma organização dos serviços que visa apenas atender a demanda espontânea.

Desse modo, os resultados parecem convergir para o entendimento de Mattos (2006), segundo o qual não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, como requer as ações estruturadas segundo o modelo assistencial privatista. Nesse sentido, os serviços devem estar sempre organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população, numa perspectiva de integralidade que envolve a articulação de ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura, e não a centralidade de uma ação em detrimento das outras.

4.4.3. Determinantes do processo saúde-doença e ações educativas voltadas à promoção da saúde

A compreensão da saúde como resultado da composição de múltiplos fatores, expressos nos modos de organização social, demanda do setor saúde a luta por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania. Desse modo, a perspectiva da promoção da saúde não pode prescindir do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004)

No contexto do Sistema Único de Saúde, a promoção da saúde é resgatada como uma estratégia que possibilita um enfoque sobre os determinantes do processo saúde-doença no país, potencializando formas mais amplas de intervir sobre os problemas de saúde da população (BRASIL, 2006c).

Diante dessa perspectiva, a Tabela 17 descreve os resultados obtidos a partir da associação entre a variável que define um processo de trabalho que considera os determinantes sociais da saúde de indivíduos e comunidade e a variável estudada que afirma a produção da saúde por meio do desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

Tabela 17 – Associação entre ações que consideram os determinantes sociais do processo saúde/doença e ações educativas voltadas à promoção da saúde desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.

Determinantes do processo saúde-doença	Ações educativas voltadas à promoção da saúde		p-valor
	Sim	Não	
Sempre	88	4	0.675
Nunca, pouco frequente e muito frequente	38	3	

Como resultado do teste de associação, obteve-se um p-valor maior do que o nível de significância, levando à não rejeição da hipótese nula, e à afirmação de que as características testadas não apresentam dependência no contexto investigado. Assim sendo, os resultados indicam que embora os profissionais afirmem atuar sobre os determinantes do processo saúde doença, essa atuação nem sempre envolve a capacitação de indivíduos, famílias e comunidade para compreender e intervir sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

A perspectiva da promoção da saúde assume a saúde como produção social, lançando luz sobre os fatores que colocam a saúde da população em risco. Desse modo, ao iluminar os determinantes e condicionantes da saúde define como um de seus princípios fundamentais a necessidade de que sejam desenvolvidas ações capazes de intervir efetivamente nesses aspectos, tendo-se a equidade, participação e controles sociais com referenciais para a elaboração, implementação e avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2006c).

4.4.4. Ações educativas voltadas à promoção da saúde e ações educativas por meio de esclarecimento e informações pontuais

O modo como as pessoas vivem e se relacionam tem sido tradicionalmente abordado numa perspectiva individualizante e fragmentária que culpabiliza os sujeitos pela dinâmica que esse processo assume ao longo da vida. Não obstante, na perspectiva definida no âmbito do SUS, os modos de viver não dizem respeito apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária, mas refletem uma natureza coletiva, uma vez que se dão no contexto da própria vida. Desse modo, algo da ordem do coletivo, relativo às produções sócio-históricas, irá determinar as opções desejáveis, a organização das escolhas e a criação de novas possibilidades para satisfazer necessidades, desejos e interesses (BRASIL, 2006a).

Desse modo, espera-se que as ações de saúde superem os modos de pensar e agir centrados na exacerbação da competitividade e na produção de culpas que desconsideram a

produção social, histórica, cultural e econômica de necessidades, hábitos e desejos e fragiliza os processos mais coletivos e públicos de gestar a vida (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com base nesse entendimento, buscou-se testar se a afirmação dos profissionais de que desenvolvem um processo de trabalho educativo visando a promoção da saúde encontra-se de algum modo associada ao desenvolvimento de práticas educativas numa perspectiva individualizante e fragmentária, que se materializa no fornecimento de esclarecimentos e informações pontuais à indivíduos e comunidades (Tabela 18).

Tabela 18 – Associação entre ações educativas voltadas à promoção da saúde e ações educativas por meio de esclarecimentos e informações pontuais desenvolvidas por enfermeiros e médicos nos Distritos Sanitários III, IV e V. João Pessoa – PB, 2010.

Ações educativas voltadas à promoção da saúde	Esclarecimentos e informações pontuais		p-valor
	Sim	Não	
Sim	118	8	0,012
Não	4	3	

Do ponto de vista estatístico, um p-valor menor do que o nível de significância, como resultado do teste de associação, indicou que não há independência. Desse modo, os resultados evidenciam a existência de associação entre um processo educativo voltado para capacitação dos usuários e um processo educativo que fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade.

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), desde sua origem, a definição de promoção da saúde variou de uma ênfase em fatores gerais de determinação da saúde para um enfoque que privilegiava fatores particulares. Embora se reconheça as limitações desse último enfoque, ele muitas vezes orientou as práticas ditas de promoção da saúde, determinando ações que, ao responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, restringem-se a mudanças de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais.

Disso resulta uma ação que se pretende pedagógica, mas que ao fazer uso do repasse de informações que, expressas de forma pontual, são claramente descontextualizadas, destituem a ação pedagógica de sentido e negam a complexidade do processo saúde-doença, empobrecendo um momento tão fundamental das práticas em saúde (SOUSA *et al*, 2010).

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

A idéia de um sistema único remete ao projeto e à forma de sua implantação, que, espera-se, deve se dar por meio da constituição de um plano comum que vincula diferentes atores no processo cotidiano de produção de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Frente a essa perspectiva, buscou-se identificar em que proporção os profissionais enfermeiros e médicos no cenário investigado realizavam estratégias e táticas alternativas, visando uma atenção à saúde mais integral, equânime, contínua e resolutiva, como pressupõe os princípios e diretrizes definidos em lei e reafirmados pela estratégia de Saúde da Família.

Para tanto, foram definidas as hipóteses que afirmavam sobre a proporção em que essas estratégias eram encontradas na realidade em estudo e os dados foram analisados por meio do Teste de Hipóteses para proporção. Definiu-se como Hipótese Nula (H_0) a afirmação de que a proporção de profissionais que utiliza estratégias e táticas alternativas é $p = 0,5$ e como Hipótese Alternativa (H_1) a afirmação de que a proporção de profissionais que utiliza estratégias e táticas alternativas é $p > 0,5$. O nível de significância (α) estabelecido foi de 5%.

Observou-se inicialmente que 83% dos profissionais afirmam realizar alguma estratégia e/ou tática alternativa. Como resultado do teste de hipóteses para proporção, dado um p-valor menor do que o nível de significância estabelecido, constatou-se que a maioria dos profissionais, na tentativa de proporcionar uma atenção à saúde integral, equânime e que garanta a resolubilidades dos problemas de saúde, faz uso de estratégias e táticas alternativas. Quando comparadas as categorias profissionais, constatou-se que não há diferenças estatisticamente significativa entre as afirmações de enfermeiros e médicos em relação a esse aspecto.

É, pois, nítida a linha divisória entre as transformações ocorridas no sistema de saúde e as mudanças que faltam acontecer nas estruturas que o sustentam, uma vez que, para essas estruturas, aqui entendidas como circunscritas ao cotidiano dos serviços, há muito vem sendo delineados modelos de atenção em saúde com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Sendo racionalmente pensados, esses modelos de atenção tem se mostrado pouco eficientes e eficazes para a construção do SUS e materialização de seus princípios, especialmente no que concerne à operacionalização da integralidade, como direito e como serviço (PINHEIRO, 2006).

Dada a importância das experiências gestadas no cotidiano dos serviços para a efetivação do SUS que tanto se almeja, o presente estudo terá seguimento com a análise dos serviços sob um enfoque diferente do que foi trabalhado até esse momento. A partir de então, as estratégias e táticas alternativas desenvolvidas por enfermeiros e médicos serão analisadas por meio de abordagem qualitativa, de forma a lançar luz sobre a posição social desses profissionais em relação a essas práticas e de como estas delineiam seus processos de trabalho no sentido da superação dos modos hegemônicos de atenção à saúde da população.

4.6. Abordagem Qualitativa do Estudo: Análise do discurso de enfermeiros e médico sobre seus processos de trabalho.

Segundo Louzada, Bonaldi e Barros (2007) para que os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde se efetivem no sentido do que propõe o movimento pela reforma sanitária brasileira, é fundamental que seus eixos norteadores deixem de ser vistos apenas como uma prescrição legal, pois, são nas práticas gestadas no cotidiano dos serviços e, no concreto das experiências produzidas por trabalhadores e usuários, onde o texto da lei ganha sentido e é constantemente atualizado.

Os espaços dos serviços de saúde possuem características bastante específicas, que permitem o conhecimento do processo de trabalho dos profissionais da área. São espaços que produzem e reproduzem as formas de atuar em saúde e de estabelecer relações com os usuários. Espaços de vivência e reflexão crítica da realidade, de compromisso social em suas diversas dimensões, de disputas e conflitos, mas também de construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar (LOPES; HENRIQUES; PINHEIRO, 2009).

Para Barros (2009) é no cotidiano do trabalho em saúde que os modos de ação são interrogados, construídos e desmanchados, pois, o trabalho está em permanente movimento de invenção e desconstrução. Diante dessa perspectiva, o debate em torno do Processo de Trabalho em Saúde tem se mostrado de importância fundamental para a compreensão da potência transformadora da realidade dos serviços, sobretudo em sua capacidade de promover mudanças nos modos de atenção à saúde, permitindo, assim, abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, uma vez que, é nesta dinâmica que se configuram os processos cotidianos de trabalho em saúde.

Visando identificar estratégias e táticas alternativas, no âmbito do Processo de Trabalho de enfermeiros e médicos, foram aplicados questionários semi-estruturados, cuja análise das respostas evidenciou um número significativo de profissionais que afirmavam

desenvolver algum tipo de racionalidade alternativa através de seus atos de saúde. Todavia, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão estabelecidos na pesquisa, apenas cinco profissionais (quatro enfermeiras e um médico) foram categorizados como executores de Atos de saúde considerados alternativos no seu cotidiano laboral.

A observação dos processos cotidianos de trabalho em saúde e análise dos depoimentos de enfermeiros e médico em exercício nas unidades de saúde da família vinculadas aos Distritos Sanitários III, IV e V, do Município de João Pessoa discutido à luz do Processo de Trabalho e dos Modelos Assistenciais tomados como categorias de análise permitiu a construção da seguinte categoria empírica:

Estratégias e Táticas Alternativas configurando novos modos de atenção a saúde

A proposta de superação de um enfoque biomédico e disciplinar de caráter tradicional a partir da criação do SUS provocou alguns conflitos em relação às formas de atuação previstas para o sistema, principalmente se considerarmos o processo de trabalho da equipe de saúde da família, cujo objeto de trabalho diferencia-se em função de uma atuação direta com a comunidade. A conduta profissional nessa forma de trabalho passa a ser mais coletiva e abrangente, enfocando a família e suas relações com o ambiente físico e social, e não mais somente o indivíduo, resgatando, assim, as múltiplas dimensões da saúde, o que demanda a reformulação das intervenções e incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado à saúde da população (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Um novo enfoque dos modelos de atenção à saúde tem suporte na Teoria da Determinação Social do Processo Saúde/Doença e implica uma nova racionalidade na compreensão dos elementos do Processo de Trabalho. Diante dessa perspectiva, qualquer área que faça interseção com a saúde pode ser instrumento para seu alcance. Por exemplo, a música tem potencial para diminuir fatores estressores e promover a saúde.

Nossa vivência na realidade dos serviços de saúde dos Distritos Sanitários III, IV e V do município de João Pessoa/PB, revelou diferentes formas de atuação dos profissionais frente às demandas que se colocavam no âmbito do setor saúde. No contexto investigado, esses enfrentamentos têm se materializado em práticas insuficientes para o restabelecimento da saúde dos indivíduos levando os profissionais a buscar estratégias e táticas alternativas para o enfrentamento dessas situações. O depoimento a seguir comprova a afirmação:

“os resultados finais, ou seja, a resolutividade das queixas é insatisfatória. Elas se perpetuam e o paciente roda de especialista em

especialista e nada resolve. Então eu fui buscar práticas alternativas, estudar práticas alternativas (...).” (INF01)

Em seu depoimento, o profissional denuncia a incapacidade das ações desenvolvidas de responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários. Uma vez centradas na doença, essas ações homogeneízam necessidades e possibilidades de tratamento, desconsiderando as particularidades de cada usuário bem como a natureza social do processo saúde-doença. Assim, delimita como *objeto* em seus processos de trabalho, os modos de atenção à saúde no contexto da prática clínica da atenção básica que, estando centrados na doença e na medicalização das necessidades de saúde, se mostram insuficientes para responder adequadamente às necessidades de saúde dos usuários.

Conforme Favoreto (2007), os cenários, modelos e serviços de atenção básica à saúde que vem sendo implantados se caracterizam, prioritariamente, por favorecer a aproximação dos profissionais de saúde da realidade de vida da população, o que, em tese, possibilitaria a relação cotidiana dos profissionais com os aspectos sociais, culturais e subjetivos da população. Contudo, essa aproximação vem se dando de forma incipiente, com uma frágil percepção do processo de adoecimento, das necessidades de saúde dos sujeitos e, como consequência, acabam sendo intervenções ineficientes.

Nessa direção, o profissional segue relatando a conduta de prescrição medicamentosa indiscriminada, comum nesse contexto, e que se perpetua na busca de uma solução através do reforço a sua causa.

“Existe uma prática perniciosa da “superfarmácia”. Da interação medicamentosa, o paciente intoxicado por remédio e vai com um problema e dá-se outro remédio pra tirar o problema do outro remédio.” (INF01)

Esse panorama do processo de trabalho dos profissionais de saúde nos convida a uma reflexão sobre o pensamento de Gutierrez e Minayo (2010) para os quais o cuidado a saúde deve acontecer na perspectiva do encontro entre profissionais de saúde e usuários, e pressupõe o deslocamento do foco da intervenção das práticas de saúde da cura das patologias para o cuidado dos sujeitos.

Ayres (2001) acrescenta que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos, de modo que o cuidado não se restrinja a uma tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde.

Essa perspectiva de atenção a saúde foi visualizada através de um depoimento que considerava a possibilidade de redução do enfoque das ações de saúde eliminando o constrangimento do analfabetismo por meio do fortalecimento de ações educativas iniciadas por um trabalho de alfabetização de adultos da comunidade.

“(...) começou pela inquietação da nossa médica. Porque muitas vezes eles precisam assinar no livro e lá iam botar o dedo e era muito constrangedor pra usuária colocar o dedão em pleno século XXI. Então ela propôs um trabalho de alfabetização dos usuários e a equipe topou.” (INF04)

“Assim eles se sentem incluídos. Ele pode até ser considerado um analfabeto formal, mas ele não é analfabeto social. Então pra gente isso é muito importante, isso reflete em saúde.” (INF04)

Diante desse depoimento é possível perceber que, no contexto da clínica historicamente marcado por uma visão exclusivamente curativista, o encontro entre profissional e usuário pode se constituir em um momento importante para apreensão de necessidades que não se reduzem à prevenção e controle de doenças, mas que atingem elementos que contribuem direta ou indiretamente para isso.

A esse respeito Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, aqui entendidas como referentes a alimentação, moradia, trabalho, *educação*, saúde e lazer, elementos que fazem referência à possibilidade de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Nesse sentido, Martinez e Fernández (2010) afirmam que a alfabetização de adultos contribui para a melhoria da auto-estima, autonomia, criatividade e reflexão crítica dos sujeitos. Dado seu valor intrínseco, esses aspectos podem fornecer benefícios direta ou indiretamente relacionados com a alfabetização, em termos de melhorias na *saúde*, reforço da participação política e da integração social.

Em nossa passagem pelo cenário da pesquisa, fomos instados a refletir também sobre a visão reducionista da saúde, nos moldes da perspectiva biomédica, enquanto condicionada apenas por processos biológicos quase sempre associados à compreensão do saber médico-científico como o único autorizado a estabelecer “a verdade” sobre a doença, o doente e o tratamento.

A esse respeito, Siqueira *et al* (2006) asseveram que em muitas ações de assistência desenvolvidas pelos serviços de saúde é possível observar, de forma explícita ou não, o poder

da ciência sobre a população, determinando o saber científico como o único saber possível e qualificado para a compreensão e intervenção sobre a saúde da população. Na contramão desse entendimento, um dos profissionais entrevistados mostrou-se aberto a inserção de outras formas de atuação, conforme é possível verificar no depoimento a seguir:

“(...) a gente abriu um espaço para aquelas pessoas que são rezadeiras, seja ela de que religião for, elas serão acolhidas (...) São líderes comunitários e rezadeiras da comunidade (...) queremos que elas resgatem seu espaço aqui dentro também.” (INF02)

O reconhecimento da legitimidade das iniciativas e saberes populares frente ao processo saúde/doença mobilizaram o profissional de saúde e sua equipe a abrir o espaço na USF para o desenvolvimento de práticas alternativas ao modelo hegemônico. A idéia de resgate expressa no depoimento remete à noção de reapropriação, por parte da comunidade, de um espaço que lhe vem sendo historicamente negado dentro do universo de práticas de cura.

Para Cavalcante (2006) o contato entre as práticas técnico-científicas institucionais e as práticas de cura populares, passa pelo contato de dois desenvolvimentos históricos próprios, cada um deles com dinâmicas específicas e particulares que residem exatamente no contato entre o desenvolvimento da medicina como ciência – sua institucionalização como “saber oficial” – e o desenvolvimento histórico das concepções tradicionais da saúde e da cura, vinculadas à cultura de cada povo.

Para Siqueira *et al* (2006), paralelamente ao desenvolvimento do modelo biomédico, as práticas baseadas no saber popular se mantêm vivas no cotidiano da população, sendo realizadas com vistas à manutenção ou alcance de um estado de bem-estar próximo do que é concebido como ideal, como é possível apreender do depoimento que se segue.

“(...) é mais um espaço que ela tem na comunidade, que na verdade tá ratificando o que já existe. Nós não estamos criando nada. Nós estamos dando espaço e fala a quem já na própria comunidade tem.” (INF02)

Para superar o “fosso” que separa os saberes e práticas técnico-científicos da dinâmica de adoecimento e cura do mundo popular, Stotz (2001) defende que os sistemas de saúde precisam aprender a pensar os indivíduos doentes ou susceptíveis ao adoecimento em suas relações, contextos e representações, constituindo um modo radicalmente diverso de conceber a saúde e a doença, bem como de organizar os serviços para atender às suas necessidades.

Frente a essa perspectiva, é significativo o alerta de David (2009) de que embora os discursos oficiais reconheçam que o desenvolvimento de um projeto coletivo e democrático de saúde passe, necessariamente, pela valorização do diálogo e da troca de experiências entre diferentes saberes, as práticas de saúde parecem não conseguir dar concretude a esses discursos.

Nessa direção, Fontes, Lima e Lima (2010) afirmam a emergência de um novo paradigma de gestão na saúde, ancorado em dois pressupostos fundamentais: a necessária participação popular na gestão das políticas, incorporando diversos atores da sociedade civil e, a valorização local, com base no princípio de que no âmbito local as questões podem ser resolvidas de forma mais satisfatória, desde que sejam consideradas as vozes da comunidade.

No cenário investigado, a participação popular com a valorização das vozes da comunidade e o reconhecimento de sua importância para a consecução das práticas de saúde imputando-lhe uma função de colaborador foi a estratégia utilizada pelo profissional entrevistado para a mobilização de elementos da própria comunidade, conforme explicitam os depoimentos a seguir:

“Quando eu trabalhei no PSF do G., lá a gente tinha o conselho local (...) eleito com votos da própria comunidade e os participantes a gente começou a chamar de colaborador comunitário.” (INF03)

“(...) a gente sabe que não trabalha só e a participação popular é muito importante, a população fala alto, entendeu? E o poder que a população tem é muito grande. E a gente tem que se unir com essa população, com quem já temos um vínculo muito forte.” (INF03)

O reconhecimento da importância da população e a utilização de vozes da comunidade como estratégia ou tática alternativa e, portanto, exceção a regra, revela que o lugar dos usuários nos serviços de saúde, ainda permanece negado em função de uma atenção à saúde centrada em procedimentos, com excessiva normatização das ações e que tem na doença seu principal foco de atuação.

Para Merhy (2002), a superação dos modos tradicionais e excludentes de atenção à saúde exige que os serviços de saúde sejam gerenciadas de modo mais coletivo, através de processos de trabalho progressivamente mais partilhados, em busca de um ordenamento organizacional que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos entre trabalhadores e usuários, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

No contexto investigado, a Promoção da Saúde e a Participação Popular parecem ser colocadas como finalidades do Processo de trabalho dos profissionais entrevistados. Os depoimentos a seguir revelam os esforços para a operacionalização destas ações.

“A gente tá saindo daqui, tá trabalhando, tá fazendo ação, tá fazendo promoção da saúde, está no ambiente deles, na escola (...)” (INF05)

“(...) começou devido à necessidade da gente atender a um dos princípios do SUS que é a participação popular. E aí a gente buscava uma estratégia de como trabalharia isso.” (INF03)

Importa destacar nesse relato, que a participação popular é tida como necessária porque se constitui enquanto diretriz do modelo assistencial vigente e não pelo entendimento de que a participação popular constitui-se como imperativo para o alcance das diretrizes traçadas pelos serviços. Embora não se pretenda afirmar a inviabilidade da ação em função desse entendimento, destacamos a possibilidade de que seja fragilizada em suas repercussões e esvaziada de sentido político ao se constituir em um preceito que só se justifica no plano formal.

Diante dessa perspectiva, Pasche (2009) afirma que, muito embora o marco jurídico-legal da política de saúde brasileira tenha se mostrando imprescindível à possibilidade de reformar o sistema de saúde do país, por si só não é uma garantia de transmutação de valores e de práticas no sistema de saúde, uma vez que constitui uma orientação ética, política e organizacional pautado na justiça social, na equidade e na solidariedade, “uma aposta e um horizonte ético e utópico” (p.702).

Nessa direção, Arantes *et al* (2007) advogam em favor do entendimento do direito à saúde que não se restrinja à garantia constitucional, mas como prática coletiva de construção da sociabilidade e reciprocidade, por meio das quais seja reconhecido o espaço onde as diferenças podem ser afirmadas e a negociação seja possível em função do reconhecimento da legitimidade das posições e interesses dos diferentes interlocutores implicados, o Estado através da legislação e o povo por meio de seus direitos constitucionais, acrescentamos.

Conforme Peduzzi (2007), as mudanças das práticas de saúde demandam a construção articulada de intervenções que expressem relações entre meios e fins, visando a finalidade do processo de trabalho orientada pela integralidade, intersubjetividade e interdisciplinaridade da saúde.

Dadas as particularidades das ações desenvolvidas no contexto investigado, percebe-se que a finalidade do processo de trabalho é de favorecer a produção da saúde em seu sentido

positivo, ou seja, saúde como recurso para a qualidade de vida. Não se trata, pois, de advogar em favor da negação da doença e de todos os esforços empreendidos no sentido do seu enfrentamento, mas de ver a saúde como possibilidade concreta, sendo legitimada no cotidiano do trabalho, ainda que por meio de ações tímidas quando comparadas às atividades das unidades de modo geral.

Em nossa passagem pelo cenário da pesquisa, também foi possível perceber que, no enfrentamento de seus problemas, a população utiliza estratégias diversas, em um processo de apropriação e construção de saberes, onde o que está em jogo é a resposta às suas necessidades em determinado momento.

Para Siqueira *et al* (2006), mesmo que a ciência se proponha a explicar todos os fenômenos por meio de métodos científicos, entre a população ainda se mantém crenças e práticas diversas relacionadas à saúde, às quais ela recorre, por vezes prioritariamente, em situações de sofrimento.

Na tentativa de romper com práticas que tem no saber técnico-científico o único saber legítimo para a compreensão e enfrentamento do processo saúde doença, um profissional entrevistado admite como *Instrumento ou meio* de seu processo de trabalho a inserção de rezadeiras nas ações de saúde da USF.

“Se tem alguém aqui sendo atendido por mim, e que por acaso surge o assunto de espiritualidade, de energia, de coisa boa, de oração, se surge esse espaço, a gente diz: “a gente tem algumas rezadeiras na unidade, você quer visitar?” Oferece!” (INF02)

“(...) a gente tem pessoas de todas as crenças aqui dentro e a gente prima pra não direcionar nada. quando a gente vê alguém que acredita em reza, com muito cuidado, a gente oferece.” (INF02)

Através da inserção das rezadeiras, os saberes populares referentes à compreensão e enfrentamento do processo-saúde e doença, passam a se constituir meios ou instrumentos do processo de trabalho do profissional entrevistado o que aponta para a possibilidade de integração do saber popular e do saber técnico-científico para o atendimento efetivo das necessidades de saúde dos usuários. O informante relata ainda que, embora ofereça essa alternativa não perde de vista sua origem e coerência de utilização.

“O processo não é descendente, é ascendente. Ela nasce da demanda da comunidade, ela sabe perfeitamente aquilo que precisa de reza e aquilo que não precisa de reza, entendeu?” (INF02)

Diante desse contexto, percebe-se o reconhecimento desse saber enquanto parte de um sistema de crenças e valores estruturados e legítimos. Contudo, também foi possível constatar que, uma articulação entre esses saberes (das rezadeiras e dos profissionais de saúde) ainda se constitui uma utopia, pois, embora convivam, pouco dialogam e apenas se respeitam.

Com efeito, a natureza mesma do trabalho em saúde exige dos trabalhadores atos e ações que não se fundamentem apenas nos saberes, métodos e técnicas relacionados à sua formação profissional, sendo necessário também que a estes se articulem valores e saberes produzidos e compartilhados pelos trabalhadores entre si e destes com os usuários no cotidiano das práticas de saúde (LOPES, HENRIQUES; PINHEIRO, 2009).

Nesse sentido, a integração de distintos saberes responde adequadamente à busca por promover mudanças no processo de trabalho, no sentido da integração das ações que asseguram respostas efetivas às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência dos serviços. Sob essa perspectiva, a integralidade das ações se dá por meio de processos de trabalho cujos instrumentos tenham na articulação de diferentes saberes sua potencialidade para a promoção de mudanças efetivas no objeto de trabalho.

Conclusão

“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, no mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão”

(Riobaldo Tatarana em Grande Sertão: Veredas, João Guimarães Rosa)

A observação dos processos cotidianos de trabalho em saúde e análise dos questionários e depoimentos de enfermeiros e médicos em exercício nas unidades de saúde da família vinculadas aos Distritos Sanitários III, IV e V, do Município de João Pessoa, permitiu a compreensão do Processo de Trabalho destes profissionais e dos modos de atenção à saúde aos quais se encontram vinculados, bem como a identificação de Estratégias e Táticas alternativas produzidas neste processo

Do ponto de vista estatístico, a análise descritiva permitiu elaborar um perfil da população estudada segundo variáveis sócio-demográficas, de formação técnico-científica e atuação profissional. Como resultado da análise dos dados sócio-demográficos evidenciou-se uma predominância do sexo feminino, e em relação à idade destaca-se que a maioria dos médicos tem mais de 50 anos, enquanto para os enfermeiros há uma distribuição mais homogênea em relação a essa variável.

Sobre os dados relativos à distribuição dos profissionais segundo as variáveis de formação técnico-científica, os profissionais da ESF em sua maioria concluíram a graduação há mais de 10 anos, são graduados em instituições públicas e possuem algum tipo de especialização, embora se observe uma baixa frequência de profissionais com pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, para ambas as categorias.

No que se refere à atuação profissional, verificou-se que a maioria dos profissionais possui mais de 10 anos de atuação na atenção básica. Quanto ao tempo de atuação na USF ao qual estavam vinculados no momento da realização da pesquisa, os enfermeiros em geral trabalhavam na unidade por um período de 5 a 10 anos, enquanto os médicos em sua maioria trabalhavam na unidade havia menos de 1 ano.

A análise inferencial evidenciou a manutenção, em proporções significativas na realidade investigada, de características dos modelos de atenção Privatista e Sanitarista, tais como atendimento à demanda espontânea, ações por meio de campanhas e programas especiais, e ações educativas voltadas ao fornecimento de esclarecimentos e informações pontuais à comunidade, além do fato de o trabalho de enfermeiros e médicos ocorrer com maior frequência na dimensão Assistencial.

Como contrapartida, observou-se a afirmação dos pressupostos da ESF, em função da constatação de uma maior autonomia da assistência de enfermagem em relação à figura do médico, do desenvolvimento de ações educativas generalistas e voltadas à promoção da saúde e de uma atuação que se afirma voltada às necessidades de saúde dos usuários, consideradas em seus determinantes sociais.

A análise da associação entre algumas variáveis estudadas revelou contradições: embora haja um enfoque nas necessidades de saúde, nem sempre esse enfoque implicou em que fossem considerados os determinantes sociais do processo saúde doença; a atuação sobre os determinantes do processo saúde doença, não necessariamente envolve ações educativas voltadas à promoção da saúde dos usuários; as ações educativas voltadas à promoção da saúde encontram-se associadas à educação por meio de informações e esclarecimentos pontuais à comunidade.

Quanto à realização de estratégias e táticas alternativas, a maioria dos profissionais respondeu afirmativamente, descrevendo, em geral, mais de uma prática. A natureza das práticas descritas variou, desde aquelas voltadas a grupos populacionais específicos (hipertensos, diabéticos, crianças, etc), passando por ações que visavam integrar os sujeitos através de atividades artísticas e/ou ocupacionais em grupo, até aquelas que tinham como objetivo intervir sobre condições individuais. Cabe destacar que, embora declaradas como alternativas, muitas dessas estratégias são institucional e legalmente previstas, estando, portanto, inseridas no rol de atividades pertinentes aos serviços.

Os discursos dos profissionais evidenciaram que os modos de atenção à saúde, enquanto *Objeto* do trabalho dos profissionais enfermeiros e médicos, não se mostram suficientes para o enfrentamento dos problemas de seus cotidianos e tão pouco para o atendimento das necessidades de saúde da população. O foco de atenção ainda é a doença e a participação popular ainda se mostra insuficiente para fazer valer os saberes e práticas populares.

A *Finalidade* das ações desenvolvidas, pelo menos no âmbito dos profissionais enquadrados como executores de Estratégias e Táticas Alternativas, era a promoção da saúde e inserção d/a população nos processos deliberativos do trabalho nas Unidades de Saúde da Família, apontando para uma Integralidade que, por enquanto, existe apenas na intenção, pois, os gestos devem incluir a totalidade dos trabalhadores e não apenas uma parcela deste contingente

Os *Instrumentos* ou *Meios* utilizados pelo reduzido contingente de profissionais enfermeiros e médicos que extrapolam seus atos de saúde para além daquilo que é preconizado pelo Modelo Assistencial da Estratégia de Saúde da Família parece está posto e no cenário investigado são os saberes alternativos e práticas populares, respeitosamente considerados por ocasião dos atendimentos nas Unidades de Saúde da Família. Entretanto, a exemplo da busca pela Integralidade, esses atos de saúde ainda são tímidos para alterar o eixo

das ações de atenção à saúde, que no cenário investigado permanece presa a prática clínica da atenção básica.

Em face desse panorama, observa-se a fragilidade e, em alguns casos, ausência de articulação entre os diferentes elementos do processo de trabalho, evidenciando que o modo como os profissionais organizam seu trabalho no cotidiano dos serviços responde a um processo maior de desarticulação das propostas de transformação do sistema de saúde, que encontram resistências importantes em virtude da capacidade de produção e reprodução de saberes e práticas de modelos de atenção à saúde tradicionais, essencialmente ineficientes, ineficazes e excludentes.

Não obstante, desde a identificação de uma necessidade específica, passando pela delimitação dos objetos de trabalho conforme a finalidade de atender a essa necessidade, até a seleção dos instrumentos e meios concebidos como necessários e suficientes para o alcance dessa finalidade, os profissionais parecem informar que é possível transformar a realidade imposta pelos modelos hegemônicos, pela via da superação da invisibilidade dos sujeitos nos serviços de saúde e, sobretudo, por meio da assimilação, articulação e legitimação de saberes historicamente negados, porém igualmente efetivos para a garantia de qualidade das ações.

No que concerne à metodologia para tomada de decisão utilizada na presente investigação, entende-se que ao permitir fazer inferências acerca de características da população em estudo a partir de uma amostra desta população, o teste de hipóteses se mostra um modelo de decisão importante para o desenvolvimento de análises pertinentes a todos os níveis de atenção à saúde no SUS. Desse modo, pode auxiliar gestores e profissionais na construção de um conhecimento estruturado que permita intervir mais adequadamente sobre a realidade de saúde da população, da organização dos serviços e dos processos de trabalho por meio de um instrumento de fácil operacionalização e compreensão, a custos baixos e com resultados significativos do ponto de vista estatístico.

As limitações do modelo dizem respeito, primeiramente, à necessidade de os tomadores de decisão se possuírem o conhecimento mínimo necessário à aplicação do teste, o que requer a devida instrumentalização para tanto ou o trabalho em conjunto com profissionais da área de estatística, o que permitirá inclusive a ampliação das possibilidades de aplicação e articulação de modelos de decisão para uma melhor apreensão da realidade. Outra limitação diz respeito à ocorrência eventual de erros (erro tipo I e erro tipo II), que embora esperados, devem ser reduzidos ao máximo por meio da condução adequada dos procedimentos dos testes, notadamente no que se refere à seleção do nível de significância e do tamanho da amostra.

Diante do exposto, conclui-se que a existência de Estratégias e Táticas Alternativas no interior do processo de trabalho de enfermeiros e médico na equipe de saúde da família, ainda que implementadas por apenas cinco profissionais de saúde, pode se constituir um embrião a ser desenvolvido para transformação dos processos de trabalho e superação dos modelos de atenção à saúde que se mantêm na contramão da reforma que se pretende para o setor, no sentido de uma atenção integral, humanizada e de qualidade. Tal conclusão aponta para o necessário reconhecimento e envolvimento da gestão frente a essas iniciativas, especialmente através de dispositivos que viabilizem a problematização contínua das concepções e práticas vigentes, no cotidiano do trabalho de cada equipe, desafiando profissionais e instituição a incorporar novos saberes e fazeres para adequação das práticas à realidade de vida e saúde da população.

Referências

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2008. Acesso em: 05 de outubro de 2009.

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 - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.5, n.9, p. 150-153, 2001.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARANGO, H.G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARANTES, C.I.S. *et al* O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 470-478, jul.-set. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.18, pp. 11-23, 2009.

BARROS, M.E.B. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2.d. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.9, n.17, p.389-394, ago. 2005.

BESSEN, C.B. *et al*. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.16, n.1, pp. 57-68, 2007.

BONALDI, C. *et al*. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTINEZ, F.J. Modelos avaliativos e reforma sanitária Brasileira: enfoque qualitativo-participativo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.44, n.3, p. 566-570. 2010,

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei 8.080** de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL, Conselho Nacional de saúde. **Resolução 196/96**, Decreto nº 93.993 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, v.4, n.2, suplemento, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)** Descentralização/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – Brasília (DF), 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, no.1, p.77-93, abr. 2007.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev. 2009.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.17, n.2, p. 26-32, mai./ago. 2005.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 745-749, jul./set. 2004.

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1260-1268, jul./ago. 2005.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, p. 1509-1520, 2010.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI JR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina/PR: UEL, 2001.

CAVALCANTE, S.G. **Entre a ciência e a reza**: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-ce. 2006. (Dissertação) – Rio de Janeiro, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2006.

COÊLHO, B.P. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças no Modelo de Atenção à saúde e de Gestão do SUS** (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba). 2006. (Dissertação) - Recife, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4.ed. São Paulo: Cortez: 2006.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CONCEIÇÃO, T.. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, América do Norte, v.11, n.25, mai. 2010.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, p.7-16, 2008.

COSTA, G.D. *et al*. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p.113-118, jan./fev. 2009.

CUNHA, M.L.S. **Planejamento e gestão da atenção integral à saúde com base no território**: uma reflexão sobre o papel ordenador das policlínicas comunitárias no SUS do município de Niterói/RJ. 2005 (Dissertação), Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005.

CZERESNIA, D. Conferindo validade ao não representativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 668-668, abr. 2010.

DAVID, H.M.S.L. Informação, Saúde e Redes Sociais: diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.131-134, set., 2009.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**; 6-12 de setembro de 1978; Alma Ata, URSS; Organização Mundial de Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DOWBOR, T.P. **O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2008. (Tese) São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2008.

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

FAVORETO, C.A.O. **A Narrativa na e sobre a Clínica na Atenção Primária**: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde. (Tese) – Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FERREIRA, V.S.C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.4, p. 898-906, 2009.

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

FIGUEIREDO; M.F.S.; RODRIGUES-NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Modelos aplicados de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p.117-121, fev. 2010.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.743-752, 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, p. 2115-2122, dez. 2008.

FONTES, B.; LIMA, R.; LIMA, J. Promoção de saúde e participação social: o modelo de atenção básica do Sistema de Saúde Brasileiro. **Ciências Sociais Unisinos**, América do Norte, v.46, n.1, p.65-79, jan./abr. 2010.

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

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

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F.R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.33, p. 243-255, 2010.

GRACIOSO, L.S. Disseminação de informações estatísticas no Brasil: práticas e políticas das agências estaduais de estatística. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 32, n. 2, p.69-76, ago. 2003.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1497-1508, 2010. Suplemento.

HARTZ, Z.M.A. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.1, p.5-6, jan./abr. 2002.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, vol.18, n. 2, p.258-265, jun. 2009

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Razões Públicas para a Integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatística da população**. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/dados_divulgados/index.php?uf=25 Acesso em 14 de outubro de 2010.

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

KELL, M.C.G.; SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, p.1533-1541, jun. 2010.

LÉO, C.C.; GONÇALVES, A. Modalidades metodológicas em pesquisa científica, a partir de recortes da experiência de saúde coletiva, epidemiologia e atividade física da Unicamp. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 21, n.3, jul. 2010.

LOPES, E.M.; ANJOS, S.J.S.B.; PINHEIRO, A.K.B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro,; v.17, n.2, p.273-277, abr./jun. 2009.

LOPES, T.C.; HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

MACHADO, M.F.A.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 174-179, abr. 2009.

MALIK, A. M. **Gestão de Recursos Humanos**, v. 9. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.14, n.34, p. 593-606, set. 2010.

MANDÚ, E.; GAÍVA, M.; SILVA, A. Necessidades de vida de famílias: desafios para a estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.8, n.4, p.548-555, mar. 2010.

MARTÍNEZ, R.; FERNÁNDEZ, A. **Impacto social y económico del analfabetismo: modelo de análisis y estudio piloto**. CEPAL; UNESCO, 2010. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/37895/dp-impacto-social-economico-analfabetismo.pdf>
Acesso em: 20 de novembro de 2010.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. v.1.15.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da**

Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.13, p. 771-780, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo, departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1992 (mimeografado).

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

MENDES, E.V. O processo social de distritalização da saúde. Em: MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.4, n.6, p.109-116, fev. 2000.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

NASCIMENTO, P.R.; ZIONI, F. O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos universais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.32, p. 199-205, 2010.

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

PAIM, J. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais IN: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde.** 5º ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J.S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, ago. 2006.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. 2007. (Tese) – Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, p. 701-708, 2009.

PEDROSA, I. I. **É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social**. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 20 jun. 2010. Entrevista concedida a Radis, 2003.

PEDUZZI, M. Mudanças Tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. (Tese - Livre-docência) – São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. ; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro - RJ: EPSJV, 2009, p. 320-328.

PINHEIRO, R. As práticas do cuidado na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

QUEIROZ, V.M.; EGRY, E.Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.41, n.1, p.26-33, jan./mar.1988.

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

RAMOS, R.S. **Análise do arcabouço teórico-jurídico do Sistema único de Saúde**: representações sociais na construção dos princípios ético-organizativos. (Dissertação) – Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

RAMOS, E.M.L.S. Estatística: poderosa ciência ao alcance de todos. Disponível em: <http://www.ufpa.br/beiradorio/arquivo/Beira21/opinioao.html>. Acesso em: 11 de junho de 2010.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. O espaço de Enfermagem em Saúde Coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, p. 45-55, 2000. Suplemento.

RIBEIRO, C.T.M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v.28, n.1, p. 43-48, 2010.

ROMAGNOLI, R.C. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.18, n.3, p. 525-536, jul./set. 2009.

SANTOS, A.R.; CONCEIÇÃO, A.L. A política de descentralização da saúde e suas interfaces escalares. **Scientia Plena**, Sergipe, v. 6, n. 5, 2010.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.7, n.12, p.101-122, fev. 2003.

SILVA, J.M. ; CALDEIRA, A.P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA JUNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EOSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA JUNIOR. A. G. **Modelos tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, N.N. **Amostragem Probabilística**: um curso introdutório. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SIQUEIRA, K. M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.1, p. 68-73, jan./mar. 2006.

SIVIERO, G.M.; SAMPAIO, S.F.; Revisão de literatura e percepção de profissionais da área da saúde acerca do processo de trabalho em Saúde. **Anais do XIV Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas** - 29 e 30 de setembro de 2009 ISSN 1982-0178

SOUZA, I.P.M.A.; JACOBINA, R.R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.4, p.618-627, out./dez. 2009.

SOUSA, L.B. *et al.* Práticas de Educação em Saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.55-60, jan./mar. 2010.

SOUSA, M.H.; SILVA, N.N. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n. 5, p.662-70, 2003.

STOTZ, E. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.8, p. 132-134, 2001.

SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, p.38-45, 2008. Suplemento.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.7,n.2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção Vigilância e Saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

VAN STRALEN, C.J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. 148-158, 2008. Suplemento.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

APÊNDICES

APÊNDICE A



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ANA KARLA SOUSA DE OLIVEIRA, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica intitulada: **MODELOS DE ATENÇÃO A SAÚDE EM PROCESSOS DE TRABALHO PROFISSIONAL**, e sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações: a pesquisa justifica-se pela necessidade premente de se conceber e experimentar propostas mais integrais do que os modelos assistências em vigência, elucidando a existência de novos modelos gestados na prática profissional e empiricamente utilizados durante o processo de trabalho dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). O objetivo do estudo é compreender o processo de trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiros nas equipes de Saúde da Família dos Distritos Sanitários III, IV e V de João Pessoa e atos e ações alternativos produzidos neste Processo. A investigação será ancorada pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC); os dados serão coletados através de um questionário e os materiais analisados a partir de métodos estatísticos descritivos e inferenciais. A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade para desistir em qualquer momento da pesquisa caso venha a desejar, sem risco de qualquer penalização. Será garantido o seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados coletados. Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo **telefone (083) 8807-5839** ou **e-mail: akdeoliveira@gmail.com**.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.

Ciente dessas informações concorda em participar do estudo.

João Pessoa, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE BQUESTIONÁRIO

PREZADO (A) SR. (A)

ATENÇÃO:

A veracidade das respostas e a devolução deste questionário são necessárias e indispensáveis para sua participação na pesquisa. **Todos os dados obtidos deste questionário serão confidenciais**

DESCOBRINDO VOCÊ E SUA FORMAÇÃO**Dados Pessoais**

1. Qual sua formação profissional

() Enfermeiro

() Médico

2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

3. Idade: _____

4. Estado Civil:

() Solteiro

() Casado

() Viúvo

() Divorciado/Separado

() União Estável

5. Etnia

() Branco

() Pardo

() Negro

() Mulato

() Indígena

() Amarelo

Escolaridade

6. Onde você estudou no ensino médio:

() Escola Pública Estadual ou Municipal

() Escola Pública Federal

() Escola Privada

7. Onde você estudou no ensino superior:

- ☐ Universidade Pública
- ☐ Universidade Privada

8. Há quanto tempo você concluiu a graduação:

- ☐ menos de 1 ano
- ☐ 1 |---- 3 anos
- ☐ 3 |---- 5 anos
- ☐ 5 |----| 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

9. Você possui alguma pós-graduação? Marque sua maior titulação.

- ☐ Não tenho pós-graduação
- ☐ Possuo especialização
- ☐ Possuo mestrado
- ☐ Possuo doutorado

10. Caso possua uma Pós-Graduação, em que área se enquadra sua pós-graduação?

- ☐ Administrativa
- ☐ Assistencial
- ☐ Educativa
- ☐ Outra: _____
- ☐ Nenhuma

11. Caso **NÃO** tenha pós-graduação, em que área você teria interesse?

- ☐ Administrativa
- ☐ Assistencial
- ☐ Educativa
- ☐ Outra: _____
- ☐ Nenhuma

12. Qual área de formação complementar (pós-graduação) você acha mais importante para a sua atividade:

- ☐ Administrativa
- ☐ Assistencial
- ☐ Educativa
- ☐ Outra: _____
- ☐ Nenhuma

13. Há quanto tempo trabalha na atenção básica?

- ☐ menos de 1 ano
- ☐ 1 |---- 3 anos
- ☐ 3 |---- 5 anos
- ☐ 5 |----| 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

14. Há quanto tempo trabalha nesta USF:

- ☐ menos de 1 ano
- ☐ 1 |---- 3 anos

- ☐ 3 |---- 5 anos
- ☐ 5 |----| 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

15. Você exerce algum outro tipo de atividade:

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Para o exercício de suas atividades na USF, você recebeu algum tipo de educação continuada por iniciativa do distrito?

- ☐ Sim. Qual? _____
- ☐ Não

Dados Econômicos

17. Quantos dos itens abaixo, você possui em sua casa:

Qtd.

- ☐ TV em cores
- ☐ Vídeo Cassete e/ou DVD
- ☐ Rádio
- ☐ Microcomputador
- ☐ Automóvel
- ☐ Máquina de Lavar Roupas
- ☐ Geladeira
- ☐ Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)
- ☐ Acesso à Internet
- ☐ TV por assinatura
- ☐ Empregada fixa mensalista
- ☐ Banheiro

DESCOBRINDO VOCÊ E SEU AMBIENTE DE TRABALHO

18. Esta USF trabalha com a chamada “demanda espontânea”, isto é, atende a indivíduos que procuram os serviços de saúde por sua iniciativa própria?

() Sim

() Não

19. Esta USF utiliza campanhas e programas especiais de saúde para atender a população usuária dos serviços?

() Sim

() Não

20. Esta USF atende as necessidades de saúde da população usuária e não apenas a demanda espontânea ou a oferta de serviços?

() Sim

() Não

21. Considerando as dimensões apresentadas logo a seguir, em qual delas, **SEU** trabalho profissional ocorre com maior frequência? Enumere da maior para a menor no caso de haver mais de uma opção.

() Administrativa

() Assistencial

() Educacional

22. Considerando os níveis de atenção a saúde apresentados logo a seguir, em qual delas, **SEU** trabalho profissional, ocorre com maior frequência? Enumere da maior para a menor no caso de haver mais de uma opção.

() Primária

() Secundária

() Terciária

23. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho assistencial (planejamento e implementação) é definido pela consulta médica?

() Sim

() Não

24. Nesta USF, **SEU** processo de trabalho assistencial está voltado para o controle de agravos ou de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer:

() Nunca

() Raramente

() Às vezes

() Sempre

25. Nesta USF, **SEU** processo de trabalho assistencial considera a situação de saúde local, seus determinantes, visando atender às necessidades de saúde do indivíduo/família/comunidade?

- ☐) Nunca
- ☐) Pouco freqüente
- ☐) Muito freqüente
- ☐) Sempre

26. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho administrativo é caracterizado apenas pela oferta de serviços demandados pelos usuários?

- ☐) Sim
- ☐) Não

27. Nesta USF, durante as campanhas o **SEU** processo de trabalho administrativo é único e vertical com controle da secretaria Municipal de saúde?

- ☐) Sim
- ☐) Não

28. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho administrativo prioriza atividades em equipe, estimulando discussões sobre problemas prioritários da comunidade?

- ☐) Nunca
- ☐) Pouco freqüente
- ☐) Muito freqüente
- ☐) Sempre

29. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho educativo, realizado em conjunto com o processo de trabalho assistencial é:

- ☐) Pontual e focalizado nas especificidades dos agravos
- ☐) É generalista e visa a promoção da saúde dos usuários

30. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho educativo fornece esclarecimentos e informações pontuais à comunidade?

- ☐) Sim
- ☐) Não

31. Nesta USF, o **SEU** processo de trabalho educativo visa aumentar a capacidade de indivíduos, famílias e comunidade para compreender e atuar sobre os problemas de saúde e seus determinantes?

- ☐) Sim
- ☐) Não

32. Nesta USF, **VOCÊ** utiliza estratégias e táticas **ALTERNATIVAS** para cumprir seu compromisso de prestar uma assistência mais integral, equânime, contínua e resolutiva?

() Sim

() Não

Em caso afirmativo, descreva sucintamente essas estratégias e táticas:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Declaro que todas as afirmações contidas nesse questionário são verdadeiras.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista semi-estruturado

Roteiro de entrevista semi-estruturado dirigido aos enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família dos Distritos Sanitários III, IV e V.

Instrumento:

Descreva, o mais completamente possível, um dia típico de trabalho na equipe de saúde da família do distrito sanitário onde está lotado, quando da realização de estratégias e táticas alternativas.

ANEXOS

ANEXO A**Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB para realização da pesquisa****Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria de Saúde**

João Pessoa, 02 de dezembro de 2009,

ENCAMINHAMENTO

Cumprimentando-os cordialmente, encaminhamos o (a) pesquisador (a) **ANA KARLA SOUSA DE OLIVEIRA**, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PROCESSO DE TRABALHO PROFISSIONAL", a ser realizada em todos os Distritos Sanitários, relacionada em anexo na cópia do processo nº 23.878/2009.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Gerente de Educação na Saúde

Welyton Kleber da Silva
Técnico da Gerência de Educação em Saúde
Matrícula 58.575-1

ANEXO B**Encaminhamento dos Distritos Sanitários III e IV**

Prefeitura Municipal de João Pessoa
Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário III

Ofício Circular Nº 006 / 10

João Pessoa, 28 de Janeiro de 2010.

Às USF do Distrito Sanitário III (Lista em anexo).

Estamos encaminhando a aluna de Enfermagem do Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde – UFPB, Ana Karla Sousa de Oliveira para realizar pesquisa intitulada: “Modelo de Atenção à Saúde em Processo De Trabalho Profissional”.

Sem mais para o momento agradecemos à atenção dispensada.

Lígia Virginia Lopes da Silva
Gerente Administrativo
Mat. 42.415-6

P/ Maura Vanessa S. Sobreira
Diretora
Distrito Sanitário III

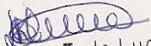


João Pessoa, 21 de janeiro de 2010

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos a pesquisadora Ana Karla Sousa de Oliveira, para realização de coleta de dados da pesquisa intitulada “MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PROCESSO DE TRABALHO PROFISSIONAL”, a ser realizada nas unidades de saúde da família do Distrito Sanitário IV em anexo.

Atenciosamente,


Kerle Dayana T. de Lucena
Diretora Geral D. S. IV
Matricula: 58.036-8

Kerle Dayana T. Lucena

Diretora geral do DS IV