

Svetlana Bacellar Aguirre

Novos arranjos institucionais e sua relação com a  
Promoção da Saúde: a visão dos Agentes  
Comunitários de Saúde

Campinas

Unicamp

2010

Svetlana Bacellar Aguirre

Novos arranjos institucionais e sua relação com a  
Promoção da Saúde: a visão dos Agentes  
Comunitários de Saúde

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-  
graduação da Faculdade de Ciências médicas do  
departamento de medicina preventiva da  
Universidade estadual de Campinas, para  
obtenção do título de mestre em saúde coletiva,  
área de concentração Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

Campinas

Unicamp

2010

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Ag 94n Aguirre, Svetlana Bacellar  
Novos arranjos institucionais e sua relação com a Promoção da  
Saúde: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde / Svetlana  
Bacellar Aguirre. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientador: Carlos Roberto Silveira Corrêa  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção da saúde . 2. Gestão em saúde. 3. Agentes  
comunitários de saúde. I. Corrêa, Carlos Roberto Silveira. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
III. Título.

**Título em inglês : New institutional arrangements and its relation with  
Health Promotion: The Health Community Agents point of view**

**Keywords:** • Health promotion  
• Health management  
• Health community agents

**Titulação: Mestre em Saúde Coletiva**  
**Área de concentração: Epidemiologia**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa**  
**Profa. Dra. Elisabet Pereira Lelo Nascimento**  
**Profa. Dra. Claudia Regina Castellanos Pfeiffer**

**Data da defesa: 24-02-2010**

---

## Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

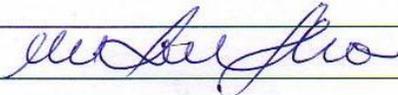
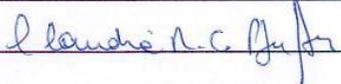
---

Svetlana Bacellar Aguirre

---

**Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Carlos Roberto Silveira Correa**

---

<b>Membros:</b>	
Professor (a) Doutor (a) Elizabet Pereira Lelo Nascimento	
Professor (a) Doutor (a) Claudia Regina Castellanos Pfeiffer	
Professor (a) Doutor (a) Carlos Roberto Silveira Correa	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data: 24/02/2010**

---

## Sumário

Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Introdução.....	8
1.Promoção da saúde.....	8
2.Arranjos e estratégias de gestão.....	10
2.1Clínica ampliada.....	10
2.2Campo e núcleo.....	12
2.3Acolhimento.....	12
2.4Apoio matricial.....	13
2.5Espaços coletivos.....	14
3.Agentes comunitários de saúde.....	15
Hipótese .....	19
Objetivos.....	19
Metodologia.....	19
1.Campo.....	19

2.A técnica de Cluster.....	22
3.Caracterização dos Agrupamentos.....	25
4.Grupos focais.....	27
5.Análise do material.....	28
5.1 Análise de discurso.....	28
5.2 Processo da análise do material.....	32
Resultados e discussões.....	34
Síntese das análises.....	67
Referências bibliográficas.....	73
Anexos.....	76

## Resumo

A Promoção da saúde tem encontrado inúmeras dificuldades em sua implantação principalmente devido a predominância do modelo biomédico nas ações de saúde que exclui a determinação social do processo saúde-doença e acaba limitando o objetivo maior da Atenção primária de Prevenção e Promoção da saúde. A Promoção da saúde considerada neste trabalho, que tem como eixos principais a intersetorialidade e o empoderamento, busca ampliar o paradigma biomédico incorporando outras variáveis que influenciam tanto o tratamento das doenças e a prevenção delas, quanto a busca pela saúde, em toda a sua extensa e complexa teia de determinantes. No intuito de pensar alternativas para que ações de Promoção da saúde fossem implantadas com maior força tomamos nesta pesquisa arranjos institucionais e estratégias de gestão como ferramentas para a ampliação da clínica, para a criação de espaços de co-gestão e organização do processo de trabalho. Com isso, objetivamos avaliar se a maior ou menor implantação de arranjos de gestão pelas unidades básicas de saúde interferem, sob o ponto de vista dos Agentes Comunitários de saúde (ACS) na implantação da Promoção da saúde. Pensa-se que a possibilidade de trocas de valores, de olhares, e a construção conjunta de ações de saúde entre profissionais de uma equipe de saúde, proporcionada por arranjos de gestão, poderiam interferir no discurso dos ACS por criar diferentes condições de produção do discurso desses trabalhadores. Então, considerando esse profissional como aporte importante na prática de ações de Promoção da saúde, escolheu-se neste trabalho tomar seu discurso, fruto de grupos focais e análise das falas pela técnica de Análise de Discurso. Escolheu-se seis Unidades básicas de saúde dos distritos Sul e Sudoeste do município de Campinas como campo para este trabalho. Como resultados percebe-se um maior empoderamento dos ACS quando utilizam espaços coletivos na unidade, mas não podemos afirmar que os arranjos interferem na construção de redes sociais. O difícil papel que o ACS possui na sua prática faz-se claro nesta pesquisa.

**Palavras-chave-** Promoção da saúde, Gestão em saúde, Agentes comunitários de saúde

## Abstract

The Health Promotion has faced many difficulties in its implementation specially due to the predominance of the biomedical model in health actions that excludes the social determination of the health-illness process and ends up limiting the major objective of the primary care which is Prevention and Health Promotion. The Health Promotion in this project, that has as its main ideas the intersectoriality and the empowerment, it aims to improve the medical paradigm by incorporating other variables that influence the treatment of the illnesses and their Prevention as well as the search of health in its whole wide and complex net of determinants. With the objective of thinking about alternatives that Health Promotion actions might be put in practice with stronger forces, we have taken, in this project, institutional arrangements and management strategies as tools for clinic amplification; the creation of co-management spaces and the organization of the process of work. By that, we intended to evaluate if a bigger or smaller implementation of the management arrangements by the basic health units interferes, on the community health agents (CHA) point of view, on the implementation of the health promotion. It is defended that the possibility of a value a point of view exchange and the group construction of health actions among professionals of a health team propitiated by management arrangements, could interfere in the CHA discourse by creating different conditions of production of the discourse of these workers. So taking these professionals as an important actor in putting in practice actions of health promotion it was decided in this project to have their discourse, the result of focal groups and to analyse what was said using the technique of discourse analysis. Six basic health units in the south and southwest districts of Campinas were chosen as field for this project. As a result, it is noticed a bigger empowerment of the CHA when they use democratic management spaces in the unit, but it is not possible to assure that the institutional arrangements interfere in the construction of social nets. It is clear in this project, the difficult role that the CHA has to perform his work.

**Key-words-** Health Promotion, Health Management, Health community Agents

# Introdução

## 1. Promoção da saúde

Ações precursoras do que chamamos de Promoção da Saúde hoje em dia, podem ser encontradas nos textos da Medicina Grega pré-hipocrática. Ela ganhou força a partir do primeiro quarto do século XX com Sigèrist e mais força ainda ganhou quando foi incorporada ao discurso da Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1960. A sua incorporação, no entanto, não se fez, e não se faz, de maneira uniforme e incontestável. É da maior relevância esse momento em que a OMS incorpora esse conceito, segundo as concepções geo-políticas da época, pleno de contradições, durante a guerra do Vietnã, com movimentos de contra-cultura proliferando por todo o planeta e diferentes experiências socialistas sendo desenvolvidas. Neste contexto, a Promoção da Saúde é incorporada no discurso da OMS e quase quinze anos após ela distribui a carta de Ottawa onde são apontados quais são, para essa instituição, os fundamentos da Promoção da Saúde. Esses conceitos, no entanto, no próprio âmbito da OMS, não são adotados e, não se tornaram hegemônicos, como podemos depreender da leitura das cartas subseqüentes que foram distribuídas pela OMS. Nessas outras cartas surgem conceitos como: empowerment, cuidados com meio-ambiente, com a saúde da mulher, que apontam tanto à polissemia do conceito de Promoção de Saúde, como deixam entrever as contradições que estavam em jogo na própria adoção do conceito.

Em 1974, o então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, preocupado com os custos da atenção à saúde e com o baixo alcance social dos tratamentos instituídos, publicou o texto "A new perspective on the health of the Canadians", em que propunha ações de Promoção de Saúde que deveriam atender não apenas a atenção médica, mas também a aspectos psicológicos, sociais e econômicos da população (Lalonde,1974). As idéias desse texto estão embasadas, por sua vez, no conceito, que era - e que é - defendido pelo Banco Mundial, de que o desenvolvimento econômico, segundo a lógica de mercado, precede o desenvolvimento dos demais setores da sociedade, inclusive o da saúde.

Hoje, o tema Promoção de Saúde se afastou dessa concepção e se baseia em dois grandes planos de atuação: o da participação comunitária e o do auto-cuidado que, por sua vez, implicam autonomia do indivíduo e trabalho intersetorial. É dessa maneira que é entendido por diferentes organizações como a Organização Mundial de Saúde e o CDC, que utilizam essas idéias para o enfrentamento de questões como a adesão ao tratamento de doenças crônicas, a abordagem das doenças sexualmente transmissíveis e a violência (Kelley, 2006).

Apresenta-se como uma nova estratégia e se caracteriza, atualmente, por ações de políticas públicas baseadas na transversalidade, na intersetorialidade e na articulação dos poderes públicos e sociais. Czeresnia apresenta uma definição muito clara e adequada de Promoção da Saúde, que utiliza-se nesse trabalho: Entende-se por promoção da saúde o fomento de medidas e o conjunto de ações que não se dirijam a uma doença específica, mas ao bem-estar geral, às transformações das condições de vida e trabalho com uma abordagem intersetorial e interdisciplinar (Czeresnia, 1999).

Acredita-se que essa concepção possa auxiliar na mudança do modelo de atenção; alteração nos arranjos da vigilância à saúde, da atenção primária e de outros serviços, nos sistemas locais que adotam esse conceito. A promoção da saúde dá bastante ênfase à determinação social do processo saúde e doença e, em conseqüência, à articulação de projetos intersetoriais.

Entendendo que avaliação é atribuir valor, propusemos como valores para a Promoção da Saúde o empowerment e o estabelecimento de Redes Sociais na comunidade. O que se propõe aqui para o empowerment, é que ele signifique “ter a palavra”, na acepção dada por Jacques Rancière (2005). Para este autor “ter a palavra” é a expressão da “partilha do sensível”. Na “partilha do sensível”, diferentes interlocutores, têm os seus diferentes olhares, voltados para um mesmo objeto podendo dividir ou partilhar as expectativas e propostas em relação a este objeto, sem que nenhum desses parceiros pense que o outro precisa ser “esclarecido”. Parte-se de uma concepção estética que todos têm, cada um uma, sobre um mesmo objeto, concepção que vai ser respeitada e considerada.

Da mesma forma, as Redes Sociais significam esse intercâmbio. Assumimos que a comunidade existe quando existe para um conjunto de pessoas um objeto claro, sensível, para o qual esse conjunto de pessoas dirige o olhar. Essas pessoas vão formar arranjos diferentes quando os objetos forem outros e assim se constituem as Redes, pois uma mesma pessoa é a mesma e é outra, conforme o objeto que ela considera. Essas Redes dão consistência ao tecido social não permitindo que ele se esgarce.

## 2. Arranjos e estratégias de gestão

Há estudiosos da área de Planejamento e gestão em saúde que defendem que arranjos institucionais ligados a práticas de co-gestão e de organização do processo de trabalho podem criar modelos alternativos ao biomédico dando espaço para uma clínica ampliada; promover uma democratização da gestão desses serviços; e gerar maior realização dos profissionais no trabalho. Tais ferramentas também gerariam diferenças na forma como as políticas de saúde são implementadas nas unidades básicas de saúde, dependendo de maior ou menor uso de arranjos de gestão.

### **2.1 Clínica ampliada**

Nas competências da saúde coletiva deveria se incorporar a discussão dos modelos clínicos como um imperativo em prol da eficácia do Sistema de Saúde (produção de saúde/ custo-benefício/ direito a assistência). Contudo, deve-se reconhecer que há na tradição da saúde pública certa recusa das questões clínicas, nascida talvez da velha oposição entre os pólos: preventivo/coletivo *versus* curativo/ individual (Onocko Campos, 2003)

A clínica, chamada de ampliada, seria a qual todos os profissionais de uma unidade deveriam acolher e tratar o usuário de forma mais integral, tomando como objeto o sujeito enfermo e não apenas a doença, ou até mesmo um coletivo, um grupo, e considerando o subjetivo, o histórico, e o território. (Campinas, 2001)

Nesta clínica o vínculo seria uma técnica importante para qualificar o trabalho em saúde, se constituindo num recurso terapêutico indo além de uma preocupação

humanizadora, Campos (1999,2003). Para este autor, o Vínculo é entendido como circulação de afeto (que pode ser negativo ou positivo), é algo que ata ou liga as pessoas indicando interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os usuários e vice-versa. Resulta da disposição em acolher por parte de alguns e da decisão em buscar apoio por parte de outros. (Campos 2003,2005)

Para que o vínculo se caracterize como algo positivo, os sujeitos devem acreditar que as equipes de saúde têm alguma potência na capacidade de resolver problemas de saúde. É importante que as equipes deixem claro quais são as suas diretrizes, explicitem seus valores e compromissos, assim, com o fortalecimento do vínculo é possível realizar uma clínica de melhor qualidade, ou uma clínica ampliada, em que há responsabilização dos profissionais pelas necessidades dos usuários, entendendo que a doença entra na vida dos sujeitos, mas não os reduzem aos sinais e sintomas produzidos por ela. (Campos, 2003).

Ainda segundo o autor, a construção do vínculo depende do modo e da forma como as equipes se responsabilizam tanto pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma determinada região, como por cada um dos indivíduos que será abordado como um caso singular.

De acordo com Onocko Campos (2002), esse arranjo da clínica ampliada está fundamentado na importância do vínculo entre pacientes e profissionais. Uma das características das organizações contemporâneas é ter eliminado o reconhecimento do outro como ser singular. Na medida em que os profissionais conhecem os pacientes e estes os técnicos, é possível criar graus de confiança maiores, os usuários autorizam-se a perguntar e participar mais de seu próprio tratamento e as respostas profissionais deixam de ser estereotipadas. Esse arranjo consiste em que todo usuário tem um profissional de referência, responsável por seu tratamento. Este vínculo tem a potencialidade de melhorar e ampliar a clínica, logo conhecer o caso outorga aos profissionais a possibilidade de decidir com mais calma as condutas e avaliações.

O conceito de clínica ampliada inclui, ainda, a saída do paradigma biomédico tradicional com a incorporação, durante o trabalho clínico, de recursos diagnósticos e terapêuticos advindos da saúde mental, da saúde coletiva e da gestão (Campos, 2006).

Para a compreensão de arranjos e estratégias de gestão aborda-se ainda outros conceitos importantes que contribuem para a clínica ampliada: Campo e núcleo, Acolhimento e Apoio matricial.

## **2.2 Campo e núcleo**

O Núcleo estaria relacionado à especificidade da formação do profissional, isto é, existiriam intervenções que estariam vinculadas à determinada especialidade e exigiriam uma formação específica para serem realizadas. Já o conceito de Campo se relacionaria à possibilidades de intervenção ligadas a uma determinada área de atuação, como por exemplo, o campo da saúde. Estes dois conceitos propiciariam propostas de ampliação da clínica a partir de um enfoque multidisciplinar e no território.

## **2.3 Acolhimento**

O entendimento que os profissionais têm a respeito do que seriam as necessidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde, influenciam as maneiras como as equipes se organizam e operam para atender as demandas de uma determinada população adscrita.

Avanços importantes podem ser identificados na reorganização de serviços que apontam o acolhimento e vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS (Gomes e Pinheiro, 2005).

Para Schimith e Lima (2004) o acolhimento é uma ferramenta presente na recepção dos serviços, que estrutura a relação entre equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas dos usuários, resultando numa relação humanizada.

Takemoto e Silva (2007) realizaram uma revisão da produção recente sobre o acolhimento e pontuaram duas principais possibilidades de entendimento do termo: Uma

seria o acolhimento como uma postura diante do usuário e suas necessidades, propiciando uma escuta às suas demandas, com uma contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e os modos de satisfazê-las em todo o processo de atendimento. Outra seria o acolhimento visto como um dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na Unidade de Saúde, objetivando atender a demanda espontânea para aumentar o acesso e minimizar o tempo de fila e espera.

Essas duas possibilidades de entendimento não são excludentes entre si, pois o fato do acolhimento ser uma atividade oferecida pela Unidade não impede que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos de atendimento.

Entretanto, há que se tomar cuidado com o entendimento do acolhimento enquanto uma atividade do serviço, pois o fato de existir um espaço e uma equipe específicos para isso, pode favorecer a desresponsabilização do restante da equipe, passando a ser apenas mais um procedimento, perdendo, portanto, o potencial de dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho.

Em geral, as equipes consideram o trabalho de acolhimento muito complexo, o que se relaciona à exigência do trabalho em equipe, à necessidade de comprometimento do trabalhador com o usuário e ao sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas e as necessidades dos usuários.

Quando as equipes estão organizadas para trabalhar na lógica dos procedimentos, de forma mecânica e impessoal, restrita à produção de consultas, realizando o que Campos (2003) denomina de clínica degradada Onocko Campos (2001), é muito difícil iniciar o trabalho de acolhimento, mesmo este sendo concebido como uma recepção melhorada. A dificuldade aumenta para os trabalhadores, que começam a aprender a escutar o outro, o que por si só já traz uma implicação e uma responsabilidade para o trabalhador.

## **2.4 Apoio matricial**

Outro arranjo importante é o apoio matricial, que segundo Campos (2003), é uma metodologia de trabalho que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial como suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Baseados na concepção deste autor,

técnicos do ministério da saúde propõem a seguinte definição: O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

O Matriciamento visa um contrato em que o suporte especializado (técnico) continua existindo na forma de um apoio desvinculado das linhas de comando, buscando personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. Esse apoio alimenta o desenvolvimento técnico profissional no núcleo disciplinar de cada um, reduzindo as tensões que os poderes oriundos do saber especializado produzem nos componentes de uma equipe (Campos, 2007).

## **2.5 Espaços coletivos**

Por último, apresenta-se os arranjos específicos de co-gestão e organização do processo de trabalho que favorecem a comunicação democrática e podem colaborar na implantação de outros arranjos e estratégias no serviço de saúde. São nos espaços coletivos que as trocas entre profissionais acontecem podendo ocorrer discussões e construções conjuntas de variados aspectos do trabalho inclusive dos próprios arranjos (clínica ampliada, campo e núcleo, acolhimento e apoio matricial) abordados anteriormente.

Campos (2000, pag.187) em seu trabalho “Um método para análise e co-gestão de coletivos” define o termo espaço coletivo:

“Um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção / construção de sujeitos e de coletivos organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e de tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da

escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os espaços coletivos são arranjos que podem tomar a forma de equipes de trabalho, conselhos de co-gestão, assembléias, colegiados de gestão, reuniões e unidades de produção, etc.”

Então, unidades que utilizam espaços coletivos teriam maior chance de organizar melhor seu processo de trabalho e garantir ações de saúde de maior qualidade.

### 3. Os Agentes Comunitários de saúde (ACS)

O material produzido pela secretaria de políticas de saúde do Ministério da Saúde de 2000, 3ª edição, intitulado “O trabalho do Agente comunitário de saúde” versa sobre o papel do ACS na atenção básica. Entende o ACS como agente de prevenção e de promoção da saúde usando uma visão de determinação social do processo saúde – doença.

Considera a criação dos ACS como resultado de avanços na saúde produzidos por um processo histórico. Ressalta que a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata em 1978 foi um marco para a atenção primária à saúde, pois apresentou o compromisso de “Saúde para todos”. Esta trouxe como diferenciais principais a participação comunitária como dever e direito para planejar e executar ações de saúde e a intersetorialidade, destacando a necessidade de parcerias entre todos os setores ligados ao desenvolvimento da comunidade.

Posteriormente, em 1986 houve a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde realizada em Ottawa que resultou na Carta de Ottawa que defendeu “Saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes”. Esta definiu Promoção da saúde como: “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.” Também destacou a importância da Equidade em saúde.

Após a conferência citada houve várias outras conferências que se seguiram nesta área bem como outros eventos importantes para a reforma sanitária. A Conferência nacional de saúde de 1986 culminou na reformulação da constituição federal de 1988, que

criou o SUS. Este material do ministério enfatiza as leis 8.080 e 8.142 publicadas em 1990 que defendem os princípios de Descentralização; atendimento integral e participação da comunidade.

É nesse contexto que o PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado como uma estratégia transitória para o PSF (Programa de saúde da Família). A idéia era a de que à medida que os municípios fossem instalando as unidades de saúde da família também fossem incorporando os ACS já existentes. Objetivava-se incorporar de 6 a 10 ACS para cada equipe de saúde da família. Tudo no intuito de melhorar a qualidade da assistência.

Em 2000, como critério para ser agente era necessário morar na comunidade há pelo menos dois anos: saber ler e escrever e ser treinado e orientado pelo enfermeiro da unidade.

Segundo documento mais recente referente à lei N0.11.350 de 2006 estabelece como critérios para ser agente: residir na área da comunidade desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído o ensino fundamental; e haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada.

O documento do ministério discorre pelo que denomina de atividades realizadas pelo agente: Cadastramento; mapeamento; ações de controle de doenças endêmicas; ações de proteção e promoção da saúde da criança, mulher, adolescente, idoso, deficientes; ações de prevenção e promoção do câncer de mama, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase; ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente; estímulo à educação e a participação comunitária. Uma outra forma de dizer isso seria a de ajudar pessoas e serviços: identificando áreas e situações de risco individual e coletivo; encaminhando pessoas doentes às unidades; orientando a promoção e a proteção à saúde; acompanhando tratamento e reabilitação das pessoas doentes; mobilizando comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis a saúde; notificando doenças.

Chama atenção nesse documento a importância e ênfase dada à necessidade de ouvir a comunidade dando a palavra a esta, fazendo junto, estabelecendo prioridades e

buscando soluções conjuntamente, definindo ações de saúde. E entende que o ACS deve mobilizar, e promover reuniões e encontros com a comunidade, estimular discussões, promover troca de conhecimentos, incentivando a participação da comunidade. Ressalta que o ACS não deve trabalhar sozinho então, sempre contando com a comunidade e com o apoio da equipe de saúde.

Em se tratando especificamente de Campinas observa-se na história que em 1998, o movimento popular de saúde juntamente com gestores da secretaria municipal de saúde se opuseram a implantação do PACS julgando ser mais importante a contratação de profissionais de saúde qualificados do que a incorporação de ACS cuja função prioritária seria a de educação em saúde. Apenas em outro momento, o PSF- Paidéia trouxe a incorporação de dois novos profissionais na rede básica: O médico generalista e o Agente comunitário de saúde profissional, sendo este último capacitado para atuar junto às equipes de referência, ampliando a capacidade das unidades básicas de saúde de intervirem na comunidade e nos domicílios. Apresentava-se como diretrizes: O acolhimento, responsabilização, gestão participativa, vínculo, clínica ampliada, cadastro, capacitação e controle social. (Nascimento & Corrêa, 2008)

Ainda conforme estes autores, O PSF-Paidéia apresentava características conceituais próprias e buscava superar alguns limites da clínica e o modo como os serviços se organizavam. Assim propunha uma forma alternativa na organização das equipes de referência das unidades básicas de saúde dando-lhes um formato no qual todos os trabalhadores dos serviços de atenção básica eram incorporados ao novo modelo assistencial. A SMS organizou o processo seletivo e com o ingresso desses profissionais realizou capacitações com a parceria entre SMS, CETS (Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, e universidades (Puc-Campinas e Unicamp).

Segundo Furlan (2007) a formação técnica do ACS tem variado segundo cada local. Algumas regiões do país, em conjunto com os respectivos pólos de educação permanente em saúde, vêm oferecendo cursos preparatórios, porém nem sempre os ACS iniciam na função com conhecimento do trabalho a ser desenvolvido.

Na teoria os ACS foram criados para as ações referidas mas no dia a dia observa-se uma prática bem diferente. Vemos que nas unidades básicas os ACS acabam realizando ações de forma limitada, excluídas do trabalho da equipe principalmente as que se referem à promoção da saúde. Os ACS queixam-se disso, verbalizam, sofrem, respondem à implementação, o instituído, mas querem ser também os instituintes, reclamam que não sensibilizam. Não fazem eco para dentro da equipe, não havendo espaço para realizar o trabalho que lhe foi estabelecido.

O ACS possui um difícil papel pois ocupa um lugar ambíguo tensionado por duas realidades: a da comunidade e a dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde. O ACS é tanto parte da comunidade, possuindo a visão e experiência de usuário, quanto parte da Unidade básica de saúde com o olhar de um profissional de saúde. Conhece e enfrenta as mesmas dificuldades dos usuários parte de uma classe trabalhadora e também integra, nem sempre legitimado uma equipe de saúde representante de outra realidade social.

## Hipótese

A Hipótese desse trabalho é a de que os ACS vocalizam diferentemente sobre seu trabalho, sobre suas funções e sobre as ações de Promoção à saúde em função de maior ou menor grau de implantação de arranjos e estratégias de gestão por essas unidades.

## Objetivos

Analisar, por meio do discurso dos ACS, se a maior ou menor implantação de arranjos de gestão pelas unidades básicas de saúde interfere, sob o ponto de vista deles, na implantação da Promoção da saúde.

## Metodologia

Este trabalho nasce como um sub-projeto de uma pesquisa maior intitulada “Estudo Avaliativo de arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção básica à saúde” coordenada pela Professora Doutora Rosana Onocko Campos realizada no período de 2008 à 2009. Esta pesquisa utilizou três eixos: Clínica ampliada, saúde mental e Promoção à saúde e tinha como objetivo geral avaliar alguns arranjos e estratégias inovadores implementados na rede básica da cidade de Campinas, SP em busca da melhora da eficácia do SUS.

Destaca-se que a maior parte das decisões metodológicas da pesquisa foi feita com a participação de gestores distritais e das unidades básicas de saúde formando-se um comitê de pesquisa junto com os pesquisadores.

### 1. Campo

Para o campo da pesquisa optou-se por unidades básicas de saúde situadas nos distritos Sul e Sudoeste da cidade de Campinas, SP. A seleção dos distritos foi baseada em certa homogeneidade relacionada a critérios de vulnerabilidade social presente nos dois distritos citados. Foram utilizados, a partir dos dados do IBGE em relação ao Censo Demográfico 2000, os seguintes critérios de inclusão para os Distritos de Saúde:

- SUS dependência alta (acima de 70% da população),
- proporção de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo muito baixa (até 4% das famílias),
- proporção de chefes de família com renda igual ou maior a 10 salários mínimos muito baixa (até 7% das famílias).

Já havíamos também escolhido as unidades de saúde que fariam parte da pesquisa utilizando os seguintes critérios de inclusão.

- unidades de médio porte (que possuam entre 10 a 20 salas),
- número de equipes de saúde da família entre 3 a 4 por unidade,
- com uma cobertura maior ou igual a 50%,
- que possuam número de médicos 36h semanais entre 4 e 8 por 20.000 habitantes.

As unidades selecionadas foram oito: UBS Vista Alegre; UBS União dos Bairros; UBS DIC III; UBS São Cristóvão; UBS Santa Lúcia; UBS Aeroporto; UBS Carvalho de Moura; e UBS São Domingos.

Para poder realizar a comparação entre unidades que tivessem características diferentes com relação à implantação dos arranjos e estratégias em estudo definiu-se as seguintes características a serem avaliadas:

- 1) Recursos humanos na unidade e constituição de equipe de saúde da família com cobertura de até 60% da população da região;

- 2) Existência de reuniões de equipe de referência com participação da maior parte da equipe, com regularidade e espaços fixos de discussão;
- 3) Presença da equipe de saúde mental;
- 4) Existência de matriciamento com regularidade e discussão conjunta com as equipes de referência;
- 5) Existência de estratégias de acolhimento à crise em saúde mental
- 6) Construção de Projeto Terapêutico Singular para os casos de maior risco clínico e vulnerabilidade social;
- 7) Abordagem dos casos com ações diversas além das consultas individuais, como grupos de educação, promoção e atendimento domiciliar.

Com isso atribuiu-se pesos diferentes para cada variável definida. Salienta-se que uma importância maior foi dada aos arranjos ligados a práticas de co-gestão e de organização do processo de trabalho a partir de ferramentas da clínica ampliada, sendo que apenas 10% da formação do vetor caracterizador da unidade foi destinado a fatores estruturais, uma vez que na pré-seleção destas mesmas unidades eles já haviam sido levados em consideração.

Havia uma aposta de que as unidades que implantaram estas ações estariam realizando um trabalho de melhor qualidade e mais resolutivo para a população.

Para a aplicação dessas variáveis criou-se um instrumento, questionário que pudesse ser usado para avaliar o grau da implantação dos arranjos e estratégias. Para transformar dados qualitativos em quantitativos criou-se uma escala de pontuação que fosse mostrando a magnitude da utilização dos arranjos e as diferenças entre as unidades (anexo I). O instrumento foi criado coletivamente e testado em duas UBS da cidade (Santa Bárbara e Santa Mônica), que não faziam parte de nosso campo, como um teste piloto.

A experiência desse piloto auxiliou a aprimorar a forma de aplicação do instrumento como por exemplo: A utilização de 2 pesquisadores; o cuidado de não perguntar diretamente a respeito do item a ser discutido, mas sim, introduzir aquela problemática de maneira mais ampla de modo que em algum momento a discussão respondesse o que precisávamos. A pergunta direta deu muitas vezes respostas falsas. Era no decorrer das discussões que as respostas surgiam como de fato aconteciam na unidade. Por isso considerou-se de grande importância o cuidado de fazer o teste piloto do instrumento para poder aperfeiçoá-lo para o melhor alcance dos objetivos da pesquisa.

Posteriormente optou-se por aplicar o instrumento enfim nas 8 unidades já escolhidas em reuniões de vários profissionais presentes, com no mínimo um de cada categoria. Buscou-se a “voz da unidade”, temendo que se entrevistássemos somente o coordenador as respostas poderiam ser enviesadas, próximo do ideal e não da realidade diária do serviço. Em entrevistas onde o coordenador participou juntamente com outros profissionais; teve-se a sensação que certa “censura” da equipe dificultava as respostas, ou mesmo em alguns casos a influência da visão da chefia sobre opinião dos trabalhadores a respeito das práticas cotidianas fez os pesquisadores redobram a atenção nas falas espontâneas que tornariam os dados mais fidedignos.

Após a aplicação do instrumento nas 8 unidades, tabulamos os dados. A fim de poder comparar as unidades entre elas utilizou-se a técnica de Cluster para definir quais unidades seriam mais semelhantes e distintas uma das outras.

## 2. A técnica de Cluster

As técnicas de *cluster* são “relativamente” recentes. Têm mais ou menos 40 anos e ganharam impulso com o advento dos computadores. São técnicas estatísticas em que são analisadas as linhas e as colunas de uma determinada matriz de dados. Por meio dessas técnicas é possível dizer quais das unidades básicas possuem características que estão mais próximas entre si, em função das variáveis consideradas.

Mastermann (1970) defende a utilização de K-algoritmos (que são uma forma de se fazer *clusters*) para descobrir novas relações entre os objetos estudados e, assim, identificar novos eventos e associações e, por meio delas, reformular ou questionar os paradigmas existentes e analisar até onde, os paradigmas existentes, são capazes de explicar os eventos observados.

A construção dos clusters, embora seja uma técnica de matemática algébrica elaborada, não pode prescindir de uma etapa inicial muito ligada aos aspectos qualitativos de quem vai fazer a pesquisa. A identificação de unidades de estudo, isto é: quem vai ser analisado, onde vamos encontrar essas unidades, quando vamos estudá-las, é mais objetiva. Mas, a seleção das variáveis que devem ser estudadas, além da identificação das questões centrais as quais a construção de clusters irá ajudar a responder, são etapas que envolvem um grande componente qualitativo (valorativo) e que devem ser feitos de forma a considerar diferentes olhares, isto é, deve ser feito de forma interdisciplinar.

Consideramos que, mesmo sendo qualitativo, tal componente possui um rigor na sua aferição pela forma de determinação dos clusters a partir dos cuidados que foram tomados na coleta e no processamento dos dados que foi exposta anteriormente.

A partir da tabulação exposta na tabela acima, utilizamos o software S-Plus 4.0 para medir as distâncias entre cada unidade de saúde em função do grau de existência dessas características. O programa se valeu da Análise de Agrupamento ("Cluster Analysis").

O objetivo desta técnica multivariada é: dado um número de objetos ou indivíduos, cada um descrito por um conjunto de medidas, obter um esquema de classificação para agrupar os indivíduos em um número de classes tal que os indivíduos dentro das classes são similares em algum aspecto e diferente dos das outras classes. O número de classes e as características de cada classe devem ser determinados. Em suma, esta técnica agrupa elementos de modo a formar grupos homogêneos dentro deles e heterogêneos entre eles (Everitt,1974).

Desta forma três grupos se sobressaíram conforme as similaridades: O agrupamento denominado I que é composto pelas UBS Aeroporto, DIC III e São Cristovão, o agrupamento denominado III é composto pelas UBS Santa Lúcia, Vista Alegre e União dos Bairros e o agrupamento II formado pelas UBS Carvalho de Moura e São Domingos.

Estes dados foram discutidos em reuniões do grupo de pesquisa onde estavam presentes apoiadores dos Distritos Sanitários da cidade e coordenadores de unidades. Estes trabalhadores, que possuem um conhecimento profundo das unidades, participaram de uma discussão interessante e proveitosa que validou nosso instrumento e esta fase da pesquisa.

Das oito unidades apenas duas, UBS São Cristovão e Santa Lúcia, encontravam-se naquele momento com problemas na gestão e não compareceram às reuniões que tinham como objetivo a apresentação da pesquisa e a discussão da participação dos gestores no processo de pesquisa. Desta forma, ambas foram excluídas da pesquisa uma vez que para tal seria necessária a interlocução freqüente com as gestoras destas duas unidades.

Assim gerou-se 3 agrupamentos, sendo um agrupamento com duas unidades com maior nível de implantação de alguns dispositivos e estratégias outro agrupamento com menor grau de implantação destes dispositivos e estratégias e um terceiro agrupamento intermediário entre os dois. Não julgou-se as melhores e piores unidades, mas sim agrupou-se as unidades parecidas com relação a algumas características que estava-se avaliando isto é, essa distinção não é absoluta nem excludente, pois só pode-se afirmar que nos agrupamentos resultantes existem tais arranjos com maior ou menor proximidade quanto à proposta teórica dos arranjos estudados.

Finalmente foram divididas em 3 agrupamentos:

Agrupamento I- CS Aeroporto e DIC III

Agrupamento II- CS São Domingos e Carvalho de Moura

Agrupamento III- CS Vista Alegre e União dos Bairros

### 3. Caracterização dos agrupamentos

Observamos que o Agrupamento **I** (UBS Aeroporto, DIC III) conta com 8 equipes de saúde da família, responsável cada uma delas por 5000 habitantes em média, totalizando uma população de 50.000 pessoas. A maior deficiência de recursos humanos para estas equipes eram os agentes comunitários de saúde, necessitando de mais 32 profissionais para que se atingisse o preconizado de um agente para cada 750 pessoas. Quanto aos recursos médicos, apenas duas das dez equipes, na época da coleta de dados, não possuíam generalistas e todas tinham apoio de pediatras e ginecologistas, em média um para cada duas equipes. Quanto ao processo de trabalho, predominava a existência de uma gestão colegiada a partir de fóruns há mais de um ano (colegiado gestor e núcleos de saúde coletiva) com periodicidade regular, contando com a participação de mais de duas categorias profissionais, com elaboração de pautas conjuntas e sua divulgação entre os elementos representados. Outro ponto visível neste cluster, é que as equipes se organizavam para garantir espaços fixos de reunião com a participação de todos os integrantes, com o objetivo de planejarem as suas ações, discutirem casos e formularem projetos terapêuticos para aqueles que consideravam mais complexos. Também possuíam um número alto, em comparação com outras unidades, de atividades em grupos, tanto dentro do serviço, como utilizando outros espaços comunitários. Apesar de não uniforme possuíam estratégias contínuas de apoio especializado da saúde mental e atuavam no território adscrito a partir de reuniões intersetoriais e visitas domiciliares. Portanto, este agrupamento tem um maior grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada.

Em contrapartida observamos o Agrupamento **III** (UBS Vista Alegre e União dos Bairros) que presta assistência a 71.000 habitantes perante as mesmas condições socioeconômicas do agrupamento I. É composto teoricamente por 13 equipes de saúde da família responsáveis por 5.500 habitantes em média. Teoricamente, pois uma das unidades não se organizava, na época do estudo, formalmente subdividida em equipes, contando com uma divisão de trabalho por área de especialização da saúde como atenção à mulher, à criança, à saúde mental e etc. Aqui, novamente o profissional mais escasso era o agente comunitário de saúde, onde seriam necessários mais 48 para que o preconizado de um agente para cada 750 habitantes, no cluster, fosse alcançado. Das treze equipes, nove

possuíam generalistas e existiam, da mesma forma, um pediatra e um ginecologista em média para cada duas equipes. No tangente ao processo de trabalho, inexistiam arranjos como colegiados ou núcleos de gestão participativa, sendo a maior parte das decisões tomadas pela coordenação local. Havia, de maneira irregular, reuniões de equipes como estratégia organizadora do trabalho. Elas eram mais espaçadas e não contavam com a participação de todos os integrantes da mesma. Algumas equipes elaboravam projetos terapêuticos, mas eram feitos de maneira isolada por alguns componentes, uma vez que os espaços de trocas coletivas eram reduzidos. Realizavam um número razoável de atividades em grupos, menor em termos relativos ao agrupamento I, mas também utilizavam outros espaços comunitários de maneira freqüente. Atuavam no território adscrito efetuando visitas domiciliares e reuniões intersetoriais. Por conseguinte este agrupamento apresenta um menor grau de implantação dos arranjos da clínica ampliada.

Finalmente, o Agrupamento **II** (São Domingos e Carvalho de Moura) que presta assistência a 24.000 habitantes. É composto por 4 equipes de saúde da família responsáveis por 6.000 habitantes, em média. O agente comunitário de saúde também é o profissional mais escasso, seriam necessários mais 18 para que o preconizado de um agente para cada 750 habitantes, no cluster, fosse alcançado. Todas as equipes possuíam generalistas e existiam um pediatra e um ginecologista em média para cada duas equipes. Quanto ao processo de trabalho, existiam arranjos como colegiados ou núcleos de gestão participativa e, de maneira irregular, reuniões de equipes como estratégia organizadora do trabalho. Algumas equipes elaboravam projetos terapêuticos, mas eram feitos de maneira isolada por alguns componentes. Realizavam também um número razoável de atividades em grupos, menor em termos relativos ao agrupamento I, mas relativamente maior do que o agrupamento III. Atuavam no território adscrito efetuando visitas domiciliares e reuniões intersetoriais. Por conseguinte este agrupamento apresenta um grau intermediário de implantação dos arranjos da clínica ampliada. Como dito antes, tal agrupamento, que a priori seria excluído do estudo por exatamente ser intermediário aos outros dois, foi mantido por decisão do grupo gestor da pesquisa, que tem a participação também dos gestores da unidade. Essa manutenção deveu-se também ao grande interesse dos gestores ligados a esse específico agrupamento de se apropriarem da avaliação de suas unidades, o que nos pareceu fundamental em se tratando de pesquisa em políticas públicas.

Todos os agrupamentos possuíam equipes de saúde mental. O agrupamento I contava com dois psicólogos, um terapeuta ocupacional e dois psiquiatras, já o agrupamento II contava com um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra. Por fim, o agrupamento III contava, na época do estudo, com dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais e um psiquiatra. Ressalta-se aqui também que em todos os casos os transtornos mentais eram tratados pelas equipes de saúde mental, assim como a saúde da criança era direcionada aos pediatras lotados nos centros de saúde e a saúde da mulher aos ginecologistas que lá trabalhavam. Aos generalistas dos territórios cabia um papel mais circunscrito quanto ao cuidado da saúde da família que os gestores locais denominavam de “saúde do adulto”.

#### 4. Grupos focais

Para alcançar os objetivos da pesquisa utilizamos três grupos focais com Agentes comunitários de saúde. Escolheu-se a realização dos grupos somente com ACS numa tentativa de diminuir possíveis “censuras” fruto da presença de outros profissionais, principalmente do coordenador ou profissionais médicos. Participaram 6 Agentes de saúde de cada unidade, sendo que cada grupo focal contava com 12 participantes. Os critérios para inclusão dos participantes foram: trabalhar há mais de 6 meses na unidade e ter interesse em participar do estudo.

Os grupos focais aconteceram no mês de Maio de 2008 em locais próximos das Unidades (Escola, salão da igreja e chácara) viabilizando a participação nos grupos.

Cada grupo contava com os Agentes de saúde, um moderador e um anotador. Foi utilizado um roteiro contendo 9 questões disparadoras, apresentadas no Anexo II. No encontro com cada grupo, foi explicado o desenho geral da investigação, seus propósitos, motivações e questões pertinentes aos investigadores. Além da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III).

O conteúdo de discussão dos grupos focais foi áudio gravado e posteriormente transcrito na íntegra resultando em um documento para cada agrupamento. Tomou-se o

cuidado de não identificar participantes nem UBS envolvidas impedindo associação dos entrevistados com o material escrito produzido.

A técnica de grupo focal vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia para a captação de dados e para a avaliação de programas e serviços (Wiggins, 2004), mostrando-se pertinente em processos de avaliação participativa (Furtado, 2001).

O grupo focal é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Tais grupos permitem a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também do por que eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos e dissensos existentes (Westphal et al., 1996; Morgan, 1997).

## 5. Análise do material

Para a análise das transcrições dos grupos focais foi utilizada a Análise de discurso. Foi realizada primeiramente uma leitura prévia e flutuante do material e posteriormente a análise segundo conceitos e categorias da Análise de discurso.

### 5.1 Análise de discurso

A Análise de Discurso utilizada nesse trabalho é a elaborada por Pêcheux, M. e também desenvolvida e traduzida por Orlandi, E., docente do Instituto de estudos de Linguagem da Unicamp.

Pêcheux é considerado fundador da Análise de Discurso, em 1969, tendo constituído as bases epistêmicas dessa disciplina, articulando conhecimentos a partir da

Psicanálise de Freud, na releitura de Lacan; da Lingüística de Saussure, relida por Pêcheux; e a partir do Materialismo Histórico, relido por Althusser (Orlandi, 2001).

Segundo esta autora a análise de discurso constitui-se em um método de análise da linguagem enquanto prática, cuja unidade de análise é o Texto, refletindo o homem simbólico visando principalmente à compreensão das condições de produção desse discurso. Como as bases são, a Psicanálise, o Materialismo e a Lingüística, entende-se que o sujeito discursivo funciona pelo Inconsciente e pela Ideologia. Assim todo discurso estaria atravessado tanto pelo Inconsciente como pela Ideologia, não havendo discurso sem sujeito e nem sujeito sem Ideologia.

Outro ponto importante da Análise de discurso é o de que por meio da compreensão das condições de produção de discurso seria possível a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições. É crucial a idéia de que o sujeito discursivo fala de um lugar específico que o constitui e produz seu discurso e que se estivesse falando de outro lugar seria diferente.

O que importa não é simplesmente o que é dito, mas principalmente o como, a forma como é dita.

Apresenta-se tais idéias de forma mais teórica utilizando-se alguns conceitos da Análise de discurso:

### **Condições de produção / interdiscurso / memória**

As condições de produção dizem respeito, em sentido estrito, a circunstâncias da enunciação, seu contexto imediato; e, em sentido amplo, ao contexto sócio-histórico, ideológico. Este último traz elementos que derivam da forma da sociedade, com suas instituições. A memória é tratada como interdiscurso que diz respeito aquilo que diz antes, em outro lugar, independentemente. O interdiscurso é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos, aquilo que torna possível o dizer e está carregado do pré-construído, do já-dito e que podemos chamar de memória discursiva. O sujeito que fala não consegue explicar que efeitos de sentidos estão presentes em seu dizer. Só a observação do interdiscurso pode remeter o dizer a uma filiação de dizeres, a uma

memória e a identificá-lo em sua historicidade denunciando seus rastros políticos e ideológicos. (Orlandi, 2005)

### **Esquecimentos**

Segundo Pêcheux (1975) há duas formas de esquecimento. O da enunciação que diz respeito a ilusão referencial e coloca que o modo de dizer não é indiferente aos sentidos ; e o esquecimento ideológico que se trata da instância do inconsciente e resulta do modo como somos afetados pela ideologia. A idéia principal é de que os discursos não nascem em nós e sim se realizam em nós.(Orlandi, 2005)

### **Paráfrase / polissemia**

Todo discurso se faz entre a tensão do mesmo e do diferente, ou seja, entre processos parafrásticos e processos polissêmicos. A Paráfrase se refere a estabilização, algo que se mantém em todo dizer. Diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. Na Polissemia temos o deslocamento a ruptura de processos de significação.(Orlandi, 2005)

### **Relações de sentido/ Antecipação/ Relações de força/ Formações imaginárias**

As relações de sentido se referem à idéia de que não há discurso que não se relacione com outros. Então, um discurso aponta para outros que o sustentam e também para dizeres futuros. A antecipação diz respeito a noção de que sempre que o sujeito fala , regula sua argumentação em função do efeito que pensa produzir em seu ouvinte. A relação de forças traduz que o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz. O lugar tem relação com as hierarquias, com o poder. Por fim o conceito de formações imaginárias revela que por trás dos conceitos citados o discurso funciona por meio de

imagens que resultam de projeções, que por sua vez levam à posição do sujeito no discurso.(Orlandi, 2005)

### **Silêncios**

O dizer tem relação com o não dizer. Assim como os ditos tem significado os não-ditos também. Os Silêncios são formas de não-ditos.O silêncio fundador é um lugar de recuo necessário para que se possa significar. Este indica que o significado pode ser sempre outro. O silenciamento ou política do silêncio se divide em silêncio constitutivo e silêncio local. O primeiro diz respeito a uma palavra apagar outras pois para dizer é preciso não dizer. E o silêncio local é a censura. Não digo porque considerando as relações de poder tem coisas que não ‘posso” dizer.(Orlandi,2005)

### **Formação ideológica**

Os sentidos não estão nas palavras por elas mesmas. Estão aquém e além delas. Os sentidos não existem em si e estão determinados pelas posições ideológicas presentes no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas. (Orlandi, 2005)

### **Formação discursiva**

A formação discursiva determinaria o que pode e deve ser dito segundo uma conjuntura sócio-histórica dada pela formação ideológica. A idéia principal é de que a ideologia está materializada no discurso. As formações discursivas são fluidas, heterogêneas e até contraditórias.(Orlandi, 2005)

## **Procedimentos analíticos**

Segundo Orlandi (2005), há maneiras de realizar a análise seguindo algumas etapas analíticas:

- 1) Definição do corpus
- 2) Análise superficial do material
- 3) Elaboração de recortes discursivos
- 4) Constituição de objetos discursivos a partir de recortes discursivos
- 5) Compreensão da Formação Discursiva
- 6) Compreensão da Formação Ideológica

Enfim, isto possibilitaria a identificação da posição sujeito e das condições de produção do discurso.

## **5.2 Processo de análise do material**

No processo de análise das transcrições dos grupo focais fez-se uma leitura e análise específica de cada agrupamento separadamente. Assim iniciou-se pelo Agrupamento III, depois o I, e por último o II.

Foram feitas inicialmente várias leituras do material deixando as peculiaridades do discurso se destacar aos olhos do leitor. Nesses momentos observou-se como os sentidos estavam sendo apresentados, isto é observou-se que estes estavam sendo apresentados de certa maneira e não de outra. Também observou-se a dispersão de sentidos, as paráfrases, o tempo verbal usado em cada momento, os silêncios.

Após os destaques, juntou-se em recortes discursivos os temas e sentidos principais abordados pelos ACS. Houve temas que se destacaram mais em um agrupamento do que em outro, mas foram abordados por todos já que os grupos focais seguiram o

mesmo roteiro disparador para a conversa. Desta forma agrupou-se falas que mais se destacaram sobre cada tema. Os recortes feitos foram: Grupos / Parcerias com a comunidade; Relações de poder / Empoderamento; Papel/ Funções; Ninguém / Sozinho/ Equipe; Arranjos / Espaços coletivos; Não- ditos; Modelo Biomédico; Desvalorizados/ Valorizados.

Posteriormente a essa divisão seguiu-se com a análise das falas fazendo elos com a teoria e categorias da análise de discurso num movimento constante de ir e vir. Isto foi feito separadamente para cada agrupamento e depois entre os três agrupamentos. Organizou-se as falas e em seguida apresentou-se as análises. Fez-se análises específicas de cada agrupamento e também comparações entre estes ressaltando semelhanças e diferenças.

Os resultados são apresentados então segundo oito recortes discursivos feitos apresentando-se primeiramente as falas e depois as análises. Os recortes são:

- 1) Grupos / Parcerias com a comunidade
- 2) Relações de poder / Empoderamento
- 3) Papel/ Funções
- 4) Ninguém / Sozinho/ Equipe
- 5) Arranjos / Espaços coletivos
- 6) Não- ditos
- 7) Modelo Biomédico
- 8) Desvalorizados/ Valorizados

## Resultados e discussões

Comparando os 3 agrupamentos...

### 1) Grupos / parcerias com a comunidade

Em relação a atividades em grupo e atividades com a comunidade os ACS verbalizam:

#### Agrupamento III

III-“ muitas vezes cê até começa um grupo, né, depois vai saindo os profissionais da saúde e **vai deixando** só você pra tocar tudo **sozinha**, pesa também no ombro, nè?.”

III-“Quando questionados sobre quem faz as parcerias com a comunidade, respondem: “Ah, **só os agentes.**”

Contam que a escola ofereceu espaço, **convidando-os**: “ tô sabendo que vocês tão fazendo curso de Lian Gong, ceis querem fazer esse Lian Gong aqui na escola no sábado?”

III-“ **para a gente ter espaço, tivemos que sair de dentro do centro de saúde...**” Podem estar falando do espaço físico e do espaço perante a equipe. Então podem usar espaços físicos fora da unidade para realizar atividades e também numa tentativa de preservar sua identidade como se para existir precisassem do fora e não pudessem ser dentro.

Falam que usam espaços fora da unidade como escola , igreja, associação de bairros e tear das artes. Contam que a **Enfermagem, TO e Psicólogo** fazem grupos de crianças, de geração de renda.

III- Mas queixam-se :” ...tirando campanha de vacinação os outros profissionais não se apropriam, eles podem até fazer uma participação , **como se fosse um favor pra gente**, mas normalmente , o agente de saúde se não tiver disposto a tomar frente, num vai...”

Afirmam que a comunidade **não toma iniciativa** de organizar atividades, explicam: “...Inclusive a gente tem dificuldade de trazer pessoas pra grupo, pro espaço de grupo, que não devia se perder, um grupo grande, ele tem que ser inovado, **nem as pessoas que tão tocando tão mais a fim**”...

## Agrupamento II

II-“Tinha o médico, o Psicólogo, mas aí **foi saindo**, e saindo”. Aqui estão falando de que iniciam os grupos juntamente com outros profissionais, mas depois só restam eles para fazer os grupos sozinhos.

Relatam algumas atividades realizadas por eles como Lian Gong, cantinho do aprendizado, artesanato.Mas admitem:

II-“ tá, **a gente começa indo pra ajudar**, quando você vê você já tá fazendo grupo, você tá fazendo tudo porque a pessoa **vai afastando**, vai afastando.” Aqui parece haver uma inversão de papel. Iniciam convidados a auxiliar, mas posteriormente são forçados a conduzir sozinhos.Também podemos questionar se a relação é pessoal ou institucional.

II-“ No nosso , eu acho que **a maioria dos grupos somos nós que fazemos**”.

II-“ A gente cria o grupo, e a gente comanda, é a gente.” Talvez aqui vocalizem um outro sentido. Ao invés de falarem de “sobrar” pra eles, parecem assumir como papel, apoderar-se talvez.Denota a não linearidade de sentidos.

II-“ A gente fica com **medo** até de ir no grupo”. Explicando no final que já sabem que vai sobrar pra eles..

II-“Tem vezes que a gente **foge** do grupo”

**Usam espaços fora da unidade**, salão da igreja, campo para caminhada, rua fechada pela Siretrans. Dizem que são atividades abertas para a comunidade.

Dizem que a **comunidade não se organiza**: “... a maioria é reclamação mesmo, **ninguém se organiza** pra melhorar o bairro, ou aquela comunidade.” Mas admitem que **têm certo apoio da comunidade** para ajudá-los, mas não organizam junto.

### **Agrupamento I**

I-“**A gente não tem quase espaço**”. Relatam Lian Gong, ginástica postural, passeios, artesanato. Falam que a população gosta.

I -“ ...a gente assim sente que eles ficam muito feliz né, **eles gostam** do passeio..”

I-“ ...esse espaço aqui que **o Sr.X oferece** para gente”. Contam que usam espaço físico que assemelha-se a um chácara, oferecido por morador do bairro.

I -“... ultimamente a **gente tem conseguido** algumas coisas assim tipo esse espaço que a X falou”

I-“ **O pessoal lá fez uma associação**, então o lugar onde o pessoal agora tá começando a fazer artesanato”

Este grupo falam que as atividades são feitas por ACS, **enfermeiras, auxiliares e Psicóloga**, mas afirmam que a **maioria** são eles mesmos, ACS.

Comentam que dentro do CS só tem atividade aberta para a comunidade de terapia comunitária que consideram estar indo “devagar”.

I-“ **também o pessoal não se sente a vontade dentro da unidade, não sei**”

A palavra o **peçoal** indefine o sujeito. Não se sabe se o pessoal referido são eles mesmos, os usuários, ou os dois.

I-Depois completam: “ Eu acho que se fizesse terapia lá no salão da igreja ia mais gente do que lá na unidade, parece que o povo tá meio assim de ir lá, vê medico, mas lá não, **território neutro**, né?”

I-“**A população mesmo se reuniram** e agora tão fazendo o grupo lá de artesanato”

I-“ Tinha antes, só a equipe verde marcava consulta o dia inteiro, teve algumas **reunião de conselho** e eles conseguiram mudar, a **comunidade reivindicando** conseguiram mudar, agora a equipe azul também tão lá, não funciona completamente mas eles tão mais disponíveis pra tá marcando consultas o dia todo entre aspas.”

### **Análises**

Nos três agrupamentos é comum o fato de que apesar de alguns outros profissionais realizarem atividades em grupo, são os próprios ACS que as realizam em sua maioria. E mesmo quando há participação de outros profissionais raramente são médicos, e sim enfermeiros, auxiliares e profissionais da saúde mental.

Todos os agrupamentos também utilizam espaços fora da unidade, sempre se queixando de não haver espaços dentro da unidade. Isto pode ter uma conotação de falta de espaço físico e espaço de reconhecimento também. Procuram lugares para fazer eco, pois dentro da unidade isso não parece possível. Parecem não ter ambos quando se trata de atividades grupais e com a comunidade. Também questiona-se se as atividades que os ACS fazem fora da unidade fazem parte de seu papel ou são desvios de função. Que atividades são essas? Como funcionam?

Tanto no Agrupamento III como no II, percebe-se um tom de abandono dos ACS por parte de outros profissionais nas atividades, como se iniciassem as atividades fingindo que é para todos participarem e depois deixassem só para os ACS. O grupo III fala de como se fosse um **favor** de outros profissionais participarem. O grupo II refere este fato como algo mais persecutório, ameaçador. Usam **medo** de grupo e **fugir** de grupo. Podem sentir-se despreparados para conduzir grupos sozinhos. Será que quando o médico está sentem-se mais seguros? Podem também estar verbalizando que são pegos de surpresa quando descobrem que tem que comandar grupos sozinhos. A equipe parece enganá-los, traí-los. A equipe fala falsamente que os ACS vão auxiliar quando na verdade vão conduzir.

Mesmo o grupo I verbaliza usando o termo **território neutro**, como se se tratasse de uma guerra. Parecem bastante incomodados. Talvez projetam nos usuários seu incômodo de estar dentro da unidade e sintam-se mais confiantes em realizar suas ações longe dos olhos dos outros profissionais.

Todos esses fatos podem indicar que não está claro para o CS o porque e o para que dessas atividades. Também podem revelar a força do modelo biomédico prevalecendo nas ações de saúde da unidade.

Diferentemente do III e II, a comunidade do agrupamento I se organiza sozinha para algumas atividades, mas em nenhuma delas nem o CS, nem os ACS participam. A população pode estar mais empoderada, mas ainda apresenta-se desintegrada do CS, que poderia potencializar a iniciativa da comunidade. Outro aspecto da população que aparece no discurso do agrupamento I é uma capacidade maior de reivindicar coisas e conseguir algumas mudanças. Usam a palavra **Reivindicar**. Parecem usar o Conselho local para isso.

## **2)Relações de poder X Empoderamento**

Sobre as relações de poder no discurso dos ACS...

### **Agrupamento III**

III-“Quando a coordenação **deixa ...**”(fazer o que eles acham que é função deles)

III-“... parece que o resto da equipe respeita mais a gente quando o **coordenador nos defende**”

III-“**...Obrigou** cada um a pegar um grupo” ( Falando da coordenadora)

III-“ A gente fez muito esse trabalho (sobre esclarecer para pacientes o fluxo de CS e PA)...na época a coordenação que tinha, gostava do trabalho queria até que isso acontecesse nas outras equipes também, que tava agradando muito, que tava melhorando, que tava fazendo um trabalho para desarmar paciente na recepção, porque eles chegavam normalmente armados” “...mas aí mudou a coordenação e a outra coordenadora não deu valor...” Ou seja, **interromperam essa ação porque a outra coordenadora não quis.**

III-“Tem **uma coisinha** assim que eu acho interessante do agente de saúde dos outros que é assim: as auxiliar, elas têm os enfermeiros, né, que tomam conta, que organizam o serviço, o médico é um serviço mais separado, eu acho que assim, o agente de saúde dentro da unidade, ele **precisa do coordenador** lá, né, o coordenador, a gente tem que **rezar**, pra que venha um sujeito que **valorize** o nosso trabalho”.

Além da relação de dependência da coordenação, uma outra forma em que a relação de poder aparece no discurso do grupo III é por meio da expressão bastante usada pelos ACS “ TEM QUE” no sentido de ter que fazer algo. Ou seja:

1- ser obrigado a fazer algo

2- tal coisa deve ser feita.

Observa-se no discurso que sempre que falam de tarefas que acham que faz parte de suas atribuições usam a gente FAZ. E quando falam de tarefas que fazem por **imposição** e não acham que faz parte de suas atribuições usam a gente TEM QUE FAZER, variando o tempo verbal.

Exemplos:

III- “**tem que** parar porque tem medicação pra fazer”

III-“ **tem que** anotar tudo que vc faz pra provar que vc fez”

III-“ tem hora que a gente respira fundo e vai, vamo **ter que** fazer”

No caso de denúncia do conselho tutelar: “**tem que** ir lá para saber a situação”

III- “por quê que o agente de saúde **tem que** ir só fazer uma coisa tão desagradável?” (sobre visita para óbito)

III-“**Tem que** se apoderar daquele paciente” ( casos difíceis)

III-“**Tem até que** sair brigando com ela mesma” ( paciente difícil)

III-“**Tem que** fazer meio o trabalho de Psicóloga”

III-“**tenho que** subir e descer , são 35 minutos, e vai e volta”

III-“No CS é pau pra toda obra , tudo que vai fazer a gente **tem que** fazer”

III-“Exame alterados... você **tem que** levar”

III-“ é difícil porque tem dengue toda hora pra você fazer, então as suas atribuições mesmo, você **tem que** fracionar”

## **Agrupamento II**

Quando questionados se conseguem fazer tudo...

II-“A gente se programa”... **Prioriza..** ou **se divide**”...” É um trabalho coletivo”

II-“ a gente **cobra**” .. “ o ACS tem que cobrar da enfermeira”

Contam que tanto enfermeira quanto médicos saem para fazer visitas com eles a

pé.

Afirmam não gostar das tarefas burocráticas.

Dizem que eles mesmos priorizam suas tarefas:

II- “ ...**a gente comunica eles**, mas assim, você comunica pra enfermeira o que você tá fazendo e o que está acontecendo, mas ela não participa dessa nossa organização”

II-“.. Agora não, agora a gente tá **cobrando** da equipe que a gente vai pôr o nosso aqui depois **vocês se vira..**”

II-“Não encontra um número suficiente ali que acredita junto com você e fala vamo.” Solicitando trabalho em equipe.

II-“ Muitas vezes a gente tem que **colocar** eu acho que **limites**, né:- Oh não, olha, até onde eu posso ir é isso.”... “ mas não ser responsável por tudo também...”  
“...**impor limites**”.

### Agrupamento I

Quando questionados sobre o que mudariam no trabalho para melhorar, **hesitaram**:

I-“ **Tô pensando...**” (risos) O silêncio juntamente com os risos podem comunicar censura.

I-“Tem tanta coisa que agora fica **difícil de lembrar...** mas é na hora, a gente , nossa , eu mudaria isso, eu faria de outro jeito, mas **como eu não tenho esse poder**, mas agora eu não penso em alguma coisa específica não.”

I-“ **Eu não sei** , não tô lembrando de nada que pudesse, que pudesse ser mudado, não sei..”

Depois sugerem que a divisão entre equipes não seja tão radical de forma que não se pode deixar de atender um paciente sempre somente pelo motivo dele ser referência

de outra equipe. Estão se referindo ao modelo assistencial. Dizem que o trabalho está legal, funcionando legal, e voltam no passado: “ A **gente vai mudando devagarzinho**, a gente **já teve dias piores** lá, bem ruins e hoje em dia a gente já consegue mais ter uma certa colaboração de todo mundo. **Ainda não ta no céu, mas vamo abrir caminho pra lá.**”

Também verbalizam: “ ...tem alguns funcionários do CS que tem mais presença, maior, e que impõe mais e o que eles falam, meio que permanece, o que prevalece é o que eles falam... sabe aquele **medo de mexer** e causa aquela **confusão**? Então eu não quero confusão, não quero ninguém reclamando no meu ouvido, vamo deixar do jeito que tá...”

I-“ Eu não vou **mexer** porque não vai dar **certo**”

### Análises

Observa-se no agrupamento III que os ACS colocam a figura do coordenador como essencial na legitimação do seu trabalho e do seu lugar no CS. A coordenação na visão deles teria o poder de garantir o seu lugar, legitimando seu trabalho perante a equipe, mas também de prejudicá-los quando os obriga a fazer ações sem que tenham escolha. Essa relação com a coordenação denota que se não for a figura do coordenador para preservá-los ficam “inexistentes” perante o resto da equipe, como se esta não os valorizasse ou reconhecesse. Isto pode se dar pelo fato de não haver espaços coletivos democráticos onde eles possam ser incluídos, participar de discussões sobre o trabalho, compartilhar seu trabalho com a equipe. É um não lugar que só passa existir quando a coordenadora permite.

Também pode-se pensar que o papel deles precisa sempre ser definido especificamente pela coordenadora como se eles mesmos não tivessem autoridade nenhuma sobre suas ações. Parecem não decidir tanto sobre ações novas que devem ser criadas, quanto ações mais simples já contratadas em seu papel. Comunicam estar incomodados com isso, como é ilustrado na última fala exemplificada. Dizem no início da verbalização: “-**Tem uma coisinha...**”, isto é, passa a impressão de tentar minimizar ou disfarçar a indignação com o fato dos ACS necessitarem do coordenador para ser valorizado enquanto

outros profissionais não. Mas nem por isso têm força para “bancarem” suas ações sozinhos. Podemos considerá-los não empoderados mais submissos, dependentes.

Especificamente o uso da expressão TEM QUE, indica que os ACS fazem inúmeras tarefas que julgam não ser deles, denota um sujeito oculto, um silenciamento do sujeito da ação. Alguém, que não é identificado os manda fazer coisas que além de serem ações impostas, não podem ser questionadas pois não tem com quem falar já que o sujeito não é identificado . Então dito de outra forma, o sujeito da frase silenciado pode implicar em: Não se sabe quem obriga; não se pode questionar quem obriga; um papel solto do ACS. Isto pode ter relação com uma frágil identidade do ACS provinda das políticas, da própria pessoa do ACS e também das relações de poder dentro da unidade que acabam excluindo e abafando o ACS. As próprias condições de produção desse discurso produzem o efeito da falta de foco.

O agrupamento II demonstra ter mais autonomia e empoderamento para se impor. Parecem ter segurança em sua identidade profissional, em seu lugar. Selecionam suas ações conforme eles mesmos, sendo mais independentes. Usam palavras como **impor**, **cobrar** que representam essa idéia.

O agrupamento I apesar de verbalizar que já viveu um **passado** ruim, com menos espaço para eles, vocalizam o medo de se colocar. Talvez por utilizarem mais espaços coletivos conhecem de perto a força da hierarquia, das relações de poder e estão “congelados” com isso. Talvez tenham experimentado que falar os prejudica mesmo. Então aqui se trataria da qualidade dos espaços coletivos. Também podemos pensar que se ACS pensam que mexer causa confusão, devem temer os conflitos que o falar provoca. Falar dá trabalho, gera reações, mexe. Podem achar menos arriscado, mais cômodo trabalhar no Biomédico mesmo.

### 3) Papel /Funções

Sobre o que os ACS pensam sobre seu papel, funções...

### **Agrupamento III**

Este grupo refere inúmeras vezes sobre a diferença que houve entre o que falaram e ensinaram pra eles sobre seu papel e função e o que realmente fazem na prática. Falam de **decepção, frustração, de ter descoberto a verdade depois**. Uma fala exemplifica isso bem:

III-“Bom eu acho o meu trabalho muito importante, apesar de não ter conhecimento devido né, porque **todos nós sabemos o que fizeram com a gente agora, né?**”

Chegam a questionar, reclamar :

III-“ ...mas essa questão de prioridade que eu acho que às vezes **incomoda. O que eles acham que é prioridade, talvez não é o que eles acham.**”Estão falando que a equipe não pensa prioridades conforme eles pensam.

III-“ ...não é só o agente de saúde o responsável pela dengue, eu acho que teria que ter mais responsável pela dengue...”

III-“...tudo, tudo cai nas costas , isso é o que me **irrita**, tudo cai nas costas do agente.”

III-“**Qualquer coisa, vai com o Agente de saúde lá.**” Comentam como a equipe funciona.

Queixam-se repetidamente de que fazem inúmeras coisas que pensam não ser função deles, mas no momento em que se abre uma discussão sobre qual seu papel entram em dissenso e não conseguem definí-lo com clareza. Entre eles mesmos não fica claro seu próprio papel. Queixam-se de ações que julgam não ser deles, como se soubessem o que

não é seu papel, mas não sabem dizer o que é. Os **Dissensos** também aparecem em relação ao trabalho da equipe.

Tentam definir:

III- “É tudo uma questão de RH mesmo”/ “- Eu **acho que não** só uma questão de RH , eu acho que até tem quem poderia fazer alguma coisa, mas não faz porque tá muito ocupado conversando, muito ocupado no celular, no estacionamento, ta tomando café, ta falando do carro.” Usam a ironia.

III-“Tem coisas boas, você trabalha próximo da sua casa” / “...é de fim de semana cê sai cê tem que dar atenção porque a pessoa ta ali, cê não pode sair de perto, de férias...” “ Eu evito de sair de minha casa de fim de semana.”;

III-“ Eu não acho que só porque a gente mora que a gente conhece” /“ O certo seria trabalhar na micro-área”

III-“Pra nós não tem carro, mas pros bonitões lá tem”/ “o nosso trabalho é na rua, o deles não é”

III-“Nós é que tamo errada porque eles não fazem nada do que não é atribuição deles, mas agente faz, **a gente faz**”/ “ **eu não faço**, eu não faço”

Explicam literalmente que a equipe não sabe ao certo o papel deles:

III- “**Tá confundindo** um pouco nosso trabalho, até mesmo dos nosso colegas de trabalho” .III-“Esses enfermeiros que tão lá no Centro de saúde agora , no meu centro de saúde, eles não conhecem absolutamente nada do programa, **não sabem** o trabalho de um agente de saúde, qual, o que que o agente de saúde faz lá na rua, ou faz no centro de saúde, né, então eu acho que eles deveriam ser capacitados.”

Também falam explicitamente que eles mesmos se confundem :

III- “Às vezes cê tem **dúvida** se é função ou não da gente”

III- “-...a gente fica muito responsável por uma coisa que **eu não sei** se seria de toda a minha responsabilidade.”

Uma outra maneira em que a pouca clareza de seu papel é vocalizada pelos ACS deste grupo aparece no uso do verbo “FAZ”. Aparece muito timidamente no texto, significando talvez que são poucas as ações que os ACS fazem que julgam realmente ser parte do seu papel. Essa idéia faz contraponto com o TEM QUE já comentado anteriormente. Então no uso do FAZ aparece o sujeito que são eles mesmos, se autorizando a afirmá-lo. Parecem identificar-se com essas ações. (Independente do tempo verbal.)

Exemplos:

III-“As agentes de saúde **tão fazendo** trabalho de prevenção”

III-“Nós temos um grupo de Lian gong aqui no CS que agente **faz**”

Tais exemplos ilustram também que no momento em que os ACS vão explicar o que fazem que realmente acham que devem fazer se detém no discurso oficial aprendido da Prevenção sem explicar que ações especificamente são essas e também da prática alternativa do Lian Gong que sabemos que também foi imposta para eles num movimento vertical, de cima pra baixo. Então de qualquer forma repetem a submissão e as relações de poder instituídas. Não falam de ações de Promoção da saúde.

## Agrupamento II

II-“Tem paciente que precisa do seu **ouvir**, de carinho de atenção, entende? Não que outro profissional não consiga, mas dar um tempo também, se ouvir, olhar nos olhos, tem paciente que você oferece um copo de água, você conversa, você escuta e precisa muito dessa atenção, desse carinho, melhora bastante, leva isso até a equipe.”

II-“ o agente de saúde ajuda a levar até o outro profissional o que tá acontecendo e como que é a realidade ali e entender melhor por que ele não tá ali naquela vivência..

II-“ **Função é o que não falta.**” Falando de suas funções.

II-“A gente só não pode medicar, a gente só não medica por que **do resto a gente faz tudo**”

II-“Nós ACS, nós **viemos melhorar** essa questão com a população carente, com essa população de jovens..”

II-“Dentro do nosso limite eu acho **nosso trabalho legal**, mas daí aonde parte a complicação é você ter que falar não, mas o que você consegue realizar que são grupos que são né as visitas então dentro do seu limite o trabalho é gostoso.”

II-“ A gente cai junto, levanta junto, chora junto né, então essa parte é **gratificante**”

II-“ O agente de saúde tem que fazer essa amizade esse **vínculo**...É papel sim.”

II-“ Usuário ele sabe por exemplo, ele pode falar determinadas coisas que aquilo vai ficar entre ele e o agente de saúde. .. é adquire **confiança**”

II-“ por que **a gente tem uma informação** que o médico não conseguiria arrancar no consultório”

### **Agrupamento I**

I-“Ah, deram as listagens pra gente, deram nossas atribuições **a gente faz o que pode**” I-“Acho que vai muito do **limite de cada um** agente tem que aprender a olhar o outro o que a gente pode fazer que passaram pra gente e o que agente consegue fazer de melhor...”

I-“ É bastante e acho que **eles sabem que a gente não consegue cumprir tudo aquilo**, eles **não são doido** de achar que a gente faz tudo aquilo lá diariamente e que vai dar conta de tudo aquilo e a gente vai fazendo dentro das possibilidades e dos limites de cada um.”

I-“ eu **acho que a unidade tinha que filtrar** muitas coisas que eles pedem pra gente fazer”...

I-“... **Passa tudo** pro agente...”

Quando questionados se conseguem fazer todas as funções no dia a dia dizem : “...Consegue não tudo num dia só... **A gente vai por prioridade, né**”

Também recebem prioridades de outros setores: “ se cada setor tem suas prioridades chama a gente e diz: Oh , isso aqui é urgente tem que fazer amanhã...”.

Queixam-se, sentem-se empurrados a fazer coisas apesar de sua autonomia: “Então cada setor tem sua prioridade e a gente **tem que ir se encaixando ali** né, como a gente vai fazer?”

### Análises

Nos três agrupamentos os ACS fazem referência de fazerem muitas coisas, de terem muitas atribuições e também de serem cobrados e empurrados a fazer coisas. Entretanto no agrupamento II parecem ter mais **tranqüilidade** em sua prática, mostrando valor e prazer no que fazem. O agrupamento III parece ficar mais preso na **queixa** do que pensam que não devem fazer e apresentam-se **mais perdidos** com sua identidade e funções. Esse discurso de papel confuso, incerto, pode ser um reflexo de sua própria condição de produção que os ACS dizem ter sido distorcido, ou seja, na teoria disseram à eles que seu papel seria um, mas na prática foi e está sendo outro. Tanto eles quanto a equipe parecem não saber ao certo o papel do ACS. Como um lugar não institucionalizado.

Já o Agrupamento I demonstra-se mais firme, regulando o que acham que devem fazer e o que não devem fazer, mesmo se queixando que às vezes tem que se submeter à prioridade dos outros. Parecem **empoderados** para comunicar que todos sabem que o que é pedido pra eles fazerem não é possível de ser realizado totalmente. Tanto o grupo I como o II não vocalizam ter sido enganados pelo que foi dito de suas funções no

início, como ocorre no grupo III.. Ao contrário, afirmam que tomaram gosto pelo trabalho com o tempo mesmo tendo que cavar espaço na unidade.

#### 4)Ninguém/ Sozinho X Equipe

Sobre como se sentem ao realizar seu trabalho...

#### Agrupamento III

Neste agrupamento identificou-se dois temas bastante recorrentes na fala dos ACS:

1- Sentirem-se obrigados e submetidos a fazer tarefas que julgam não ser deles ou apenas deles;

2-Sentirem-se excluídos e desvalorizados.

Juntamente com isso observou-se uma palavra usada repetidamente no texto: NINGUÉM. Ninguém no dicionário Aurélio significa:

1- Nenhuma pessoa.

2- **Indivíduo de pouco ou nenhum valor**, merecimento ou importância.

Inúmeras vezes os ACS falam de “**ninguém**” sempre se referindo à idéia de que nenhuma outra pessoa além deles faz determinadas tarefas que eles fazem. Como se falassem de certas tarefas que deveriam ser de todos. Então, ao mesmo tempo que falam de que apenas eles fazem e nenhuma outra pessoa faz, também se identificam com o “ninguém”, ou seja ninguém é nós (**Ninguém = Nós**). Ninguém resulta em nós que também significa indivíduo de pouco valor. Entende-se que a palavra ninguém representa para eles tanto o fato de fazerem tarefas sozinhos quanto de terem pouco valor. Assumem essa identidade de pouco valor:

III-“**Ninguém** se prontifica a ajudar o usuário”

III-“Não tem **ninguém** pra ir” (na casa do paciente)

III-“A gente faz um trabalho que **ninguém** nem olha”

III-“Eles não desloca o pé do centro de saúde, **ninguém, só nós**”

III-“Antes **ninguém** se interessava...” (referindo -se a um caso difícil)

III-“ **ninguém** teve a iniciativa” ( Referindo-se a falta de trabalho de equipe)

III-“**Ninguém** vê o que você fez lá trás”

III-“Quando não é interessante pra eles **ninguém** escuta”

III-“ **Ninguém**, nem auxiliar, **ninguém** num desloca o pé pra fazer coleta domiciliar, aqui, na nossa unidade.”

III-“ Mas não é tudo que o CAPS apóia, isso é do CAPS , isso é do CS e o CS fala que é do CAPS, e o CAPS fala que é do CS, aí é de quem? Não é de **ninguém**.”... “- **Qualquer coisa, vai com o Agente de saúde lá.**”

Outra forma deste sentido ser representado aparece por meio da repetição das palavras **SÓ, SOZINHO** sempre especificando a forma como realizam as tarefas, no sentido de restar para eles ações mais difíceis e trabalhosas que a equipe não quer fazer e como se não tivessem escolha de fazer ou não fazer. “Só, sozinho” também denotam a idéia de sentirem-se excluídos.

Segundo o Dicionário Aurélio:

**SÓ**-Desacompanhado, solitário; único; afastado da convivência, isolado; desamparado,solitário,desajudado.

SOZINHO- Completamente só; abandonado, largado, desamparado; solitário; que não tem nenhuma ajuda ou assistência; sem intervenção de ninguém.

Exemplos:

III- “...é você e o usuário **só**”

III- “...você se sente **só, sozinho**”

III-“...será que é função da gente **sozinho** fazer uma coisa tão desagradável?(Visita para óbito)

III--(Sobre casos difíceis) “...nós somos tudo nesses casos... porque nós estamos praticamente **sozinha**”

III--“Parece que o paciente é **só** seu, não é da equipe” É como se a doença fosse da equipe e o paciente do ACS.

Ao mesmo tempo nota-se que às vezes os ACS referem-se ao **SÓ NÓS** não só como uma queixa de estarem sozinhos sem ninguém, mas também como uma busca de preservação de seu espaço, como se quisessem dizer:- “saí pra lá que isso é nosso, só nosso, só nós sabemos fazer isso, dá licença que esse é nosso espaço”. Talvez numa reação a exclusão que sentem, precisam se defender para sobreviver, proteger sua identidade. Isto denota ambiguidade deste discurso. Queixam-se de fazerem sozinhos, mas repetem o isolamento para preservar seu lugar.

Uma das raras vezes que verbalizam sobre equipe aparece assim:

III-“No início **era** gostoso... é lindo não é,... a sua **equipe**...” Referindo-se ao **passado**.

## Agrupamento II

II- “ O papel do ACS é fazer justamente isso né, saber o que tá acontecendo e trazer esse problema aqui de forma diferente né, por que a gente é como se fosse um usuário , nós somos usuário mesmo, acho que era isso que faltava, tanto que quando nós **chegamos** foi um susto né, ninguém queria a gente e a primeira reunião de **equipe** só faltou **expulsar a gente** da sala, o que vocês tão fazendo aqui, ninguém queria o agente de saúde, é complicado ser aceito na unidade e fazer parte dessa unidade igual **hoje**, é, a gente vai trazer mais trabalho, né, ia descobrindo o que ia fazer e isso não chegava, tinha muita gente que ... os **médicos** nem sabia o que estava acontecendo”. Observa-se o jogo de **presente e passado**.

Referem que o trabalho em equipe hoje é legal e que hoje a unidade está bem melhor.

II-“Eu acho que a diferença **hoje** não existe, porque antes a gente chegava com um caso que a gente encontrava na rua, só atravessou e só trás problema aqui pra dentro né, por que cada caso cabeludo assim pra dizer: Oh, cês precisa me ajudar por que eu não tô conseguindo, aí existia sim uma crítica, agora **hoje em dia não**, hoje em dia o médico , o profissional **médico** ele **exigem que a gente esteja na reunião** por que ele vai perguntar : e como que é a casa dessa pessoa?, como que é essa pessoa?, o que cê acha?, porque cê acha que a situação tá assim?, então **eles descobriu que a gente é um recurso** pra ele poder tratar o paciente dele.”

Comentam: “**A Dra. X** solicita a eles: dá uma olhada pra saber o que tá acontecendo...”

II-“Então você sabe o que acontece dentro da casa e tem como passar pra **equipe**, pro médico, pro enfermeiro, o que tá acontecendo e o que aconteceu pra ele dar o encaminhamento. É uma parte **legal** do trabalho.”

II-“ na **equipe X** a gente tá montando um **esquema** de primeiro vai a gente, depois vai a auxiliar que é mais próxima desse paciente, depois a enfermeira e se mesmo assim ele não vim, o médico vai visitar ele, mesmo ele não sendo acamado..”

II-“ dentro de uma **equipe de referência** você usa todas a suas possibilidades”

II-“ O grupo, o grupo que tem dentro da **equipe de referência** da gente é legal todo mundo participa agora quando é na unidade um grupo que vai visa a unidade de todos os ACS no caso independente da equipe, esses aí não funcionam”

II-“ Acho que precisa ofertar o que você tem dentro do CS, você **passa o caso pra equipe** e vê o que você pode ofertar pra eles, o que que, grupos... vai tentando inseri-lo aí nas atividades”

II-“... a partir do momento que **foi discutido tal**,.. então eu acho que a gente tem esse **respaldo sim da equipe** como um todo”

II-“ Se eu não tiver apoio, meus paciente mental... eu não sei nem o que eu faço” Falando ainda do respaldo da equipe.

II-“Mental hoje tá bem melhor aqui pra nós”. Explicam que hoje tem **equipe** de saúde mental e podem contar com esta para os casos mais graves.

### **Agrupamento I**

I-“Em caso muito difícil **a gente tenta trabalhar em equipe**...então onde a gente conseguir recurso a gente tenta né, agente tenta só coma gente mesmo né, e aí se não dá certo, **a gente leva pra equipe**, leva pra reunião de caso, ...”

I- “Em alguns casos eu **não sinto a equipe toda envolvida**, em muitos casos.”

I-“ Eu não sei, assim eu não vejo você levar uma caso pra **equipe** e todo mundo se empenhar , em fazer parte , eu não sei se a equipe deslida, se é interesse ou se cada um fazendo o que vem a cabeça...”

I – “ Se a gente for falar, a gente da **equipe X** não tem esse problema não, todo mundo se envolve e resolve todos os problemas.”

I- Falando da equipe de saúde mental: “... que **com a chegada da equipe melhorou** pra gente e pro paciente né, porque a gente já tem um respaldo ali no Centro de saúde...”

### Análises

Como já foi analisado o agrupamento III sente-se excluído e não conta com a equipe, além disso, sentem-se com pouco valor, inferiores. As análises do vocabulário **ninguém** e **só, sozinho** mostram isso. Inclusive a frequência com que a palavra **equipe** aparece durante os grupos focais é maior no agrupamento II e I. Quando aparece no grupo III está associado ao tempo **passado** em que havia divisão de equipes e **hoje** não mais. Verbalizam sentir falta. Outra análise possível é a de que principalmente na primeira e a última falas exemplificadas deste grupo denotam que a relação do paciente com o CS se traduz apenas pela relação entre ACS e usuários. Os ACS ficam isolados com os pacientes talvez porque quando levam os fatos para a equipe, não fazem eco, ou seja a equipe não os vê, não os escuta.

Especificamente no agrupamento II o jogo de presente e passado é bastante presente dando a impressão de que no início os ACS não tinham espaço na unidade, mas depois o conquistaram. Parecem ter o reconhecimento e respaldo da equipe e às vezes isso aparece diretamente representada na fala e na figura do médico. Demonstram **trabalhar junto, planejar ações juntos**. Um ponto talvez questionável e exemplificado na fala que descreve uma ação em grupo é que o grupo chega a funcionar se for da equipe, mas não se for da unidade. É como se a identidade de equipe ficasse mais forte do que a identidade de CS. Este fato é questionável quando se trata da divisão em equipes de referência pois é bom quando se pode trabalhar em equipe, dividindo o trabalho, mas o fato das equipes formarem “ilhas” de forma a cindir o CS pode prejudicar o trabalho como um todo.

O agrupamento I fica dividido em poder contar com a equipe ou não, mas mesmo assim estão discutindo a **qualidade do trabalho em equipe** enquanto

comparativamente com o Agrupamento III ainda ficam muito isolados como se nem críticas ao trabalho em equipe pudessem fazer pois este não existe. O grupo I parece contar com a equipe de forma rotineira.

### 5)Arranjos/ Espaços coletivos

Sobre reuniões...

#### Agrupamento III

III- “**Dividia** com a equipe um **poblema**, **hoje** você se sente só, **sozinho**”.

III-“**Era** uma rede de apoio...”

III-“...nunca vem um elogio pra falar pra você, **nunca vem uma reunião** pra falar...”

#### Agrupamento II

II-“ ...na segunda feira passada teve **reunião**, na terça, na nossa equipe, os problemas que as **agentes falaram** mais nos nossos pacientes...”

II- “Até mesmo pela Odonto que na **reunião de equipe** também participa, então a gente já conhece o paciente, já” .(Referindo-se a discussão de casos)

II- “ Eu mudaria assim, a forma de, do trabalho deles, é assim como a gente **tem que ter , parar pra reunião de equipe**, pra reunião do hipertenso, eles também poderiam se deslocar da onde estivessem e tivessem outros que os substituíssem”

II- ... Mudaria assim reunião de equipe, **todos tem que participar**, né porque ali assume um compromisso, ali que assume um compromisso com a comunidade que a gente pretende”.

### Agrupamento I

I-“Daí o caso é discutido na **reunião**”

I-“Tem dia que a gente cansa e fala “nossa não agüento mais, mas aí ta sempre lá **nossa reunião** a gente diz:“ não é assim tem que ter paciência, tem que continuar lutando”

I-“Agente chama senta e conversa e a pessoa até melhora.. e depois a gente passa isso na **reunião** pra decidir se isso é avaliação junto ali como o Psicólogo e com o clínico para poder fazer avaliação junto...

I-“ ... a gente fica reivindicando direto nossa salinha , **toda e qualquer reunião** que tem a prioridade é salinha pros agente, mas até agora não aconteceu nada.”

I- “...no nosso CS acontecia muito isso, **foi discutido na reunião e melhorou bastante...**”

I-“... **Foi conversado e depois resolveu...**”

Chegam a priorizar suas ações em função de levar caso para a reunião: “... por exemplo, tem um relatório pra gente fazer de uma família que vai passar na terça feira na **reunião de equipe** esse caso pra levar pra Psiquiatra, então a gente sabe que vai passar na terça então tem que fazer isso hoje...”

### Análises

No agrupamento III as raras vezes que usam a palavra reunião é para dizer que não há mais e que sentem falta desse espaço. Nessas falas os ACS vocalizam sobre espaços coletivos de uma forma como se em uma época anterior, no **passado**, houvesse tido espaços coletivos, reuniões de equipe, com regularidade e referem que nesse tempo se sentiam bem melhor, sendo escutados, fazendo eco na equipe e trabalhando junto com eles. Menos

excluídos, mais ouvidos. O agrupamento II vocaliza sobre reuniões parecendo este espaço fazer parte de seu cotidiano. Mesmo assim solicitam enfaticamente que queriam e acham justo que **todos participassem** como eles dando a entender que a participação da equipe ainda é irregular e não uniforme. Gostariam de quebrar a hierarquia, horizontalizar, diluir o poder. O agrupamento I como o II parece contar com o espaço de reunião em seu cotidiano e além disso são os únicos que referem ter discutido algo em reunião e ter alcançado resolução.

Tanto no agrupamento II como no I as palavras **equipe** e **reunião** aparecem diversas vezes acompanhadas dos possessivos **minha** e **nossa**, dando uma conotação de inclusão dos ACS, o que não ocorre no agrupamento III.

### 6) Não-ditos

Dentre tantas falas há algumas que sofrem silêncios...

### Agrupamento III

III-“-Bom eu acho o meu trabalho muito importante, apesar de não ter conhecimento devido né, porque todos nós sabemos **o que fizeram** com a gente agora, né?”  
Fica subentendido.

III-“Se fez certo você não fez mais do que sua obrigação, mas se você fez errado..., entendeu?”

III-“vc tem idéias e tudo...”

III-“Então, eu gostei da idéia...que a gente ficou sabendo o que seria o programa...só que a gente se decepcionou...porque não funcionou **da forma que foi dita...**”

III– “**desculpa** falar, mas o que acho assim da dengue...”

### **Agrupamento I**

I-“Ficou muito cômodo, tanto para o morador como pro funcionário, porque antigamente quando não tinha o agente você fazia um exame e ia lá saber o resultado, mas hoje, as pessoas pensam :” ah! Se der alterado a agente vem atrás de mim então vou ficar despreocupado e nem vou lá no CS”. Ou então o médico não ia , a pessoa ia lá é chato né, eu sei, a pessoa chega e : “o médico não pode vir hoje, então vou remarcar, você volta outro dia, a pessoa deu pernada e tudo mas não é o fim do mundo também, né, quantas vezes não aconteceu isso comigo, com o meu filho, quando não tinha o agente , então é que nem a X falou esse tipo de coisa né,, **é só a gente falar que ...**” Silenciam.

### **Análises**

Nas duas primeiras falas dos ACS do agrupamento III interrompem o que iam dizer significando que poderiam ser prejudicados se falassem o que pensam. Silenciam, censuram. É o silêncio local. Na terceira fala indicam ser silenciados pelo outro quando tem idéias, não podendo se manifestar tanto em falas quanto em ações. Na última frase os ACS interrompem a fala sem explicitar o que foi dito pra eles não dizendo no grupo focal. No Agrupamento II não foram encontrados silenciamentos significativos. No agrupamento I o comportamento deles durante o grupo focal mostrou que estavam com mais receio de dizer as coisas apresentando-se mais tímidos ou apáticos. Talvez o medo de falar, já referido nesse texto, estava presente também durante o grupo focal.

Outras forma de não-ditos aparecem diversas vezes durante o grupo focal nos três agrupamentos quando em momentos de temas e discussões polêmicos algumas pessoas cochicham entre eles não sendo possível captar tais falas nem por meio da audição, nem da gravação.

Também é de grande importância salientar a possível interferência do pesquisador no grupo focal, pois o fato da pesquisa ser feita pela Unicamp e por gestores da rede conjuntamente, não sabemos que tipo de fantasias que os participantes da pesquisa poderiam fazer do intuito da pesquisa. Então não sabemos quão seguros, estavam para dizer o que realmente pensavam. Poderiam temer dizer com o receio de retaliação ou serem prejudicados por assumir certas posturas, idéias, fazendo um jogo de antecipação.

### **7)Modelo Biomédico**

Sobre a interferência do paradigma biomédico...

#### **Agrupamento III**

Referem que os médicos não conhecem os usuários nem o território, evidenciando uma clínica não ampliada, focada apenas na doença e esquema queixa-conduta, sem contextualizar o sujeito. Também não conhecem ações alternativas.

III-“Eles **não conhece gente**”

III-“Eles deveriam se capacitar, saber o que é o trabalho do agente, porque eles **não sabem**”

III-“Eles não conhecem absolutamente **nada**, não sabem o trabalho de um agente de saúde”

III-“O **médico não tem noção** de que lá onde ele mora não tem esgoto, então a gente tem noção disso, agente mora aqui...”

III-“A solução pra mim seria prevenção, mas o **povo** não quer”

III-“... **as pessoas** tão acostumadas a fazer tratamento, não para se prevenir, não **tempo** pra parar pra prevenção , só consegue parar quando já é um caso pra cura mesmo.”

III-“ Porque o paciente quando convidado não vai, porque eu sou agente de saúde, mas **se uma médica mandar, aí bom...**”. Aqui estão comunicando que só quando os médicos encaminham para os grupos que os usuários comparecem.

III-“-...tem pouco recurso... falta muita coisa... **falta** muito **médico**...os pacientes, às vezes ele quer alguma... quer aquilo.. e a **gente não tem como oferecer.**”

III-“- Não tem **tempo** de fazer prevenção, né porque como muitas vezes se vê como um PS, **não tem como o médico fazer prevenção**”

## **Agrupamento II**

II-“...Os profissionais com o tanto de **demanda** que tem, talvez não tenha esse **tempo** de ouvir mais né, eu acho que o agente de saúde tem um tempinho maior, né ”

Referem que o **Programa de saúde da família** melhorou a **visão** da equipe sobre **doença**: “**Antes** era ruim e **agora** melhorou”. Diferenciando passado e presente.

II- “ Quando a gente não tinha o saúde da família, a gente não tinha aqui em Campinas, às vezes tratava só a doença do paciente e **não via um todo** né, que era a família e agora a gente descobre que muitas vezes **a doença não é só daquele indivíduo**, teve doença por causa dos problemas que teve na família que a gente precisa das outras pessoas pra aquela pessoa sarar”

II-“ ...e tá passando a 4, 5 meses só com o atendimento de enfermagem e com seus problemas lá em cima, essas pessoas estão hoje **vivendo sem médico**...o que tá faltando mesmo em Campinas, não sei se é só pra nós ou se é em Campinas, é profissional médico... e aí eu vejo até um pouquinho como frustrante , você está lá dentro e **não pode .... fazer nada** né, você não é **médico.**”

II-“ Eu gosto, é bem particular meu, gosto de chegar com o **médico** na casa da pessoa”,

“ Nossa eu também gostaria” ... “ e é gostoso porque a gente vê que aquele papel que a gente... é proposto pra gente a gente tá conseguindo realizar” . Parecem sentir que só realizam seu papel completamente se têm a ação do médico para oferecer. É Como se o que fizessem como ACS fosse muito pouco.

II-“Eles não aderem, os nossos funcionários...acho que é por conta da **demanda...**”

II-“Eles não conseguem ainda visualizar onde tá, que mudou né, que mudou, que **agora** não é só aplicar injeção, dar vacina, que não é só dá o remédio pro paciente **é mais coisas que ele tem que fazer**, que ele tem que mudar a forma do trabalho dele.”

II-“... é que é **falta de tempo** deles também né, de poder sair da onde eles estão”

Falando sobre as atividades grupais:

II -“ **Ficou só o agente** de saúde” Aqui a palavra “ só” pode ter o sentido de que os ACS pensam que um grupo apenas com agentes é insuficiente, fraco. Talvez pensem que com o médico seria muito diferente. Podem estar na dependência do biomédico.

### **Agrupamento I**

I-“se coloca grupo eles não aparecem mesmo”. Falando de usuários.

I-“Eles queriam no dia do grupo, cada um senta e fala **individual com o médico...**”

Identificam inúmeras funções deles inclusive orientação e prevenção, mas na discussão aparece:

I-“**A gente trabalha pouco prevenção, fica sempre com prioridades**”. Podem estar falando que ficam com as prioridades biomédicas que excluem prevenção.

I-“Se agente não tivesse que trabalhar tão correndo eu acho que a gente conseguia trabalhar mais com a prevenção que acho que era o objetivo maior desse programa de ter a gente aqui como agente de saúde. Aí **encheram a gente de coisa pra fazer, a gente não consegue** fazer um grupo de hipertensos direito, o Lian Gong é reduzido, a ginástica postural é reduzida, porque você não tem **tempo** para fazer essas coisas, na realidade eu acho que seria o foco mais importante da profissão”.

I-“A gente vê que **para a pessoa melhorar tem que ... precisa do social**, a pessoa muitas vezes tem que se envolver numa atividade de artesanato cultural, ter coisas pra fazer ou trabalhar né, e isso falta, como emprego e coisas assim, nessa parte social, nossa área, a gente praticamente não tem, então a gente para ali é medicação, medicação e a terapia que a gente tá tentando implantar lá. E o que a gente tem a oferecer é ouvir, é conversar, é visitar, mas é uma área que **a gente não consegue por enquanto fazer muita coisa não.**”

### Análises

O agrupamento III queixa-se da visão limitada que o médico tem do usuário, mas parecem repetir eles mesmos a visão biomédica quando justificam que os médicos não trabalham de outra maneira por causa de **tempo**. Também queixam-se de que o usuário não consegue ir além do biomédico. Colocam a culpa no **outro** por não conseguirem fazer prevenção. O agrupamento II apresenta em alguns momentos um discurso que iria além do biomédico, mas muitas vezes repetem este paradigma justificando na falta de **tempo e demanda** como o agrupamento III faz. Em outro momento oscilam mais fortemente quando falam que não dá para fazer **nada** sem o médico. Referem-se ao passado como se antes a visão sobre processo saúde-doença fosse mais limitada conseguindo ampliar nos dias atuais mas ao mesmo tempo solicitam que os profissionais ampliem esta visão como se ainda não estivesse suficiente, boa.

O Agrupamento I apresenta seu discurso mais voltado pra eles mesmos, verbalizando que o modelo biomédico cria obstáculos para suas ações. Assim o grupo III e II dizem: “ Eles não fazem” e o grupo I : “ Nós não fazemos, mas deveríamos fazer”. O agrupamento I defende ações alternativas ao modelo curativo mais explicitamente quando fala do **social**. O grupo I é o único que defende a intersectorialidade como solução para a “ melhora “ dos pacientes. Isto está exemplificado na última fala desse grupo. Também observa-se nesse grupo um diminuição importante do uso da palavra **médico** e **doutor** durante o grupo focal se comparado com os outros dois agrupamentos (III e II). Isto pode significar um grupo sendo menos médico centrado. Talvez esperem menos dos médicos as soluções para os problemas de saúde e mais independência em suas ações.

### 8)Desvalorizados X Valorizados

Sobre como se sentem...

#### Agrupamento III

No final do grupo focal numa discussão final foi questionado o “saldo” em trabalhar na atenção básica. Os ACS do agrupamento III só conseguem falar deles, não falam do trabalho da equipe, nem dos objetivos da atenção primária. Vocalizam que gostam do seu trabalho, mas enfatizam o que sentem mais falta. De **reconhecimento e respeito**. Verbalizam o desvalor e a exclusão que sofrem:

III -“ ...fui descobrir que o trabalho era esse na medida que eu fui fazendo capacitação... e fui tomando gosto.”

III-“ Eu acho o **agente de saúde muito importante**, eu acho que o agente não pode faltar mais... mas eu acho que ele pode ser muito mais bem proveitado, enquanto **sujeito...**”

III- “ Eu falo como paciente que também sou, eu acho muito importante, porque **muita coisa dá pra gente**, muito paciente a gente descobre que não tem acesso mesmo, que teria que conhecer, eu acho, que **talvez não tenha noção** do quanto durante esse tempo que nós tamo lá, **quantas doenças nós evitamo**, não só dengue.”

III-“ Eu acho que quando a gente chega com uma demanda, como agente de saúde, que foi lá na rua e viu, **muitas vezes** você chega, fala com os enfermeiros, ou com alguém lá da **equipe** e a **pessoa não quer nem saber daquilo**, a gente não tá á toa, a gente não viu aquilo á toa, então também um pouco de **respeito** como o nosso trabalho.”

III-“ Isso me deixa com **muita raiva** ainda até hoje dentro do centro de saúde é que tem muitas pessoas que sabe que a gente entrou lá faz sete anos, que é a maioria de nós, chega e fala : -“ qual é a sua equipe mesmo? E ás vezes **nem sabe o nosso nome...**”

III-“São pessoas humanas que **tem que ser valorizado, não importa quem seja.**”

## Agrupamento II

II-“ Hoje sim, por que quando nós chegamos... **hoje o agente é fundamental** pra equipe de referência, **nós já somos respeitados** pelas enfermeiras e pelos médicos eles **reconheceram** o nosso trabalho e se sentem **necessidade** eles vão conversar com a gente, então a **voz nossa** na equipe é bem diferente”

II-“...eu gosto de tá ajudando o paciente...de tá sentindo o problema deles e de ajudar de alguma forma, e **você sente que tá ajudando e é muito bom** isso.”

II-“ ...o **agente de saúde ajuda** a levar até o outro profissional o que tá acontecendo e como que é a realidade ali e entender melhor porque ele não tá ali naquela vivência...”

II-“ ...nós agentes de saúde **nós viemos melhorar** essa questão com a população carente, com essa população de jovens...”

II-“...eles descobriu que a gente é um recurso pra ele poder tratar o paciente dele.”

### Agrupamento I

I-“Quando a médica vai passar o caso na nossa equipe, aí ela leva o caso, aí ela tem uma visão do caso aí ela fala assim: -“ E como é a dinâmica dessa família?”, **aí a gente conta, dependendo do que conta muda totalmente a visão** que ela tinha do paciente dentro do consultório.”

I-“... às vezes a médica vai passar o caso e ela tem a visão de que ela viu o paciente lá dentro do consultório, aí na hora da reunião, aí ela fala pra gente:- “gente eu trouxe um caso assim, **quero saber mais de vocês** porque...” e passa.... Quando a gente começa a contar a história da família.... **aí ela já muda** a primeira visão que ela teve daquele problema..”

I- “**Se não tivesse a gente pra ter esse vínculo** pra saber o que tá acontecendo com as famílias **não chegaria essas informações** até a médica, a pessoa não conta”

### Análises

Na expressão “Muitas coisas dá pra gente” na terceira fala do agrupamento III explicitam que acham que trabalham bem, mas também sofrem o “jogo de empurra” por parte da equipe que os impõe tarefas que não são prioritárias na visão deles. Em outras falas, vocalizam a identificação deles com os usuários. Sentem-se tratados pela equipe com o mesmo desvalor que a equipe trata os usuários. Parecem gostar do trabalho, mas enfatizam muito a questão de não terem reconhecimento da unidade sentindo-se desvalorizados e não ouvidos. Na última fala do agrupamento III utilizam o “Não importa quem seja” denotando que os ACS consideram que existe um tipo de gente de pouco valor, mas que mesmo assim **devem ser respeitados**. Isto mostra o pré-construído presente no discurso aprendido por eles. É como se assumissem que são inferiores mesmo. Em

contrapartida, tanto no agrupamento II, como no I os ACS parecem dar valor ao seu trabalho e obter reconhecimento da equipe. O agrupamento II enfatiza o tempo de passado e presente dizendo que **hoje** é diferente, comunicando que antes não tinham esse reconhecimento. E no grupo I, aparece um reconhecimento da equipe ainda maior quando verbalizam que os outros profissionais solicitam regularmente a visão, o olhar específico que os ACS tem.

## Síntese das análises

Em síntese pode se observar que há características comuns e diferentes entre os agrupamentos. Ocorre mais diferenças entre os grupos III e I do que entre estes e o II, e às vezes é possível observar no agrupamento II gradientes, níveis intermediários entre III e I.

Todas as unidades usam espaços fora da unidade, mas não há intersectorialidade. As equipes como um todo inseriram poucas atividades com a comunidade em sua prática. Os ACS realizam a maior parte de atividades abertas para a comunidade, mas ainda insuficientes. O agrupamento I é o único que refere uma comunidade que se organiza, mas ainda cindida do CS. Não há redes sociais. Não se sabe se o empoderamento da comunidade está associado ao maior empoderamento dos ACS do grupo I, pois o grupo II também se apresenta mais autônomo e nem por isso as comunidades se organizam sozinhas.

Nos três agrupamentos as ações de Promoção de saúde ficam limitadas já que a relação da Unidade com o território é ainda distante e estaciona no ACS, quando ocorre. Parece que o usuário e seu território não são muito considerados pela equipe.

Como já referido, o grupo II e I apresenta-se mais autônomo e independente enquanto o III ao contrário, submisso. Os agrupamentos II e I constroem ações conjuntas com a equipe, discutem prioridades do seu trabalho. Apesar de se queixarem de sobrecarga e do fato de profissionais e usuários “empurrarem” tarefas para eles que julgam não ser deles, colocam limites aos dois de forma independente. Cobram tarefas da equipe, pressionam equipe para o trabalho. O uso maior de espaços coletivos pode ter criado condições para isso por meio da circulação mais democrática da palavra. Podem ter opinião, construir juntos suas ações.

O grupo III está mais inseguro em relação ao seu papel e “estaciona” na queixa de ser obrigado a fazer tarefas que julgam não ser deles. Este agrupamento, que não usa reunião, não permite uma identidade mais segura dos ACS, e autonomia em seu trabalho, ficando muito dependentes da figura do coordenador, parecendo ser o único com que tem acesso. Queixam-se de que a equipe nunca reconhece seu trabalho, assemelhando-se a um

discurso mais “infantil”, dependente do outro, menos autônomo, como se não tivessem poder algum de questionamento ou construção conjunta

Já os grupos II e I parecem ter suas funções e papéis bem mais claros e parecem ter força de peneirar e controlar suas ações também conforme o que pensam ser prioridades além das ditas pela equipe. Apresentam-se mais autônomos, mais empoderados. Isto pode também ocorrer devido as condições criadas por espaços em que os ACS conversam com outros profissionais sobre as ações de saúde e o processo de trabalho.

O agrupamento III sente-se sozinho, excluído, enquanto o II e o I trabalham freqüentemente junto com a equipe, sentem-se parte da equipe, incluídos. Tem espaço na unidade. A equipe no agrupamento I inclusive aparece com freqüência solicitando e necessitando do olhar dos ACS e não somente o ACS solicitando a ajuda da equipe.

O grupo III pensa que reunião é importante, mas não tem esse espaço e queixam-se muito disso, inclusive durante o grupo focal pareciam estar sufocados e ter encontrado naquele espaço um canal para desabafo. O grupo II usa reunião, mas queixa-se de uma maior participação de todos comunicando que ocorre de forma desuniforme principalmente no que diz respeito à participação de médicos. O agrupamento I conta com a reunião, mas sente-se impotente para questionar fatos, situações. Admitem medo de mexer e causar confusão.

Durante os grupos focais, dos três agrupamentos, os ACS comunicam tanto objetivamente como sutilmente que tem receio de falar. Pensam que podem ser prejudicados. Mas o ponto que mais chama atenção é o de que o agrupamento I, por usar mais arranjos poderia ser mais empoderado para questionar. No entanto, estes ACS demonstram-se empoderados para diversas ações, mas perante a equipe ainda parece prevalecer o medo como já referido anteriormente. Talvez conheçam de perto que nas reuniões, que o circular da palavra ainda não é “tão” democrático. Há uma forte hierarquia nas UBS. Também podem ter percebido que falar pode provocar conflito, dá trabalho. Talvez seja mais cômodo trabalhar só no biomédico mesmo. Em uma fala já apresentada dizem que é melhor deixar do jeito que está mesmo. Inclusive no grupo focal o grupo I foi o que se demonstrou mais apático, tímido.

O grupo III e II apresentam-se mais médico centrados e o grupo I menos. Neste último chegam a defender uma visão de processo saúde-doença menos biomédico. Falam da importância do social, da intersetorialidade nas ações de saúde. Isto também pode se dar pela maior oportunidade de trocas dos diversos olhares dentro da equipe.

O agrupamento III se sente desvalorizado, sem fazer eco e o grupo II e o grupo I sentem-se reconhecidos, têm lugar na equipe. Esses dois últimos comunicam ter lutado por espaço no passado para conseguir isso hoje. Tanto no grupo I como no II os ACS referem-se ao passado como pior. Quando questionados de como está o serviço, eles enfatizam que no presente atual está melhor. Referem-se ao espaço e reconhecimento obtido por parte da equipe. Ao contrário do que ocorre com o grupo III, que se refere ao passado como sendo melhor, enfatizando que bom era o tempo em que havia reuniões nas unidades. Talvez o II e I tenham alcançado o que o grupo III ainda não tenha alcançado. O Arranjo pode ter criado condições para isso.

Estas observações podem indicar que o maior grau de implantação de arranjos, mais especificamente de espaços coletivos, como as reuniões, pode quebrar, diluir a questão médica ou seja, pode criar uma identidade do grupo enquanto equipe e não tão médico centrada. Isto, conforme já foi dito favoreceria o empoderamento dos ACS, sua identidade profissional, seu valor, seu reconhecimento, sua autonomia. As possíveis trocas “democráticas” em espaços coletivos também podem ter neutralizado a exclusividade do “médico” e dividido o poder entre os outros profissionais.

Não há como negar que através da comparação entre os agrupamentos o discurso do grupo III, repleto da queixa de ausência de reunião pode ter relação direta com o fato real de não haver mais divisão por equipes como referido em momento passado nos centros de saúde deste grupo impedindo a ocorrência de reuniões de equipe de fato. Referem que no tempo do PSF-Paidéia era melhor.

Outro aspecto importante observado no discurso dos ACS é o fato de sentirem-se muitas vezes identificados com os usuários. Em alguns momentos não ouvidos e excluídos. Se em muitos momentos os próprios ACS apresentam-se distantes da equipe, os

usuários então, apresentam-se mais distantes ainda. Se os ACS que estão dentro da unidade enfrentam obstáculos para ter voz, que dirá os usuários.

Percebe-se em síntese que o discurso nunca é inteiramente claro. Apresenta oscilações e dispersões. Em alguns momentos pode-se afirmar sentidos e em outros negá-los. Se isto ocorre com qualquer discurso pensamos que em grupos focais o discurso pode ser mais flexível, volúvel, ainda do que em textos escritos, por exemplo. Consideramos a situação do grupo focal um espaço maior para a manifestação da complexidade do discurso. Isto se confirma no discurso dos ACS. Constroem idéias num momento e em outro desconstroem. Contudo, mesmo com estas nuances das falas avaliamos Paráfrases constantes. Sentidos principais que foram sendo reafirmados o tempo inteiro de diversas formas diferentes. Pensou-se qual a condição de produção desse discurso. Os ACS são os profissionais de saúde mais inferiores de um centro de saúde no que diz respeito à escolaridade e remuneração. São representantes da comunidade. Este contexto coloca uma condição de produção do discurso deles de uma forma peculiar. Também sabemos que as metas principais dos ACS, Promoção e prevenção, ainda não tem muito espaço nas ações de saúde na atenção básica ao contrário do que ocorre com o espaço para o biomédico.

O ACS está colocado num lugar de ambiguidade. Seu papel é um lugar de conflito. Os ACS são tanto parte da comunidade, como parte da Unidade básica de saúde. Sentem-se muitas vezes no lugar dos usuários representantes da classe “oprimida” e outras vezes no lugar de profissional de saúde representante da classe “dominante”. Percebe-se no discurso dos ACS que se referem ao “dentro” e “fora” e ao “nós” e “eles” diversas vezes de forma opaca. O ACS ora repete o discurso da classe dominante, biomédico, ora tenta defender suas raízes e seu compromisso com a comunidade. No entanto é nesse cenário desafiador que o ACS bem instrumentalizado pode gerar grande potência. Tal ambiguidade precisa existir no papel do ACS para realizar que possa realizar sua função. O ACS necessitaria de preparo e espaço de gestão na instituição para manter sua ambiguidade e usá-la para alcançar os objetivos de sua função.

Os ACS conseguem vocalizar ricas discussões no grupo focal, mas não sabemos o quanto conseguem verbalizar isso para a unidade. Podem silenciar e também sofrer silenciamento por parte da instituição.

O arranjo de reunião de equipe pode diluir a figura e o poder do médico perante a equipe, permitindo que esta tenha outros “personagens” importantes. Assim tanto os outros profissionais podem se incluir em decisões, discussões, quanto o próprio médico pode solicitar esta participação e contar com outros olhares. Desta forma observa-se que o espaço coletivo pode criar o empoderamento dos profissionais especialmente dos tradicionalmente posicionados no nível mais baixo de hierarquia de profissionais. No entanto isto não se observa na prática no que se refere à construção de redes sociais.

O arranjo é capaz de melhorar a organização do processo de trabalho, a autonomia dos ACS, a co-gestão, mas mostrou-se insuficiente para concretizar ações significativas de Promoção da saúde. Com o arranjo a equipe mostra-se empoderada, mas não com força para fomentar as redes sociais.

Percebe-se que o arranjo de reunião de equipe cria ainda a possibilidade maior de uma clínica ampliada. A riqueza de vários olhares perante um caso, situação, permite um olhar integral do sujeito, paciente. As variadas ações de profissionais podem se complementar.

Sob outra óptica, os arranjos podem suavizar a hierarquia na equipe, mas não mostram-se capazes de “romper” o modelo biomédico. No agrupamento III e mesmo no grupo II, que já utiliza reuniões, a justificativa verbalizada pelos ACS para os médicos não participarem de reuniões, de atividades de prevenção ou de outras ações de saúde ainda é o tempo, sobrecarga, falta de RH. Parecem muitas vezes se conformar com esses fatos.

Consideramos que os arranjos: Espaços coletivos, Clínica ampliada, acolhimento, Apoio matricial e os conceitos de campo e núcleo, utilizados neste trabalho, podem manifestar-se de inúmeras formas. No discurso dos ACS os que se destacaram foram os espaços coletivos em formas de reuniões de equipe principalmente. Falam indiretamente da clínica ampliada, e os outros arranjos não aparecem diretamente no

discurso. De qualquer forma vale lembrar que utilizamos os arranjos abordados neste trabalho na parte metodológica de classificação e separação das unidades em agrupamentos.

## Referências bibliográficas

ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de estado**. Lisboa:Editorial Presença/Martins Fontes;1980.120p.

CAMPINAS, Secretaria municipal de saúde 2001 **Projeto Paidéia de saúde da família**. [Acesso em 03/02/ 2004] Disponível em: [www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/diretrizes).

CAMPOS, G.W.S. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. SP: Editora Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação do trabalho em saúde. In: **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: **saúde Paidéia**. São Paulo: Ed Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ed. SP: Hucitec, 2005.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de saúde pública**\_15(4): 701-710, 1999.

EVENITT, B. **Cluster Analysis**. London: Heinemann Educational Books, 1974.

FURLAN, P. **Práticas dos Agentes comunitários e as necessidades populacionais do território**. Campinas, 2007.

FURTADO, J.P. – Um método construtivista para a avaliação em saúde.. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1):165-182, 2001-a.

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

KELLEY, M. **Effects of Health Promotion and Social Capital Campaigns on Community Health**. 2006.

LALLONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. 1974 [cited 2006]; Available from: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html)

MASTERMANN, M. The Nature of a Paradigm. In: LAKATOS, I. MUSGRAVE, A. **Criticism and The Growth of Knowledge: proceedings of international colloquium in philosophy of science**. London: Cambridge University Press, 1970.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. Thousand Oaks, Sage Publications, 1997. 80 p.

NASCIMENTO E, CORRÊA C. O Agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de saúde pública**, vol. 24, no. 6. Rio de Janeiro, Junho/ 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: A palavra negada sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.25, p.98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto, uma viagem hermenêutica** [tese]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. **La gestion: espace d'intervention, d'analyse et de spécificités techniques**. Apresentado no Primeiro seminário franco-brasileiro de Análise Institucional, Paris VIII, Julho de 2002.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003. p. 122-149.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 6.ed. Campinas: Pontes, 2005.

PECHEUX, M. Les Vérités de la Palice, Maspero, Paris, trad.bras. **Semântica e Discurso**, E.Orlandi et alii, Editora da Unicamp, 1975.

RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política.**; Tradução Mônica Costa Netto. São Paulo: EXO Experimental / Editora 34, 2005.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: **A Natureza do espaço**. EDUSP, 2002.

SCHIMITH, M D.; LIMA, M A D S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (6): 1487-1494, novembro, 2004.

TAKEMOTO, M L S.; SILVA, E M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 331-340, fev. 2007.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. & FARIA, M.M. - Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá**, 120 (6): 472-482, 1996.

WIGGINS, G.S. – The analysis of focus groups in published research articles, **The Canadian Journal of Program Evaluation**, 19(2):143-164, 2004.

# Anexos

## • ANEXO I



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



### Questionário de Avaliação de Arranjos da Clínica Ampliada na Rede de Atenção Básica de Campinas nos Distritos Sul e Sudoeste

PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS – PP - SUS 2006/2007  
(convênio Fapesp – CNPq – SUS) Processo No 06/01411-4

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisador de campo

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde:

#### DADOS ESTRUTURAIS:

##### 1. Cadastro e existência de saúde da família

Existe divisão por equipes de saúde da família? Sim(03), Não(00),

Quantas \_\_\_\_\_

População em 2007 (IBGE)	Pessoas Cadastradas	Percentual em relação à Meta
IBGE (levar preenchido)		(01) entre 0% e 33,3%
		(02) entre 33,4% e 66,6%
		(03) entre 66,7% e 100%

##### 2. Adscrição da clientela e acesso

Numero de primeira consulta	1ª consultas locais	Percentual em relação ao PPA
PPA/IBGE via SIGAB		(01) entre 0% e 33,3%
		(02) entre 33,4% e 66,6%
		(03) entre 66,7% e 100%

Programas de atenção com cadastramento	Cadastrados	Ações em cada programa
Hipertensos, (20% pop adulta SUS-dep)	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas
IBGE_____, Cadastrados_____	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.
Diabéticos, (12% pop adulta SUS-dep)	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas

IBGE_____, Cadastrados_____	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.
Pré Natal, (___% pop adulta SUS-dep)	(01) 0- 33%	(01)Educativas apenas
IBGE_____, Cadastrados_____	(02) 34- 66%	(01)Extra-muros
	(03) 67-100%	(02)Existe planejamento.

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 3. Existência de equipe de Saúde Mental

- o Existe equipe de saúde mental na unidade (03)
- o Não existe equipe de saúde mental própria, mas existe apoio de saúde mental sistematizado em todas as equipes (02)
- o Não existe equipe de saúde mental própria, mas existe apoio de saúde mental parcial ou não sistematizado na equipe (01)
- o Não existe equipe de saúde mental própria nem qualquer tipo de apoio em saúde mental (00)

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 4. Recursos Humanos (Via CNES) - Número de equipes

Profissional	Carga Horária	Tempo na unidade	No. de horas para atividade	Porcentagem
Médico generalista	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Ginecologista	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Pediatra	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Enfermeiro	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Odonto	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
ACS	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
	<input type="text"/>			
Psicólogo	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Terapeuta ocupacional	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%
Psiquiatra	<input type="text"/>	(01) mais de 2anos		(01) menor que 70%

Pontuação total \_\_\_\_\_

### ATIVIDADES DE TRABALHO DA EQUIPE:

#### 5. Reuniões de Equipe. Periodicidade e tempo de duração;

Reunião de Equipe/PSF 1		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade.

		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares além do coordenador e convidados externos.
<b>Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)</b>				

Reunião de Equipe/PSF 2		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade.
		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares além do coordenador e convidados externos.
<b>Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)</b>				

Reunião de Equipe/PSF 3		Periodicidade	Tipos de discussão	Participantes
(01)Existe	(00)Não	(01) mensal	(01) informes e discussão de organização do trabalho apenas.	(01) alguns integrantes da equipe ou sem regularidade.
		(02) quinzenal	(02) Anteriores e discussão de casos que mais afligem a equipe, sem esquematização.	(02) todos integrantes regulares
		(03) semanal	(03) Anteriores e discussão de projetos terapêuticos individuais e coletivos.	(03) todos integrantes regulares além do coordenador e convidados externos.
<b>Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (03)</b>				

Pontuação total \_\_\_\_\_

#### 6. Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares

Apropriação do conceito pelo PSF 1	Quem Elabora	Quando Reavalia
	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia

(01)Sim	(00)Não	(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Apropriação do conceito pelo PSF 2		Quem Elabora	Quando Reavalia
(01)Sim	(00)Não	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia
		(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Apropriação do conceito pelo PSF 3		Quem Elabora	Quando Reavalia
(01)Sim	(00)Não	(01) trabalhador da equipe isoladamente	(01) não se reavalia
		(02) discussão em equipe	(02) apenas quando o quadro piora
		(03) anteriores e com a participação do usuário.	(03) com regularidade

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 7. Apoio em Saúde Mental

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 1		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
(01)Sim	(00)Não	(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)
		(02) quinzenal	(02) maioria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 2		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
		(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)

(01)Sim	(00)Não	(02) quinzenal	(02) maioria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

O Apoio faz parte do cronograma do PSF 3		Periodicidade	Participantes	Ofertas sistematizadas
(01)Sim	(00)Não	(01) mensal	(01) uma categoria profissional	Discussão de casos (03)
		(02) quinzenal	(02) maioria da equipe	Atendimentos conjuntos (03)
		(03) semanal	(03) maioria da equipe	Capacitações (01)
				Atendimentos individuais (00)

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 8. Atividades Assistenciais em Grupo

Tipo de Grupo	Média/Participantes Média/Permanência	Atividades	Profissionais
Terapia breve (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Oficinas (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Adolescentes e crianças (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Dependência Química (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Gestantes (01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02)Existe planejamento.	(03) mais de 2
Hipertensão e Diabetes	(02) possui controle de	(01)Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01)Extra-muros	(02) 2 categorias

(01)	participantes e permanência	(02) Existe planejamento.	(03) mais de 2
Práticas Integrativas (01)	(02) possui controle de permanência	(01) Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01) Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02) Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01) Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01) Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02) Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01) Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01) Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02) Existe planejamento.	(03) mais de 2
(01)	(02) possui controle de participantes e permanência	(01) Educativas apenas	(01) 1 categoria
		(01) Extra-muros	(02) 2 categorias
		(02) Existe planejamento.	(03) mais de 2

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 9. Outras Estratégias de Atenção do Serviço

Para equipes de saúde da família, saúde mental e outros programas;

Atividades	Quem Realiza	Como é Avaliada	Planejamento
Visitas Domiciliares	(01) 1 categoria profissional	(00) inexistente	(00) inexistente
	(02) 2 categorias	(02) apenas quando o quadro piora	(02) individualmente
	(03) mais de 2 categorias	(03) com regularidade	(03) em equipe
Reuniões Intersetoriais	(01) 1 categoria profissional	(00) inexistente	(00) inexistente
	(02) 2 categorias	(02) apenas em situações problema	(02) individualmente
	(03) mais de 2 categorias	(03) com regularidade	(03) em equipe

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 10. Fluxo Específico da Saúde Mental

Existe (acolhimento, triagem, consultas, etc.) na chegada do caso à unidade.

(00) Não (01) Sim

Quem define a priorização deste fluxo? (equipe da saúde da família, técnico de saúde mental, médico, enfermeiro ou recepção)

(00)Ninguem (01)Recepção (02)medico ou enfermeiro (03)critérios estabelecidos em equipe

**Estratégias e arrajos de acolhimento à crise em saúde mental, fora do fluxograma.**

(00)Inexistente (01)Existente

Pontuação total \_\_\_\_\_

## A GESTÃO DA CLÍNICA

### 11. Existência de colegiados;

Colegiados	Função	Planejamento da Pauta	Construção da Pauta	Participantes
Existência de fóruns periódicos com temática exclusiva sobre a gestão da unidade.	(01) Divulgação das decisões	(00) Durante a reunião	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Planejada	(01) Pelo grupo	(02) 2 categorias
(00) Não	(01) Remete decisões para a equipe			(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				
Existência de fóruns periódicos com temática exclusiva sobre projetos de vigilância e saúde coletiva	(01) Divulgação das decisões	(00) Durante a reunião	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Planejada	(01) Pelo grupo	(02) 2 categorias
(00) Não	(01) Remete decisões para a equipe			(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 12. Conselho Local de Saúde;

Conselhos	Função	Planejamento da Pauta	Construção da Pauta	Participantes
Existência de Conselhos decisórios com participação de setores da gestão, trabalhadores e usuários	(01) Divulgação das decisões	(00) Apenas em Situações problema	(00) Pelo coordenador	(01) 1 categoria
(01) Sim	(01) Elaboração de Projetos para discussão	(01) Durante a reunião.	(01) Apenas pela comunidade	(02) 2 categorias
(00) Não	(03) participação da comunidade para além dos conselhos	(02) Planejada com antecedência	(02) Planejada com todos os setores	(03) mais de 2
Possui Reuniões periódicas há mais de um ano. (02)				

Pontuação total \_\_\_\_\_

### 13. Integração: Serviços com os quais as equipes se relacionam.

Serviço	Forma de Comunicação	Periodicidade	Ações Geradas
Escolas	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Espaços comunitarios	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Centros especializados	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
CAPS	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
Pronto-Atendimentos	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade
SAMU	(00) Informal	(00) Irregular	(01) com mutua participação
	(01) Encontros sistematicos	(01) Regular	(01) mais de uma atividade

**Pontuação total** \_\_\_\_\_

## **Roteiro de grupo focal**

### **Agentes de saúde**

1. O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam e menos gostam na unidade em que trabalham?

2. Por que vocês escolheram ser agentes de saúde? Sabem por que apareceu a figura do agente de saúde no sistema de saúde? Quais vocês acham que são as funções de um agente?

3. No dia-a-dia, vocês conseguem fazer essas funções? Quais são as atividades mais difíceis que fazem neste dia-a-dia? E mais chatas?

4. Conseguem conhecer os seus usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento? O que vocês vêem no território é levado em conta pela equipe?

5. Como vocês se viram nos casos problemáticos, seja porque não aderem ou porque são muito complexos? Que recursos utilizam? E quanto aos casos crônicos?

6. Tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais? O que vocês fizeram? E como se sentiram?

7. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? A comunidade se organiza de alguma maneira para melhorar sua própria condição de vida? Vocês participam de alguma destas atividades?

8. E na unidade? Existem atividades abertas à comunidade? Quem as organiza? Para que servem?

9. Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?

## ANEXO III

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar novos modelos de atendimento colocadas em prática na rede de saúde da cidade de Campinas/SP em busca da melhora da eficácia do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A pesquisa está dividida em três partes:

- 1) Avaliação das formas de cuidado clínico utilizadas pelos profissionais.
- 2) Avaliação do atendimento em Saúde Mental na Atenção Básica e sua relação com os CAPS e outros serviços de saúde.
- 3) Avaliar como está a proposta de Promoção à Saúde na Atenção Básica.

Uma das fases da coleta de dados será a realização de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais envolvidos na rede de Atenção Básica de Campinas, usuários do SUS e familiares.

Esses grupos serão coordenados por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que irão apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

---

portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

185

---

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Coordenadora da pesquisa: Rosana Onocko Campos

Médica sanitarista

Professora do Departamento de Medicina Preventiva

e Social – FCM – Unicamp

Telefones para contato: (19) 3521 9574

(19) 9700 6253

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – telefone: (19) 3521 893