

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**DIALOGANDO COM PRÁTICAS
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO
NA ULS**

AUTOR

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DO CURSO DE WAGNER OMAR CURY SILVA

Orientador e Coorientadora:

Luiz Roberto Ágea Cutolo e Jimeny Pereira Barbosa Santos
Florianópolis, 13 de maio de 2011.

**DIALOGANDO COM PRÁTICAS
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO
NA ULS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como parte das atividades para obtenção do
título de médico, do curso de Medicina da
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a todos os que me ajudaram
na minha caminhada acadêmica:
Primeiramente aos meus amigos e
orientadores Luiz Cutolo e Jimeny Pereira.*

*Aos meus queridos professores que
insistem na integridade da Medicina e das
Ciências, colocando-as para além de um
projeto pessoal: Prof. Maria de Fátima, Prof.
César Semionato, Prof. Paulo Freire Vieira. A
minha amiga Tutty por ter contribuído muito
no início das discussões a cerca dos temas.*

*A minha querida Família: Carolina,
Florinha Arruda, meus Pais e Irmãos.*

RESUMO

Trata-se de um estudo realizado a partir do universo prático de trabalho de duas ESF no interior do Estado de Santa Catarina, com a preocupação de identificar processos de trabalho, dentro do atual modelo de Atenção em Saúde, estruturado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), que sejam capazes de organizar a complexidade e tornar eficiente este modelo de Atenção. Através da construção de grupos focais, no contexto da pesquisa qualitativa, dialogamos com as problemáticas identificadas e construídas no decorrer da dinâmica de auto-reflexão sobre temáticas consideradas centrais e interdependes no trabalho em APS, orientando nosso olhar em perceber as nuances discursivas presentes no diálogo dos quatro temas: Promoção de Saúde, Reunião de Equipe, Organização dos Fluxos de Trabalho e Territorialização.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Avaliação dos Serviços de Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família

PSF: Programa de Saúde da Família

ACS: Agentes Comunitárias de Saúde

VD: Visita Domiciliar

ULS: Unidade Local de Saúde

MA: Município A

MB: Município B

SUMÁRIO

Errata.....	3
Agradecimentos.....	4
RESUMO.....	5
Lista de abreviaturas e siglas	6
Sumário.....	7
1 Introdução.....	8
2 Objetivos.....	10
3 Metodologia.....	11
4 Resultados e discussão.....	13
4.1 <i>Promoção de Saúde.....</i>	13
4.2 <i>Reunião de Equipe.....</i>	17
4.3 <i>Linhas de Cuidado: Organização dos Fluxos de Trabalho.....</i>	21
4.4 <i>Território.....</i>	26
5 Considerações finais.....	30
6 Referências bibliográficas.....	32

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho se realiza no sentido de aprofundar o olhar sobre as condições e situações que, dentro de um processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, refletem a capacidade de organizar a complexidade e tornar eficiente o modelo de atenção à saúde. Dessa maneira, o pano de fundo onde se desenvolve a pesquisa tem como substrato humano, as pessoas que atuam na Equipe de Saúde da Família; e como substrato Político, a Estratégia de Saúde da Família.

Optamos por investigar com um pouco mais de profundidade o contexto onde se realiza a prática da APS, já que este modelo de atenção à saúde se tornou, em grande parte por sua potência intrínseca, elemento centralizador na construção das redes de cuidado, propiciando um salto qualitativo na estruturação de um Sistema Nacional de Saúde que tem como característica o compromisso na construção de um sistema equânime e resolutivo. No Sistema Único de Saúde de nosso país, a APS se concretiza a partir da implementação do PSF em 1994.

Nossa problemática se inicia com a percepção de que a auto-avaliação é uma dimensão necessária a qualquer sistema inteligente - como pressuposto da sua auto-regulação e gestão - seja ele social ou mesmo biológico. A partir desse ponto juntamos as condições necessárias para metabolizar os processos e as relações no sentido de avançar na organização, harmonia e resolutividade do sistema como um todo, segundo alguns princípios. Trazendo para a nossa realidade, buscamos através da avaliação individual e coletiva dos processos de trabalho, no universo da APS, chegarmos a consensos e diretrizes que, junto aos princípios pré-determinados através da Política Nacional de Atenção Básica, se tornam matrizes de orientação, como uma arquitetura que fornece sustentação para novas formas de conceber e agir em saúde, no sentido de materializar os princípios fundadores dos SUS.

Pensando o SUS no século XXI, acreditamos ser um momento não apenas propício, mas também necessário para incrementar sua sustentabilidade a partir da Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido entendemos a Educação Permanente como ferramenta dinamizadora dos processos de conceitualização e criação de concepções de trabalho em APS. Para tanto, muitas vezes exige escalas diferentes, com instrumentos próprios para auto-avaliação, sendo o processo de reavaliação e continuidade do mesmo, elemento ativador de mudanças nos processos de trabalho.

Como substrato prático utilizamos o projeto da AMQ* - Estratégia de Avaliação para Melhoramento da Qualidade da Atenção Primária - proposto pelo Ministério da Saúde, através da rede de informação Telessaúde. Tiramos dele quatro grandes eixos temáticos na avaliação dos processos de trabalho em APS, quais sejam: Reunião de Equipe, Organização dos Fluxos de Trabalho, Promoção de Saúde e Territorialização.

Nossa imagem objetivo aproxima-se e sustenta-se nos conceitos fundadores da APS, os quais refletem-se num parágrafo síntese do documento oriundo da Conferência de Alma-Ata, 1978, onde APS aparece não apenas como foco da discussão, mas parte de um amplo espectro na consolidação dos Sistemas Unificados Nacionais de Saúde.

Atenção Essencial à Saúde é baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (OMS, 1978, p.17).

2 OBJETIVOS

- Identificar as principais dificuldades e soluções encontradas cotidianamente no desenvolvimento da prática em uma ESF, considerando quatro temáticas norteadoras: Territorialização, Organização dos Fluxos de Trabalho, Reunião de Equipe e Promoção da Saúde.
- Identificar quais fatores fomentam qualidades relacionadas ao envolvimento com a proposta de trabalho em APS e sua sustentabilidade, observando qualidades internas como coesão, gestão participativa e integridade da equipe.

3 METODOLOGIA

Optamos pela abordagem qualitativa de pesquisa, uma vez que nosso interesse se concentra nos processos relacionais constituído num *objeto* de complexidades, adensado por um universo de singularidades, cuja linguagem se manifesta de diversas formas, refletindo uma dimensão simbólica de fundo. Dessa forma, optamos por ir ao cenário onde as ESF atuam para construir um espaço de observação e diálogo sobre o processo cotidiano de trabalho. Partimos para observar com um olhar atento, porém desarmado das categorias a priori. Para tanto, iniciamos com o objetivo de realizar uma aproximação empática e com um olhar bem atento em perceber as sensações que são expressas.

Nosso recorte tomou como ponto de partida as equipes de Saúde de Família que responderam a ferramenta de auto-avaliação em formato de questionário, AMQ-MS em 2009. Foram, no total, 21 equipes, em 21 municípios diferentes do Estado de Santa Catarina, dos quais foram escolhidos dois como exemplares com características marcadamente distintas entre si. Imaginamos assim ter a possibilidade de ampliar o campo de visão sobre as problemáticas identificadas nos 4 grandes temas abordados no questionário: Reunião de Equipe, Organização dos Fluxos de Trabalho, Territorialização e Promoção de Saúde.

Decidimos então por trabalhar em formato de Grupo Focal, seguindo um roteiro mínimo de questões abertas do tipo “como vocês fazem?” ou “o que vocês entendem por...”. Dessa forma nosso objetivo não se voltou a intervenção direta, mas a um fomentar reflexivo sobre práticas e conceitos.

Procedemos a análise com um estudo sobre os discursos, buscando no conteúdo coletado as questões de fundo coletivo, os conceitos implícitos e explícitos na elaboração das reflexões individuais, com um horizonte epistemológico próprio da metodologia qualitativa.

Por questões éticas identificaremos como “MA” e “MB” os dois municípios participantes da pesquisa, localizados no Oeste do Estado de Santa Catarina.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Promoção de Saúde

Trata-se de um conceito ainda muito abstrato no contexto do trabalho em APS, uma vez que a sua prática nos remete aos alicerces que fundam as concepções de saúde - que por sua vez direcionam o “fazer” em saúde - trazendo à tona temas pouco experimentados e estudados em loco, principalmente aqueles relacionados aos determinantes sócio-ambientais da saúde. Trabalhar Promoção da Saúde exige chegarmos às raízes de nossas concepções, processo em que significamos o trabalho e suas finalidades últimas.

Em ambos os municípios, após perguntarmos o que eles entendem por Promoção da Saúde, ouvimos um belo e prolongado silêncio. Vimos caras e bocas procurando algo no ar... Seguimos perguntando, então, se eles fazem Promoção da Saúde, e se o fazem, como? E logo vieram respostas tímidas. Em MA: *“Eu acho que a nossa estratégia é mais curativa do que preventiva”*. Em MB: *“... essas coisas que a gente faz: teatro, palestra; é promoção de saúde, né?”*. Sentimos que tais inseguranças em conversar sobre o assunto podem ter os mais diversos motivos, porém dois deles observamos de forma mais pronunciada: a confusão conceitual e a dificuldade em objetivar o conceito, dar forma a ele.

Em MB ouvimos: *“Cada mês a gente programa um tema para trabalhar... É tipo assim, ela (a enfermeira) estabelece que nós vamos trabalhar tuberculose, a gente vai pras casas... hepatite, trabalha todas as doenças...vacinas...”*. Vemos com esta fala que informações sobre doenças, triagens diagnósticas e vacinas são confundidas como ações em Promoção de Saúde, quando versam fundamentalmente sobre doença.

Segundo Leavell e Clark – autores que primeiro estabeleceram uma plataforma de conceitos que relacionam os objetos da intervenção a um nível de atenção no sistema de

saúde - esses tipos de ações estariam situadas principalmente nas ações de prevenção secundária, visando diagnóstico e tratamento precoce, adentrando pouco no terreno da ação positiva sobre a saúde, trabalhando interdisciplinarmente aspectos relacionados à saúde mental, ao sofrimento, ao incremento da autonomia e na construção do empoderamento da comunidade.

Alguns elementos importantes apareceram, mostrando um processo de humanização das práticas de saúde em andamento, que envolve a promoção de saúde. Em MA

A promoção de saúde acontece a todo momento, ver de que forma se pode melhorar, modificar. A forma como você faz. Quando você vai fazer o preventivo, de você não fazer o ato mecânico. Peraí, vamos sentar e ouvir o que essa mulher tem pra te dizer, assim você também está promovendo a saúde dela.

A gente conhece todo mundo. Então você pode fazer um trabalho diferente. Você tem um contato diferente com a população. Esse vínculo afetivo que você cria com as pessoas... Talvez você não vá encontrar isso teoricamente nos livros.

Vemos neste trecho que a promoção de saúde representa uma dimensão mais sutil do cuidado, geralmente situando-se além do que costumamos praticar, uma vez que ainda não estamos preparados nem estruturalmente, nem humanamente para sustentar este tipo de trabalho. Assim reafirmamos nossa hipótese de que se trata de um outro paradigma para o campo da saúde, não sendo previsto ainda nas definições históricas de Leavell e Clark.

Vemos então a identificação de Promoção de Saúde como o processo de melhorar progressivamente, de escuta qualificada e identificação afetiva necessária para uma atenção mais humanizada, associando as sutilezas de *como fazer*, para assim poder chegar ao *outro*.

Outra fala que demonstra a interiorização desses conceitos, ainda em MA:

Eu acho que já está na hora da gente parar e ouvir o que eles têm a dizer para a gente, e não a gente levar a receita pronta. É isso que a gente está começando agora. Eu estou conversando com alguns grupos... sobre a terapia comunitária.

A população diz: poxa vida, vocês nunca vieram aqui ouvir a gente. E eu me dei conta que o problema que eu tenho, o colega aqui do lado também tem.

Interessante notar também que nesse nível de atenção à saúde, correlacionaram as dificuldades de desenvolve essa prática, com o perfil populacional, revelando o caráter

marcadamente cultural influenciando diretamente o trabalho de promoção, como segue em MA:

Esse comodismo que o povo tem... as vezes, em reunião, eu digo: olha, se você está doente, quem vai te curar? É você que tem que ir. Só que as vezes a gente fala, fala fala, e... Às vezes vai na reunião de diabéticos, acabava a reunião é meio saco de bolo; e se você não dá bolo, eles não vão pra reunião. É difícil as vezes você tentar falar, incentivar, dar um ânimo pra eles, divulgar, tentar incucar.

Assim como a promoção de saúde pressupõe autonomia e empoderamento comunitário, devemos entender que, apesar de sugerirmos alguns outros hábitos para a vida, isso não deve representar uma imposição cultural, seja ela a favor da modernidade ou da ciência ocidental. Devemos ter consciência de que trabalhamos com os recursos finitos da própria comunidade, sejam eles culturais, estruturais, etc.

A respeito de trabalhar com os recursos possíveis, em MA apareceram elementos muito interessantes:

Até acontece palestra, reuniões de incentivo, academia. Agora nós temos uma praça. Estamos já planejando alguma coisa com a educação física. Agora que vai vir o verão, uma quadra de futebol... Então assim, nesse sentido, alí (nessas atividades) que nós vamos ter que trabalhar. Levar novamente para a população com as reuniões. Agora está sendo implantada também a saúde mental.

Há um vislumbre do leque de possibilidades abertas com o empoderamento da comunidade sobre o espaço urbano, na criação dos ambientes saudáveis. O Informe Lalonde, documento oficial do Governo do Canadá publicado em 1974, é um dos marcos desta concepção. Este documento define o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Outro marco histórico que nos ajuda nesta reflexão é Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, onde afirma que os principais determinantes da saúde são exteriores ao sistema de atenção oferecido pelos serviços de saúde. Este documento postula a idéia da saúde como qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação, frisando a necessidade de se criar habitats e estilos de vida favoráveis à saúde.

É preciso inovar. Vimos nos discursos que os grupos de educação em saúde representam a expressão maior do que chamaram de Promoção da Saúde em suas realidades

atuais, ressaltando seu caráter instrumental, porém muitas vezes fora de contexto, já que é uma demanda dos profissionais e não da comunidade, além de versar quase exclusivamente sobre as doenças.

Como exemplo, em MB:

Mês passado a gente trabalhou hanseníase também né... a gente levou fotos... sai na pele... explicou, explicou os sintomas né...é uma doença que não temos no município mas, pras pessoas verem qualquer sintoma parecido..."

Aqui refletem criticamente sobre suas limitações...

Como já estou a 10 anos acompanhando isso... Há anos atrás era bem mais difícil, e, hoje, eles já estão cansados de ver a gente falar as mesmas coisas: é controlar sal, é controlar gordura; e a gente também já está cansada de ir lá falar sempre as mesmas coisas.

Esses dias eu perguntei (em um grupo): realmente vocês fazem aquilo que a gente diz?

Verdade, verdade... nós não fazemos.

Diante desta perspectiva fica nítido os limites do modelo sanitário reproduzido e presente nas ciências médicas, na qual o modelo de atenção não está habituado a trabalhar interdisciplinarmente. Para ampliar é preciso integrar as ações sobre as dimensões sócio-ambientais, políticas, econômicas, comportamentais, além da biológica e médica (Carvalho, 1996).

Vemos essa necessidade se expressando na fala seguinte, em MA:

Com relação a saúde do idoso, fica mais com a área social. Foi montado o protocolo de saúde do idoso, algumas metas foram pactuadas: consultas de enfermagem pré-estabelecidas e as avaliações neurológicas junto com a assistência social... (atualmente) Se reúnem mensalmente e tem atividade física, grupo de dança,. Hoje, na unidade, eles só vêm pra fazer consultas médicas, não de enfermagem.

Aqui, a saúde do idoso ficou sob responsabilidade da “área social” do município, fazendo parte de um certo pacto de gestão, não incorporando responsabilidades específicas para a ESF. No entanto, vemos a anunciação de um compartilhamento de responsabilidades, quando referem um novo protocolo para Saúde do Idoso com previsão de consultas de enfermagem. Assim a Promoção de Saúde força a discussão sobre a integralidade e sustenta

uma tensão entre a demarcação dos limites das ações específicas do campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras múltiplas dimensões.

Assim, concluímos que muito ainda temos que caminhar para sustentar o amadurecimento do conceito de Promoção de Saúde nos diversos setores relacionados, quer sejam governamentais, presentes nas ciências e disciplinas acadêmicas, nas práticas de saúde - configurando então um grande desafio à transformação do setor saúde.

4.2 Reunião de Equipe

Dentro do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, podemos dizer que sua reunião não possui qualquer conformação pronta, uma vez que ganha múltiplas formas e finalidades na medida das necessidades avistadas por cada profissional de compartilhar suas visões sobre os processos e características do trabalho. Possuem sim atribuições no que tange a gestão e metabolização de processos internos, servindo tanto às reflexões aprofundadas sobre o agir, para o qual estamos quase sempre inclinados e preparados, quanto para o encontro verdadeiro com o outro, colega de trabalho e de tantas jornadas. Vale ressaltar nesse momento uma dupla função primordial, a de reflexão ativa conjunta e o encontro motivador com o outro.

Quando observamos os discursos dos profissionais da equipe, percebemos uma visão conceitual um tanto sintética sobre as finalidades das reuniões internas. No município A ouvimos: *“Ano passado nós nos programamos e decidimos o calendário desse ano... o que faltou foi sentar para analisar (o trabalho)... ver o que tem que mexer”*, em MB: *“Geralmente se reúnem enfermeiras, técnicas e ACS, num total de sete pessoas, quando há necessidade, senão é no corredor mesmo”*.

Na primeira situação percebemos um sentido de finalidade bastante abrangente, como análise voltada a gerar mudanças nas práticas cotidianas. Já em MB ficamos sem saber sobre que tipo de necessidade seria suficiente para se realizar uma reunião de equipe. Em consequência dessas diferenças podemos supor que em MA as reuniões podem ser regulares mesmo sem questões urgentes e difíceis a serem resolvidas, revelando um caráter propício ao planejamento das ações. Já em MB, ao contrário, a periodicidade está fora de questão, sendo a

reunião encarada não como um hábito para a organização, mas servindo ao imediatismo na resolução de algo maior que o habitual.

Um bom desempenho na atenção à saúde de uma comunidade demanda uma boa estratégia para organizar as ações, de forma que o resultado seja mais do que o somatório dos saberes de cada profissional. De forma mais concreta, um bom planejamento se inicia com uma reflexão ativa sobre as qualidades do território de abrangência, suas especificidades, vulnerabilidades e demandas. Dessa forma, as reuniões de equipe selam a construção das concepções de comunidade e de saúde, amadurecendo o sentido de ser da própria equipe e do que pode ser ofertado em termos de ações a curto, médio e longo prazos.

Ainda na coleta de dados, é possível perceber a presença de um planejamento mínimo, quando ouvimos, em MA, que *“A reunião que existe hoje é eu (a enfermeira) e os agentes... uma vez por semana... uma tarde, uma manhã, às vezes o dia todo”*, e em MB: *“Conforme precisa, a equipe de enfermagem e ACS se reúnem. Antes era uma vez por mês toda a equipe, agora acontece por setor”*. Referimos planejamento mínimo, já que em tese não se admite uma falta de planejamento plena, mas planejamentos mal pactuados, setorizados, sem uma organicidade, gerando algumas deficiências a respeito da concepção comum do que seria o espaço conjuntural de trabalho, as potencialidades dos saberes integrados e os objetivos da intervenção, além do exercício comum da construção explícita de um conceito teórico-prático de saúde, não sendo, via de regra, gestada uma plataforma que possa impulsionar uma organização progressiva para as ações e seus fluxos.

Não foi mencionado em nenhum discurso o caráter de encontro motivador com outro, sendo sacada desse espaço essa característica tão importante que seria um cenário ideal para a troca de emoções e afetos. Percebemos que tal momento fica, via de regra, subestimado nas estratégias de gestão, ficando como uma tarefa extraordinária ao trabalho. De forma prática, tal deficiência se reflete na falta de coesão e interdisciplinaridade no processo de trabalho.

Sobre as dificuldades encontradas para realizar a reunião de equipe, percebemos situações semelhantes nas duas equipes. Em MA ouvimos: *“... é uma correria pra lá e pra cá... quando você tem uma equipe reduzida, a hora que você sai você quebra o trabalho, a estrutura... a população não quer... se a porta está fechada... Eles batem! Eles abrem!”*. Em MB: *“Antes a gente estava com dois médicos por período. E aí um foi embora e agora tem um por período: agora complicou”*.

Podemos extrair daí três problemáticas centrais, a ver:

- a) A demanda provocando uma aceleração do processo de trabalho.
- b) A equipe incompleta e instável.
- c) A pouca tolerância da população com as dinâmicas de organização interna.

A primeira delas representa provavelmente a queixa mais comum no trabalho em APS. Se entendermos a saúde como um estado permanente de equilíbrio dinâmico, individual e coletivo, a demanda nunca terá fim, assim como a saúde não é um estado estático - o que não é um problema em si. Na maioria dos casos trata-se de demandas constantes de trabalho, exceção feita em períodos de endemias ou catástrofes sócio-ambientais, o que ainda não é uma realidade cotidiana no Brasil.

Tal demanda merece reflexão permanente em sua caracterização e tal avaliação poderia ser incorporada as reuniões de equipe. Sabemos sim que a preconização do MS de uma ESF para uma média de 3000 habitantes não é uma realidade em grande parte dos casos, principalmente em grandes centros, porém, mesmo em locais onde essa proporção é respeitada, como no caso dos municípios estudados, essa questão permanece patente, remetendo-nos a uma melhor caracterização da demanda e planejamento para atendê-la. Outra questão a ser pontuada refere-se a consulta de enfermagem, que ainda não é um hábito em APS (BRASIL, 2006).

O quadro reduzido está intimamente associado a problemática da demanda excessiva, predispondo a sobrecarga crônica de alguns profissionais, gerando desgastes pessoais, além de influenciar na gestão do cuidado, privilegiando contraditoriamente soluções mais imediatistas ou fatalistas, comprometendo a qualidade dos serviços, e a longo prazo prejudicando a resolutividade das ações em saúde. Essa qualidade, infelizmente, parece ser uma constante no processo de trabalho em APS e nos remete a questões próprias da Gestão Municipal da Saúde, fugindo dos nossos objetivos.

A pouca compreensão da população quanto a espera e entendimento do funcionamento do sistema é esperada, uma vez que esse hábito não está incorporado a dimensão cultural da nossa população, sendo preciso encarar essa questão como parte do trabalho de educação relacional entre serviço e comunidade, no estabelecimento da identidade da APS.

Quando perguntamos às ACS's, em MA, se a população tem dificuldade para compreender o funcionamento da equipe, elas responderam que *“ultimamente eles já estão entendendo; isso de comunicar é parte do nosso trabalho: a gente tem comunicação maior com o grupo aqui dentro, para saber levar uma informação mais precisa (a população)”*.

Algumas questões próprias de MA serviram como elementos para ilustrar as dificuldades em realizar as reuniões de planejamento, como segue: *“Esse ano, entra um, sai outro; é reunião daqui, curso de lá... para nós foi um ano marcado de campanha de vacina e reuniões de aperfeiçoamento. Tem qualificação (cursos) de agora que era de 2007, outra de 2008...”*

Neste relato, outra questão aparece dentro do processo de trabalho da equipe: a Educação Permanente. Porém junto com ela, notamos o surgimento de conflitos paradoxais entre as atribuições que, em tese, deveriam ter efeito sinérgico e, no entanto se transformaram em ações antagônicas, como é o caso da educação permanente - que aparece na forma de *“os curso, reuniões de aperfeiçoamento”* - e a reunião de equipe, que junto ao *“quadro reduzido”*, contribuem para a instabilidade e conseqüente quebra da rotina, não sendo possível nem mesmo o planejamento da data das reuniões.

Durante o Grupo Focal foi interessante notar que no processo de elaboração desses conflitos foram iluminadas as confusões a cerca do antagonismo entre a valorização da educação permanente, como instrumentalização e aperfeiçoamento das práticas em saúde, e o tempo necessário à reunião de equipe, como se observa na seguinte afirmação: *“Acho que isso faz parte do processo, com o profissional se especializando, amanhã ou depois pode passar uma informação mais diferenciada”*, sendo entendidos, a posteriori, como uma disciplina do trabalho a ser conquistada com organização: *“é uma necessidade essa reunião... isso tem que voltar... Nós debatíamos os assuntos pra chegar a uma solução, produzíamos mesmo”*.

Ainda sobre reunião de equipe, uma boa ilustração funciona como síntese do que se faz atualmente e como a situação é vista pelas equipes dos dois municípios. Em MA: *“Esse ano nós deixamos muito a desejar”* essa questão *“... foi nosso ponto fraco”*. Em MB: *“Por ser equipe de saúde da família, acho que essa reunião é muito importante.”*

Dado a discussão feita acima, concluímos que as questões relacionadas as estratégias e planejamento do trabalho são muito provavelmente o ponto de maior vulnerabilidade no processo de trabalho, no contexto da Atenção Essencial à Saúde (Alma-Ata). Uma questão

curiosa bastante comum foi perceber que as enfermeiras funcionam como pivô centralizador das demandas, como estação de análise e redistribuição das demandas, sendo as organizadoras principais dos fluxos de trabalho nessas situações, como vemos no discurso dessa categoria, em MB: *“A equipe de enfermagem consegue fazer a reunião, avaliação e planejamento de como as coisas estão”*.

4.3 Linhas de Cuidado: Organização dos Fluxos de Trabalho

Pode se dizer que a organização das linhas de cuidado e dos fluxos das atividades locais são fundamentais para garantir a saúde do trabalho como um todo. Além disso, podemos entender que o resultado objetivo da questão refere-se à eficiência, que traduz-se de diversas formas, segundo as matrizes de pensamento.

Segundo Fleck, o entendimento, pessoal ou coletivo, sobre o mundo que nos rodeia determina nossa ação perante as situações que nos apresentam, marcando sua postura epistemológica sobre a relação entre a ação do entendimento e a ação do fazer, sendo que a primeira precede e sustenta a segunda. A OMS por outro lado, em seu conceito de Atenção à Saúde, supostamente espera que a saúde seja garantida englobando aspectos bio-psico-sociais, de forma que se abre um leque maior de possibilidades para atuar sobre a saúde, incluindo a atuação interdisciplinar, extrapolando o campo de atuação dos serviços de saúde atualmente estruturados. Assim o contexto que envolve essa questão vem se tornando cada vez mais complexo, incorporando novos elementos a serem considerados no processo de organização dos serviços de saúde.

Quando adentramos na discussão propriamente dita sobre organização dos fluxos de trabalho, percebemos uma dificuldade em lidar com esta questão em ambos os municípios. Pareceu-nos que os membros da equipe não estão acostumados a olhar de forma sistêmica o processo de gestão das ações em saúde que são responsáveis por realizar, e junto com isso pouco familiarizados com a linguagem utilizada para abordar essas questões.

Iniciamos perguntado sobre as características populacionais e sua relação com a organização do serviço, no sentido de identificar alguns critérios utilizados para as ações em saúde com base nas linhas de cuidado. Recebemos respostas curtas e simples, como em MA:

“A maioria é atendida por ordem de chegada”, “É livre demanda”, “Gestantes, idosos e hipertensos tem prioridade”.

Uma descrição mais detalhada e sintética nos foi dada em MB: *“É liberado um número de fichas de manhã, um número de fichas à tarde e acabou aquela questão, né? Metade para o interior e metade para a cidade, acabou aquele número de fichas começa emergências, ou a gente dá um jeito, conversa com o médico se ele pode atender mais um ou não... Elas (gestantes) também têm que vir pegar ficha.*

Com base nisso, pressupomos que a forma predominante de organização é o atendimento individual, médico centrado, da demanda espontânea. Em linhas gerais, o imediatismo, compreendido nesse caso como atendimento livre da demanda, representa certa simplificação, pertinente ou não, que permite pensar na organização de um serviço para atender prioritariamente a demanda do adoecimento, estando vinculado, portanto, ao paradigma conceitual de um modelo de atenção pré-SUS. Nesse caso, a organização é pautada pelos conceitos que a população trás culturalmente consigo, ressaltando situações do tipo: estou doente, meus recursos de tratamento se esgotaram, logo, vou procurar ajuda de um médico. Aqui vale um destaque: onde não há reunião de equipe, não há planejamento suficiente para uma outra abordagem da demanda em saúde.

Porém algumas questões devem ser consideradas, uma vez que se tratam de pequenos municípios, com pequena proporção de atendimentos diários, já que ambos contam com aproximadamente 5000 habitantes e a possibilidade de organização tende a ser maior. A falta de planejamento e organização das ações em saúde por uma ESF reflete-se num problema mais palpável em centros maiores, que exigem maior complexidade, com formação de filas diárias e dificuldades para trabalhar a equidade.

Na seqüência segue em MA: *“O especialista é marcado; o usuário está com uma queixa urológica, ele fala: eu quero ser marcado para o urologista. E têm também os casos que o médico daqui encaminha”.* Podemos perceber que inclusive a consulta com especialista pode ocorrer por demanda espontânea, porém neste caso especificado trata-se do especialista que trabalha na própria unidade, como é o caso do urologista, sendo então facilitado o acesso a este atendimento.

Sobre as especialidades, percebemos certa preferência em ter o especialista na própria UBS, uma vez por semana, como sendo uma questão de economia do trabalho, já que o acesso ao nível de atenção secundária demanda convênios, marcação, filas, transporte, sendo

então coerente com a postura do localismo e imediatismo. Porém essa discussão é bastante complexa e se coloca em rota de colisão com a estruturação da Atenção Primária, que prevê uma articulação tipo referência e contra-referência com os outros níveis de cuidado, ou ainda a possibilidade do matriciamento, aproximando e integrando os níveis de cuidado, porém sem contundi-los. Assim, teoricamente, a presença das especialidades médicas, excetuando-se aquelas voltadas à APS, na UBS é controverso, tratando esse caso de uma situação conjuntural isolada.

Quando indagamos sobre acolhimento, ouvimos em MB: *“A Enfermeira “A” faz pela parte da manhã e eu faço pela parte da tarde. A gente entrega as fichas, vê sinais vitais dos pacientes, conversa, que aconteceu? E aí emergências a gente avalia, né? Pressão, temperatura...”*. Notamos com essas falas que a triagem e acolhimento são conceitos confundidos e tidos como coadjuvante do processo de organização, ficando sintetizado a uma coleta de sinais vitais e uma anamnese sucinta para ver se há necessidade de encaixe como emergência ou se pode aguardar, por ordem de chegada, a consulta com o médico. Porém, percebemos também um perfume de olhar mais humanizado, quando ouvimos: *“Eu acho que já está na hora da gente parar e ouvir o que eles têm a dizer para a gente, e não a gente levar a receita pronta. É isso que a gente está começando agora”*. Esta fala remete-nos ao conceito de escuta qualificada, configurando uma certa transição de modelos, integrando a objetividade mais acadêmica e cientificista, com uma abordagem inicial e modelo de organização humanizados. Nesse espaço é possível acolher inicialmente as demandas da subjetividade, integradas com as do corpo. Outro aspecto importante é que nesse contexto as enfermeiras ainda não possuem atribuições para realizar algumas consultas, como preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde, tendo como atividade habitual, além da gestão e trabalho com grupos, a coleta do exame preventivo da mulher, momentos onde realizam essa escuta qualificada.

Quando perguntamos como está sendo o atendimento dos marcadores percebemos algo que se tornou uma espécie de mantra em Atenção Primária em Saúde: os grupos de diabético e hipertensos. Sobre a questão dos grupos, ouvimos em MB: *“Já tem calendário do ano inteiro, de acordo vai chegando mais, mais hipertenso, mais diabético, costumam entrar nesses grupos também, entrando no ritmo do grupo”*. Em MA: *“O preventivo é dois dias por semana, hipertensos e diabéticos há cada dois meses, gestante é mensal. Saúde da criança e acompanhamento de doenças crônicas também é livre demanda”*. Por um lado, os grupos de diabético e hipertensos refletem o perfil epidemiológico da nossa população, por outro

percebemos que esses grupos, apesar de funcionarem de forma muito heterogênea, representam uma certa estagnação de um modelo de atenção que tem dificuldades de trabalhar outras dimensões da saúde, tornando-se grupos de doenças, com poucos recursos terapêuticos, havendo a entrega dos medicamentos, funcionando como forma de planificar a demanda quantitativa, como vemos em algumas falas que relatam a redução dessas consultas com os “marcadores”. Neste mesmo caso afirmam que o médico não pode participar, pois a população vem procurar consulta, confundindo o caráter do espaço.

Consideramos de grande valia o princípio de que devem equilibrar-se um olhar quantitativo e qualitativo, aliás, tal princípio permeia toda ação em saúde. Sabemos das necessidades da população em obter consultas individuais, bem como apostamos na perspectiva de proteção e promoção da saúde como maneira de atender de forma mais refinada às necessidades de recursos para uma saúde integral, caminhando para além da questão biológica, porém através dela.

Vamos aprofundar um pouco a questão da educação em saúde nos dois municípios.

Em MB:

"Na verdade é feito de várias formas os trabalhos elaborados dentro da unidade. Então assim, não digo que são formados grupos, mas são formados programas, tarefas pra gente; assim, educativas, pra aquela época do ano. Tabagismo é tal mês: a gente trabalha, faz pedágio, faz faixa. Saúde bucal: vamos todo mundo pro colégio fazer teatro, palestra. Para campanha de vacinação foi feito pedágio. Teve trabalhos também com a nutricionista, né.

Elas (as agentes) foram nas casas, viram peso, medidas, preencheram as fichas, trouxeram pra equipe, a nutricionista avaliou, deu retorno, fez cartinha, elas entregaram...

Percebemos então que, para essa equipe, entende-se por educação em saúde as campanhas temáticas informativas, abordando temas considerados importantes como vemos nas falas em MB: *"Fizemos tuberculose, HIV, hanseníase, vários temas... recolhimento de remédios vencidos, que tem gente que tem muita coisa estocada; caminhamos atrás do mosquito da dengue (risos)..."*. Inclusive hanseníase, mesmo sem casos relatados na comunidade. Nesse caso as temáticas são discutidas entre Enfermeiras e ACS, como vemos na fala da ACS em MB: *"Cada mês a gente programa um tema para trabalhar... A enfermeira vem e pede, por exemplo, teatro sobre algum assunto"*. Porém, não ficaram claro quais critérios são utilizados para a escolha dos temas pelas enfermeiras.

Já em MA, referem como diferencial os arrastões no ano de 2009: *"O que ajudou bastante são as informações que foram levadas no arrastão, nas reuniões de comunidade no*

ano passado”. *“Participavam (do arrastão) o médico, enfermeira, dentista e parte da administração. (Na ocasião) jogávamos para a população o funcionamento do posto. Ali demos uma boa matada no problema (de comunicação)”*. Estes arrastões se caracterizavam por visitas nas comunidades, no intuito duplo de informar sobre as dinâmicas de trabalho da ESF e temas de educação em saúde, bem como reconhecer as realidades e limites territoriais das áreas.

Nesse ponto percebemos um conceito típico sobre educação em saúde, ficando ressaltado o caráter primariamente informativo, onde a demanda se origina dos profissionais da ESF. Porém, do ponto de vista teórico da Estratégia de Saúde da Família, os trabalhos com grupos expandem suas possibilidades de ação, podendo abordar as dimensões do sentir e do sofrimento, que é singular em cada um, sendo amplamente possível ter saúde sendo diabético ou hipertenso. Além disso, ganha-se ainda a possibilidade “extra” de adentrar questões próprias da cidadania como um aspecto da saúde, fomentando a autonomia e o protagonismo nos cuidados com a saúde individual e coletiva. Tal aspecto é referido em alguns textos como empoderamento da população. Nesse caso, teríamos, agora, como efeito secundário importante, a redução e transformação das demandas corriqueiras e do custo global, além de aumentar a abrangência da atenção e a superfície de troca de saberes.

Abordando também o tema da Visita Domiciliar (VD), uma ação em saúde que vem se tornando diferencial no trabalho territorial, percebemos que esta é vista como atividade pouco produtiva e por isso passível de ser suprimida conforme as oscilações da demanda, como vemos em MB: *“A questão da visita domiciliar tá bem prejudicada por uma questão nossa né. Nós somos em poucas, então nós não estamos conseguindo dar conta de todo trabalho...”*. Ainda em MB:

É a situação do médico mesmo... no momento que ele sai pra fazer visita domiciliar, se sobrecarregava aquele que ficava, você tá entendendo? De repente, tem um sobrecarregado que com o tempo vai embora. Acabam-se as visitas domiciliares... O rodízio de médicos é muito complicado pra qualquer programa de saúde da família... Principalmente, eu vejo que a maioria dos médicos também não tem muito interesse pela visita domiciliar...

Diante disso percebemos que a visita domiciliar representa algo a ser conquistado e interiorizado pela ESF, já que possui diversas facetas positivas a serem observadas. Quando um profissional vai comunidade em VD, torna-se orgânico e vivo o processo de Territorialização da sua área de abrangência, podendo-se aprofundar na análise sobre o território ecológico-social e observar alguns determinantes da saúde que de outro ângulo estaria obstruído. Além disso, se processa uma desterritorialização, onde o profissional sai de

seu território de influência imediato e experimenta outros tipos de encontro com as pessoas da comunidade.

O último tópico abordado foi sobre como acontece o registro de sugestões ou críticas da população. Em MA: “Às vezes (falam) por telefone, pegam na rua, chamam do lado, ou eles ligam para o prefeito”. Em MB: “Nós tínhamos uma caixinha, aconteceu que algumas reclamações saíram até do foco da saúde, foi um momento que se decidiu retirar”. Mas uma colocação das ACS sintetizou bem esse ponto: “Nós somos a caixinha!”. Percebemos com essas falas que a comunicação com a comunidade se dá corpo-a-corpo, sendo algo típico das cidades pequenas, onde todos se conhecem, como eles mesmos relataram. No entanto, os encaminhamentos das reclamações também ficaram restritos aos encaminhamentos personalizados, já que não há instrumentos para captação dessas demandas, para serem discutidas nas reuniões. Em MA apareceram outros instrumentos de comunicação da própria ULS para com a comunidade como: “jornal, missa... agora com a rádio comunitária”. “Mas na verdade são mais elas (as agentes) mesmo”.

Em síntese, observamos um processo lento de transição de modelo assistencial, onde a forma de organização privilegia questões mais imediatas, médico centradas, relacionadas a demanda dos adoecimentos, mais especificamente sobre a doença. Esse tópico possui estreitos laços com o tema da Reunião de Equipe, sendo praticamente um *continuum*, já que não possuem um processo de planejamento contínuo coletivo.

4.4 Território

Podemos dizer que os enfoques do cuidado à saúde através de um olhar reflexivo e ativo sobre o território trouxeram diversas modificações nos conceitos fundamentais do trabalho em APS, uma vez que os múltiplos determinantes locais da saúde são incluídos na agenda do dia, fazendo com que a prática da integralidade funcione como um exercício diário na organização das estratégias de atenção.

Sobre as práticas de Territorialização, ouvimos, em MA, sobre uma experiência de 2009:

“... fazer um arrastão. Nós passávamos praticamente em todas as comunidades e levávamos os líderes pra conhecer as regiões dos outros, (com) toda equipe. Nós levávamos a equipe odontológica junto, então assim, pra fazer esse intercâmbio e

conhecer a realidade dos nossos distintos limites e cada agente pra conhecer a sua região...”

Neste trecho, percebemos que a proposta continha o intuito de mobilizar toda a equipe para processar o reconhecimento do território, saber seu limite geográfico e os campos de responsabilidade das agentes, envolvendo inclusive a comunidade, na figura dos seus líderes. Outra questão interessante nesse caso é que tal movimento parece ter significado uma visibilidade social, sendo aproveitado o momento para repassar às comunidades o funcionamento da ULS. Trataram do *Arrastão* como um marco e motivo de orgulho para os profissionais, referindo ter reflexos ainda hoje, após dois anos.

Quando indagamos sobre como são processados e utilizados os dados coletados, as ACS se colocaram, em MB: “*Nós trazemos os dados dos marcadores para a coordenação do posto, mas não sabemos se os dados são discutidos em equipe, acho que não*”.

Como vemos, as agentes não participam do processamento dos dados, e como já abordado no tópico sobre reunião de equipe, não há um momento singular para metabolizar esses dados com os outros profissionais. Vimos que em MA essa questão se resolve com a reunião da enfermagem com as agentes, quando fazem o repasse.

Eu e as agentes semanalmente (nos reunimos), e uma vez por mês, quando a gente faz o fechamento... o relatório.

Temos as 10 microáreas, e sabemos quais as necessidades básicas das dez, né. Mas talvez os outros profissionais não tenham conhecimento disso... na verdade, o que acontece... o trabalho é individualizado.

A questão territorial está intimamente ligada ao planejamento, sendo um exercício valioso para a ESF criar, através do diálogo interno, uma imagem comum do território de responsabilidade. Aparece então como uma ferramenta múltipla, atuando desde a gestão à ponta, desvelando extratos ainda pouco explorados nos níveis de cuidado à comunidade. Em nível de gestão observamos ser uma atividade que (re)contextualiza e estrutura a base de onde parte a organização dos serviços e ações, funcionando então como ferramenta auto-educativa para os profissionais, nivelando os conceitos entre todos e fomentando uma troca permanente de informações e percepções, tornando mais coesa a relação interna e mais efetiva as ações externas.

Já com relação aos casos específicos e individuais, vimos que esses são repassados, pelas ACS, diretamente: *“Trago casos específicos, que tem dificuldade, de forma separada para os profissionais da equipe para saber como podem me ajudar”*. Interessante notar nessa fala que a ACS tomou para ela a questão a ser resolvida, mostrando o envolvimento e responsabilidade diretos que assumem. São abertos campos de visão sobre o território social implicado no território geográfico, de forma a complexificar o olhar e (re)significar as funções da equipe, do indivíduo na equipe, da comunidade e do indivíduo na comunidade.

Do ponto de vista pragmático, a territorialização idealmente serviria para o mapeamento e registros populacionais, criando memória informada dos processos e dinâmicas que evoluem numa comunidade. Em MA relataram:

Quando a gente começou em 2000, a gente tinha um mapa de cada microárea e com o tempo a gente não usou mais o mapa da microárea, e sim de toda a área. ...a gente deve voltar a refazer esse mapa de cada microárea, com as particularidades de novo, porque eu acho que fica melhor pra trabalhar, cada microárea com mapa, melhor que de toda área.

Assim, é possível trabalhar com uma série de dados, como a análise do perfil epidemiológico e demográfico, áreas e dinâmicas de risco, além de criar uma presença física no território, possibilitando trabalhos conjuntos com outras instituições ou organizações locais.

Outra questão a ser colocada é a percepção da criação da identidade da ESF e a sua relação com o trabalho territorial, mostrando se tratar de outra dimensão a ser conquistada.

A equipe que a gente considera é a enfermeira o médico e os agentes. O resto do pessoal quase não conhece... não tem conhecimento do trabalho de PSF. Todo restante da equipe, hoje, esta sendo trabalhada, né, pra poder saber exatamente o que é a Estratégia de Saúde da Família.

Em síntese, há um trabalho com o território de abrangência, o que nos indica que já adentramos um outro patamar no nosso modelo de atenção à saúde, porém nos pareceu ainda não fazer parte da estratégia central, tendo, talvez, como impulso principal o relatório mensal exigido pela gestão, sobre as questões epidemiológicas das áreas.

Acreditamos que a estratégia de ação territorial faça parte de um espectro no cuidado à saúde, assim como a Promoção de Saúde está para a prevenção de doenças. O possível no momento vem sendo o trabalho assistencial mais imediato, porém percebemos uma

progressão lenta no sentido de criar mais um foco de atuação, o da promoção de recursos para a saúde da comunidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente tivemos ótimas vivências no decorrer das visitas aos municípios. A proposta dos grupos focais pareceu-nos acertada, encontrando um equilíbrio entre a disponibilidade dos profissionais em mais um dia de trabalho e a nossa necessidade de realizar uma dinâmica nova para eles, que já há algum tempo não tinham oportunidade de parar para conversar.

No município A conseguimos completar nossos objetivos, criando uma relação amistosa com todos os profissionais da ULS, que fecharam a unidade para tal. Tivemos o diferencial da participação do Secretário Municipal de Saúde, desempenhando seu papel administrativo com loco de trabalho na própria ULS. Encontramos Enfermeiras experientes, funcionando como ativadoras de conexões de trabalho, num papel de liderança. As Agentes Comunitárias com vínculo de longo prazo com o trabalho, aparentando clareza do seu papel e capacitação para tal. Neste município o Médico não fez uso da palavra, a Vigilância Sanitária também esteve presente, com interesse de mostrar seu projeto atual sobre educação ambiental. Sobre o conjunto como um todo, observamos um grau de coesão relativamente refinado, com certa clareza dos campos de responsabilidade e interesse coletivo por visibilidade social dos trabalhos da ULS.

No município B tivemos mais dificuldades durante a atividade, pois a ULS permanecia aberta, com todas as suas demandas, recrutando as enfermeiras que não puderam se dedicar exclusivamente ao momento. Em contrapartida as Agentes de Saúde participaram intensamente, representando a maioria dos participantes. Estiveram aparentemente à vontade para contribuir sobre todos os pontos, revelando-se muito ativas quanto as atividades do posto. Estão em sua maioria há muitos anos na ULS. O Médico não esteve presente durante a atividade. Particularmente percebemos um certo desgaste das duas Enfermeiras que realizam papel de centralidade na organização do serviço, trabalhando de forma muito coesas entre si, como estação de análise e redistribuição das ações.

De forma geral, observamos uma estrutura de equipe relativamente fragilizada, com sinais de sobrecarga sobre o corpo de enfermagem, centro integrador da equipe. Tal situação foi atribuída, por eles, a capacidade de trabalho comprometida, devido às inconstâncias do trabalho médico.

Por fim, concluímos que muitos desafios se impõem à APS, e particularmente à ESF. As questões-chaves relacionadas ao Acolhimento, à Reunião de Equipe, à Visita Domiciliar, à Territorialização, à Promoção de Saúde, à Organização dos Fluxos de Trabalho e tantas outras, são temas a serem estudados em conjunto e integrados progressivamente à prática cotidiana.

Pensamos ser a Educação Permanente ferramenta de suma importância na qualificação e realização da potência da APS como eixo estruturante do SUS. Tais problemáticas tendem a acentuar-se principalmente nos *interiores*, onde existem dificuldades na fixação dos profissionais e poucos recursos e estímulos formativos, ressaltando ainda mais a função dos órgãos gestores na construção das pontes para qualificação dos serviços. Neste sentido, a rede de informação Telessaúde SC se coloca em laços estreitos com os propósitos acima descritos, buscando viabilizar essa troca de saberes com as ESF distribuídas pelo Estado de Santa Catarina.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006. 44 p.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília,

2006. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf> >.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica** – um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis, 2001. 227 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

MINAYO, Maria C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Abrasco, 1993.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

VASCONCELOS E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.