

MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

**DA ‘MOÇA DA VIGILÂNCIA’ AO NÚCLEO DE SAÚDE
COLETIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
O QUE HÁ DE NOVO NO MODELO ASSISTENCIAL
DE CAMPINAS?**

CAMPINAS

2005

MARIA FILOMENA DE GOUVEIA VILELA

**DA ‘MOÇA DA VIGILÂNCIA’ AO NÚCLEO DE SAÚDE
COLETIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:
O QUE HÁ DE NOVO NO MODELO ASSISTENCIAL
DE CAMPINAS?**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas para obtenção de título de Doutor em
Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

CAMPINAS

2005

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

V711m Vilela, Maria Filomena de Gouveia
Da 'moça da vigilância' ao núcleo de saúde coletiva na unidade
básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de
Campinas? / Maria Filomena de Gouveia Vilela. Campinas, SP :
[s.n.], 2004.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Usos da epidemiologia. 2. Capacidade de gestão. 3. Vigilância
epidemiológica. 4. Prestação de cuidados de saúde. 5. Saúde pública.
I. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

2. Prof. Dr. José Maurício de Oliveira

3. Prof. Dr. Marcos Drumond Júnior

4. Profa. Dra. Maria Rita Donalísio Cordeiro

5. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

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

Data: 28/02/2005

DEDICATÓRIA

*Ao David Capistrano (in memorian),
de quem ouvi pela primeira vez
a palavra humanização na saúde
e me ensinou a importância do 'fazejamento'.*

*Ao Gastão Wagner,
sempre brilhante em sua capacidade
de nos colocar em movimento.*

*A todos os trabalhadores da saúde
sanitaristas, vigilantes, usuários,
construtores permanentes do SUS,
meus grandes professores.*

AGRADECIMENTOS

Ao Luiz Cecílio, por ter aberto mais uma vez seu coração, sua biblioteca. Suas orientações e preocupações são a luz que me guiam no difícil exercício da produção intelectual.

Aos residentes da Medicina Preventiva, especialmente a Carol, pela contribuição, apoio e a realização de algumas entrevistas.

A todos os trabalhadores e gestores entrevistados, pela riqueza dos relatos e de suas práticas.

Ao Rubens, por não me deixar desanimar e nem cometer graves erros com a língua portuguesa. Seu amor é base da minha coragem.

Ao Gui, filho e companheiro, que cuidou de mim, me entendeu, mesmo sem entender por que alguém faz tese.

Aos familiares e amigos queridos, especialmente minha mãe e a Rose, pelo carinho de sempre e a compreensão do meu momento, das minhas ausências.

Ao pessoal do Distrito de Saúde Noroeste, pelo bom-humor e paciência com a chefe 'em tese'. Sem esse estímulo não teria conseguido seguir adiante.

À Carol Helena, companheira de infortúnios e alegrias.

À Carminha, Roberto e Vânia, pelo apoio e ajuda no momento de afastamento do trabalho.

Às amigas e companheiras de jornada Nayara, Salma, Brigina, Jô e Eliete, sempre prontas a me ouvir e ajudar nas agruras e apertos.

À Carla pela experiência e contribuições fundamentais com o grupo focal.

Ao Cassius pela disponibilidade e ajuda com as entrevistas.

À Lola, Sr. Bernardo, Rô, Rubinho, Lu, Fabiana, Elô, Lili, Prof^a Rita, Prof^a Helenice, Cris Restituti, Cláudia, Haidê, Leandro, pelas dicas e empréstimo de material.

Ao pessoal do Cets, pela 'infra' em vários momentos.

Ao pessoal dos Distritos de Saúde Leste, Sul, Sudoeste e Norte, pela acolhida calorosa e pelas informações da situação dos Núcleos de Saúde Coletiva em suas respectivas regiões.

Aos meus professores Rita Donalísio e Emérson Merhy, pela continência e dicas dos rumos desta investigação no momento da banca de qualificação.

À Léo, por cuidar da papelada e alunos, iguais a mim, sempre à beira de um ataque de nervos, espremidos pelos prazos.

Ao meu pai (*in memorian*) que sempre me orientou com seu amor e ensinamentos pra vida.

Casulo

Casulo:
trabalho

oculto
trabalho
do sono.

seda:
trabalho

borboleta
futura.

Sono:
Trabalho

ardente trama
da meta
morfose.

Orides Fontela
(do livro “Teia”)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxvii</i>
ABSTRACT	<i>xxxi</i>
APRESENTAÇÃO	35
CAPÍTULO 1- Reflexões teóricas sobre aspectos da integridade, epidemiologia e gestão em saúde	41
1.1- A integralidade: de princípio do SUS à prática dos serviços	43
1.2- A epidemiologia e os serviços	53
1.3- A organização e a gestão das práticas em saúde	73
CAPÍTULO 2- A construção da pesquisa	95
2.1- Os objetivos do estudo	97
2.2- As perguntas que a pesquisa buscou responder	98
2.3- As hipóteses da pesquisa	99
2.4- As opções metodológicas e o desenho do estudo	99
2.4.1- O grupo focal.....	110
2.4.2- As entrevistas.....	112
2.5- A área estudada	113
2.6- A situação dos NSC segundo sua implantação ou não	115
CAPÍTULO 3- O objeto: o Núcleo de Saúde Coletiva no contexto do Programa Paidéia de Saúde da Família	119
CAPÍTULO 4- Uma leitura do material empírico	131
4.1- O grupo focal com os representantes dos Distritos de Saúde: os dilemas e a riqueza na implantação dos NSC	134

4.2- NSC 1: o enfrentamento da crise e o fortalecimento da grupalidade.....	142
4.3- NSC 2: oportunidade estratégica de qualificar a vigilância.....	148
4.4- NSC 3: a sanitária, os agentes comunitários de saúde e muita ação.....	156
4.5- NSC 4: em busca da informação para a ação.....	167
4.6- NSC 5: a re-significação das ações de saúde pública: em busca da identidade e do melhor modo de operar.....	173
4.7- A pauta de atividades dos NSC.....	181
4.8- As ‘regularidades’ ou blocos temáticos.....	184
CAPÍTULO 5- Da Regularidade do cotidiano à Singularidade do Núcleo de Saúde Coletiva: uma Discussão a partir do material empírico.....	185
CONCLUSÃO.....	227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	231
APÊNDICES.....	243
NOTAS FINAIS.....	255

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AR	Administração Regional
BK	bacilo de Koch (exame de escarro para detecção)
CA	câncer
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CII	Coordenadoria de Informação e Informática, da Secretaria Municipal de saúde de Campinas.
CO	citologia oncótica
COSAT	Coordenação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
CoViSA	Coordenadoria de Vigilância e Saúde Ambiental
CLS	Conselho Local de Saúde
CS	centro de saúde
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELR	equipes locais de referência
GO	ginecologista obstetra
HIPERDIA	sistema de informação do Ministério da Saúde para o programa de atenção da hipertensão e diabetes
IB	Índice de Breteau - mede densidade larvária do mosquito <i>aedes aegypti</i>
LACES	Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp
NIC	neoplasia intraepitelial cervical
NSC	núcleo de saúde coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN	Programa de Controle das Carências Nutricionais
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PPI-ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PPI-VS	Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RN	recém-nascido
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde
SIGAB	Sistema de Informações Gerenciais da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL	Sistema de Informações sobre o prenatal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SV2	Sistema de Vigilância 2 – instrumento de registro de doenças e agravos sob vigilância na unidade de saúde
TABNET	ferramenta de trabalho para acessar e tirar relatórios de bancos de dados dos sistemas de informação
TABWIN	aplicativo do sistema operacional WINDOWS
TI	tecnologias da informação
TB	tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
VE	vigilância epidemiológica
VIGIFEX	sistema de vigilância das doenças exantemáticas
VISA	vigilância em saúde
VISAU	Vigilância da Saúde

	<i>PÁG.</i>
Figura 1- Mapa do município de Campinas e áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde por Distrito de Saúde.....	114
Figura 2- Fluxograma: Os NSC e a micropolítica do trabalho em saúde.....	226

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Quadro demonstrativo da situação dos NSC segundo implantação ou não, nos cinco Distritos de Saúde, SMS, 2004.....	116

RESUMO



Em 2001, a partir da mudança no governo municipal, foi reorganizado o modelo de atenção à saúde no município de Campinas. Considerou-se a reformulação da rede básica de saúde como estratégica na reorientação do novo modelo assistencial, com vistas a garantir o acesso e a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS. Neste sentido, uma das diretrizes do modelo foi a ampliação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos no nível local. O arranjo instituído para dar conta deste objetivo foi o Núcleo de Saúde Coletiva, implantado nas unidades básicas de saúde.

Esta investigação constitui-se em um estudo de caso, cujo objetivo foi avaliar a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas unidades básicas de saúde. A questão central a ser respondida era: o Núcleo de Saúde Coletiva é um dispositivo que consegue, em alguma medida, romper a verticalidade e a duplicidade das linhas da vigilância (epidemiologia) e da assistência individual (clínica) e criar uma prática mais integral em nível local? Acreditando que a busca de respostas poderia revelar a riqueza do processo de implantação desse arranjo institucional, formularam-se algumas hipóteses para orientar o levantamento do material empírico e a análise do mesmo. São elas: o Núcleo de Saúde Coletiva, como diretriz de governo, é re-inventada pelas equipes locais (trabalhadores da saúde), de forma a coexistir múltiplas maneiras de funcionamento nas várias unidades de saúde; como consequência, são diferentes os impactos do seu funcionamento na micro-política das unidades, em particular a tentativa de uma maior articulação entre as ações coletivas e individuais; pode estar ocorrendo um ‘abandono’ das atividades tradicionais de vigilância epidemiológica nas unidades básicas de saúde.

Baseando-se no material empírico, construído a partir do relato de experiência dos trabalhadores de saúde, nos documentos oficiais e, ainda, no referencial teórico da integralidade da atenção, da epidemiologia nos serviços de saúde e da gestão em saúde foi possível comprovar as duas primeiras hipóteses formuladas. Foi possível perceber regularidades nos discursos e nas práticas dos Núcleos de Saúde Coletiva, representadas em sua maioria pelas dificuldades comuns aos serviços. Porém, o principal achado do estudo foi o encontro de singularidades no universo destes arranjos institucionais, que possibilitam afirmar que estão emergindo novos sujeitos coletivos, diferentes daqueles representantes da saúde pública e da clínica tradicionais.

ABSTRACT



In 2001, after the change in municipal government, a model aimed to give attention to health in the municipality of Campinas was reorganized. The reformulation of the basic health system was considered as strategic in rearranging the new assistance model in order to warrant the access to and the improvement of service quality of SUS (Unified Health System) users. In this sense, one of the guidelines of the model was the augmentation of health action plans and disease and aggravation prevention at the local level. The institutional arrangement created to attend this need was the Collective Health Nucleus, implemented in the basic health units.

This investigation consists of a case study, which aim was to evaluate the implementation of Collective Health Nucleus in basic health units. The main question to be answered was: is the Collective Health Nucleus a tool that is somehow able to rupture the verticality and duplicity of surveillance lines (epidemiology) and individual (clinical) assistance and create a more thorough practice at local level? Supposing the search for answers would be able to reveal the richness of the implementation process of that institutional arrangement, some hypothesis were formulated to guide the gathering and analysis of empiric material. These are: the Collective Health Nucleus, as a governmental guideline, is “reinvented” by local teams (health personnel), so as to make multiple ways of working coexist in each health unit; as a consequence, their impact are different in terms of micro-politics in each unit, in particular, to obtain greater articulation among these collective and individual actions; maybe the fact that the traditional epidemiological surveillance activities are being ‘abandoned’ from the scope of basic health units.

Based on empiric material built upon the experience reported from the health personnel, on official documents and theoretical reference material on wholeness of attention, the use of epidemiology in health services and organization of health practices management, it was possible to prove the two first hypothesis formulated. It was also possible to notice regularities in both speeches and practices of Collective Health Nucleuses represented mostly by common difficulties inherent to the services. However, the main finding of this study was the singularities in the institutional arrangement universe, which enable the assumption that there are new collective subjects emerging, different from those representing traditional clinical and public health contexts.

APRESENTAÇÃO



De primeiro as coisas só davam aspecto

Não davam idéias.

A língua era incorporante.

Manoel de Barros

(O Livro das Ignoranças)

Um dos dispositivos¹ do modelo assistencial implantado em Campinas, a partir de 2001 – o Programa Paidéia de Saúde da Família – é o Núcleo de Saúde Coletiva nas unidades básicas de saúde. Um dos objetivos do Núcleo de Saúde Coletiva é ampliar as ações coletivas na unidade básica de saúde, através das atividades de prevenção e de promoção de saúde.

Antes de 2001, já desde o início da década de noventa, o SUS Campinas descentralizou as ações de vigilância epidemiológica para as unidades básicas de saúde, sendo esta prática, na maioria das vezes, delegada a um profissional específico, enfermeiro ou profissional de enfermagem, a ‘moça da vigilância’. As ações de vigilância foram hierarquizadas em um sistema municipal de vigilância em saúde, com responsabilidades definidas para os níveis centrais, regionais e locais. Além das ações de vigilância as unidades sempre desenvolveram outras ações coletivas, como grupos e outras atividades de educação e promoção de saúde.

Em relação à importante ferramenta do trabalho em saúde, a informação, tradicionalmente, a análise do que é produzido pelas equipes não vem sendo assumida pelos gestores locais e, muito menos, pelos próprios trabalhadores, ficando a cargo dos distritos de saúde ou do nível central produzir, analisar e disseminar informações epidemiológicas ou outras que possam nortear o planejamento e a tomada de decisões para as ações de saúde.

O Núcleo de Saúde Coletiva nasceu dessa necessidade de valorizar na agenda dos profissionais da rede básica as ações coletivas em saúde. Nasceu para servir de argamassa às atividades realizadas de forma dispersa, nem sempre com avaliação acerca

¹ Segundo BAREMBLIT (1996) dispositivo é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o novo Radical.

das necessidades de saúde e, ou, impacto das ações sobre a saúde das pessoas no território em que vivem. Nasceu para tentar aproximar a epidemiologia e a clínica, a epidemiologia e a gestão.

Essa proposta, por tratar-se de um grande desafio, mostrou-se reveladora da riqueza e do potencial deste dispositivo, na medida em que demonstra, entre outras coisas, como é determinante a forma de fazer, o como fazer, ou seja, o componente da gestão neste processo. É instigante observar os movimentos feitos pelas várias equipes, as de nível central, regional e local do município para viabilizar a proposta.

É necessário avaliar os avanços, possíveis retrocessos em algumas práticas de saúde já em curso e as possibilidades de ousar na busca da integralidade da atenção e da produção de saúde no *locus* prioritário do modelo de atenção: a rede local de serviços de saúde, a rede básica, cada vez menos básica, cada vez mais complexa pela natureza dos problemas de saúde que tem enfrentado neste começo de século.

A participação nesta discussão, da implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva nas unidades básicas, a partir da inserção como técnica da Vigilância em Saúde do município, posteriormente envolvida na capacitação dos profissionais no Programa Paidéia de Saúde da Família de Campinas e, em seguida, como gestora de um Distrito de Saúde, despertou em mim o desejo de avaliar essa experiência, por entendê-la como inovadora, com potencial concreto de diminuir a fragmentação das práticas em saúde.

Práticas voltadas para a assistência individual – a clínica da maioria dos profissionais – geralmente sem ligação com problemas coletivos, e de outro lado, as ações tradicionais da saúde pública. Estas últimas, imersas no coletivo, porém, sem a possibilidade de ampliação do fazer coletivo, pois centradas na maioria das vezes em desenvolver ações de controle de doenças já em curso, ou em tentativas hercúleas – e muito nobres – de perseguir tarefas de prevenção de doenças, agravos ou mortes, sem um elo de ligação com um projeto de intervenção mais elaborado para um determinado território, este sim, objeto de prática de todos os trabalhadores de saúde.

Este tema, o da fragmentação das práticas e como fazer para diminuir esse fenômeno, já foi objeto de estudo de minha dissertação de mestrado, pois, uma das hipóteses para explicar a epidemia de sarampo na região de Campinas, em 1997, era a deficiente integração entre ‘vigilância’ e ‘assistência’ no modelo assistencial operado pela rede básica. Hoje, a realidade é diversa daquela vivida há quase oito anos, porém a indagação continua e o desejo de buscar algumas respostas também.

Este estudo parte da identificação de um problema, qual seja, o de que as atividades de vigilância, e outras de caráter coletivo permanecem historicamente e de maneira geral dissociadas das atividades voltadas para o atendimento individual. O Núcleo de Saúde Coletiva (NSC) é um dispositivo ou arranjo organizado e pensado para promover uma maior aproximação entre essas duas lógicas, em nível local, mesmo considerando que tal dissociação permanece em outros níveis do sistema de saúde. No primeiro capítulo foi feita uma pequena reflexão teórica sobre a integralidade da atenção, a epidemiologia e os serviços e, ainda, a organização e gestão em saúde, apontando-se alguns aspectos importantes para o diálogo com o objeto desta investigação, na tentativa de compreender melhor o potencial de mudança ou não que um arranjo como o NSC pode trazer para o processo de trabalho em saúde. O capítulo seguinte, sobre a construção da pesquisa, apresenta os objetivos, as perguntas e as hipóteses do estudo, o desenho da investigação, as etapas percorridas para o levantamento do material empírico e algumas ferramentas utilizadas para sua análise.

O capítulo três apresenta o objeto, o Núcleo de Saúde Coletiva no contexto do Programa Paidéia de Saúde da Família, através da recuperação de documentos oficiais produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004. São explicitados os seus objetivos e as formas de operação. Um estudo sobre a implantação de um NSC em uma unidade básica no ano de 2001 também é apresentado como referência para complementar a caracterização do NSC. Outras diretrizes operacionais adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde e referidas no estudo também são conceituadas.

A leitura do material empírico é realizada no capítulo quatro, no qual são apresentados os resultados, quais sejam, os resumos construídos pelo pesquisador a partir de cada um dos momentos das entrevistas com os sujeitos envolvidos na pesquisa, ou seja,

o grupo focal, com os representantes dos distritos – os apoiadores institucionais e coordenadores das VISAs – e as entrevistas com os cinco NSC e os respectivos temas que emergem destes momentos. Tentou-se retratar o que há de singular nestes espaços, no que diz respeito à forma de fazer, a percepção dos avanços e dificuldades na implantação do NSC. Baseando-se no grupo focal com os Distritos de Saúde foi construído um diálogo com os núcleos na tentativa de identificar as regularidades nos discursos para posterior discussão e análise.

No capítulo seguinte, o da discussão, é realizada a análise do material empírico, a partir da pauta de regularidades e também explicitadas as singularidades encontradas no universo dos NSC. As fontes para o diálogo com o material empírico foram os referenciais teóricos da integralidade, epidemiologia e gestão.

Como conclusão do estudo, a implantação dos NSC na rede básica de Campinas é confirmada como inovadora e com alto potencial para trazer mudanças ao modelo assistencial e melhorar a integralidade da atenção. É uma experiência ainda em curso, complexa, cuja implementação traz consigo dificuldades técnicas e operacionais inerentes a um processo de trabalho que ambiciona integrar as práticas em saúde.

Acredito na força da experiência das equipes locais em busca de soluções para os problemas de saúde e a procura de formas mais prazerosas e eficazes para desenvolver o trabalho em saúde. Nós, gestores, epidemiologistas, vigilantes, sanitaristas, analistas institucionais, psicanalistas, e outros tantos especialistas, portadores de saberes disciplinares distintos, podemos contribuir, e muito, nessa busca, com nosso desejo político, nossa vontade, nosso saber técnico, logístico, emocional, subjetivo e com tudo que estiver a nosso alcance para produzir um mundo melhor, onde não se morra tanto, ou se sofra tanto pelo que se acredita já saber cuidar e fazer.

***CAPÍTULO 1- Reflexões teóricas sobre aspectos da
integralidade, epidemiologia e gestão em saúde***

Todas as coisas do mundo não cabem numa idéia.

Mas tudo cabe numa palavra,

nesta palavra tudo.

Arnaldo Antunes

(do livro: “As Coisas”)

1.1- A integralidade: de princípio do SUS à prática dos serviços

A Constituição do Brasil, no capítulo da Seguridade Social, Seção II, da Saúde, art. 198, estabelece:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Também referente à Constituição Brasileira, a Lei Orgânica da Saúde, 8080 (BRASIL, 1990) cria o SUS e define como seus princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. A integralidade aí entendida como direito à saúde, fruto do movimento da reforma sanitária brasileira expressa na lei como princípio, quase indissolúvel dos outros dois (CAPISTRANO FILHO, 1995; CECÍLIO, 2001a).

Sem prejuízo do entendimento dos laços estreitos entre os princípios do SUS, será mais detalhado este componente da integralidade, na tentativa de buscar respostas e estabelecer um diálogo necessário entre esta pouco ousada reflexão teórica com a prática dos serviços, em especial, a do objeto desta investigação.

CAMARGO JR (2001) não considera a palavra integralidade como um conceito, é no máximo

...uma rubrica conveniente para um agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas[...]um conjunto de tradições argumentativas[...]a inexistência de uma definição de fato[...]é ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potencialidade.

PINHEIRO (2001) assume uma certa objetividade em situá-la como uma “ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde no plano individual[...]e no plano sistêmico”.

Alguns autores a colocam como objetivo da atenção em saúde, elemento articulador das políticas públicas de saúde, definidor do patamar ético destas políticas, “utopia”, “miragem fugidia”, “imagem objetivo”, “idéia-força”, campo no qual princípios e valores organizadores da assistência devem ser defendidos e interessam a todos os cidadãos na medida em que, em determinados momentos, se prestam à luta para manutenção destas mesmas políticas ou resistir a propostas para o campo da saúde com vieses economicistas, focalizadores e, em última instância, criadores de barreiras de acesso (CECÍLIO, 2001; CAMARGO JR, 2001; MATTOS, 2001; MATTOS, 2003). CAMARGO JR. (2003) a situa ainda como “ideal regulador”, um “dever”. Ela é, segundo o autor, a “um tempo inalcançável e indispensável”.

São variadas as abordagens dos autores que mais recentemente se debruçaram sobre o tema da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Abordagens com conteúdo mais político que o tema suscita, ou mais acadêmicas, no sentido da avaliação crítica e, ou, elaboração de proposições sobre a assistência. Ou ainda, como caráter de qualidade dos serviços ou a distinção entre a mera integração entre programas ou as várias partes de um sistema de saúde (CONILL, 2002; CONILL, 2004; FERREIRA, 2004).

De qualquer modo, interessa buscar compreender porque as práticas são fragmentadas, se ainda persistem as eternas ‘totalidades’ ou pólos prevenção X cura, individual X coletivo, epidemiologia X clínica, ou caminha-se para uma “cultura sanitária de síntese” (CAPISTRANO FILHO, 1995).

TEIXEIRA (2003) traz uma abordagem interessante sobre a questão destas totalidades. Elas são “preceitos metafísicos” debatidos há tempos por intelectuais da área da saúde, ao mesmo tempo em que nos serviços “a necessidade urgente de se integrar o outro vinha sendo indicada de múltiplas formas.” O outro aí compreendido como o usuário e suas vozes. E afirma:

As diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar, isto é, ‘tornar inteiro: completar, inteirar, integralizar’. E como há muita coisa cindida, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas.

GUEDES (2001) faz a distinção entre a integração na gestão de programas verticais e a integralidade na execução de suas ações por equipes de saúde. A autora faz um resgate daquilo que chamou os três momentos da Reforma Sanitária Brasileira, com períodos históricos distintos, as concepções nascidas ou reforçadas em cada período e as conseqüências destes movimentos na organização do SUS e nas práticas em saúde. Considera, no estudo sobre a evolução da Atenção Básica à Saúde¹ no Brasil nas duas últimas décadas, os programas PACS/PSF/PCCN² os que têm na integralidade das ações e na integração institucional o seu eixo articulador.

Outro eixo articulador do Programa do PSF e PACS, além da integralidade, é a vigilância à saúde, presentes nos textos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Embasa este eixo articulador a concepção da necessidade da construção de uma nova prática sanitária em contraposição à prática sanitária da atenção médica, ditada pelo modelo médico americano do início do séc. XX – oriundo do relatório Flexner, por isso paradigma flexneriano (MENDES, 1996). O autor acrescenta ainda que esta prática médica dissocia a clínica da epidemiologia e submete a última para uma “situação de subordinação complementar” (p. 242).

¹ Atenção Básica à Saúde, segundo a autora, corresponde a um conjunto de ações individuais ou coletivas, localizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e que apresenta como objetivos a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Tem como base os pressupostos do SUS presentes na Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080/90.

² PACS – Programa de agentes comunitários de saúde; PSF – Programa de saúde da Família; PCCN – Programa de Controle das Carências Nutricionais

FRANCO e MERHY (2003), em uma análise crítica sobre o Programa de Saúde da Família, questionam, por outro lado, a submissão da clínica pela epidemiologia, entendendo o potencial daquela na produção de saúde e afirmam que não é possível “tomar certas modelagens do trabalho clínico médico, pelo conjunto da prática clínica”.

CAMPOS (1992, 2000a) também expressou preocupação sobre os limites do discurso médico tradicional e do outro lado o da saúde pública, representado na opinião do autor, pelo discurso da vigilância à saúde, e estava à procura de algo mais que ligasse esses “dois mundos”. O mesmo autor, dez anos depois, parece ter encontrado algumas respostas, quando propõe um modelo híbrido, a partir do Programa de Saúde da Família, que tem como eixo a clínica ampliada, como também ações de promoção e prevenção de saúde em um dado território. O autor afirma: “um dos meios adequados para a prática de uma clínica de qualidade é o fortalecimento de vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência” (CAMPOS, 2003, p.71). Acrescenta ainda que a produção de saúde é objetivo tanto da clínica quanto da saúde coletiva e o que as diferencia são seus objetos, ambos os campos disciplinares com recortes diferenciados em torno do processo saúde/doença (CAMPOS, 2000a).

Este debate sobre estas dualidades/totalidades ou “falsas dicotomias” (SILVA JR, 1996), sobre as formas de organização da assistência, se centrada mais no sujeito e suas singularidades, ou na lógica da programação; ou, ainda, sobre a autonomia do trabalho médico e trabalho em equipe, ou outros temas polêmicos é antigo e faz parte da essência da reforma sanitária e da história do SUS. Este debate foi e é abordado permanentemente por autores importantes, além dos já citados até aqui, e este estudo não pretende de forma alguma esgotá-lo ou trazer algo novo, apenas tentar revelar a riqueza mesma do debate e sua interface com a discussão da integralidade (AROUCA, 1975; DONNANGELO e PEREIRA, 1979; SCHARAIBER, 1993; NUNES, 1996; PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998).

Parece haver convergência entre os estudiosos sobre o objetivo das práticas sanitárias em produzir saúde. CAMPOS (2000a) fala em “produzir valor de uso ou algum coeficiente de bem-estar[...]ainda que, junto se produzam algum grau de iatrogenia e

controle social. Nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender a necessidades sociais.”

CECÍLIO (2001a) aprofunda a discussão, na linha das necessidades de saúde, considerada por ele como “conceito estruturante na luta pela integralidade e pela equidade” e vista também como ‘analisador’, pela capacidade que têm de “ajudar as equipes, trabalhadores, serviços e redes de serviços a fazer uma melhor ‘escuta’ das pessoas que buscam ‘cuidados em saúde’ tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas”. A demanda é entendida neste contexto como o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Baseado em outros estudos acadêmicos, necessidade de saúde é reconhecida como social e historicamente determinada, porém captada na sua dimensão individual.

Para o objeto deste estudo fica a pergunta: em que momento é possível perceber necessidades coletivas de saúde? Elas só expressam a soma das necessidades individuais, ou sua percepção está na esfera da política³, percebida como necessidades sociais de saúde, captada pelos técnicos da saúde pública ou da saúde coletiva?

CECÍLIO (2001a) propõe quatro conjuntos de necessidades, que seriam ofertados em uma “cesta de necessidades” à disposição das equipes para percebê-las e direcionar as ações de saúde no sentido de tentar atendê-las. A primeira delas diz respeito a “ter boas condições de vida”, em que se mesclam elementos do ambiente, ou externos (trabalho/renda, acesso a água tratada, entre outros); o segundo conjunto diz respeito a se ter acesso e poder consumir “toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”, sem necessariamente distinguir se o acesso deva se dar por níveis de complexidade, senão pelo valor que é atribuído a cada tecnologia, da mais “leve” ou “dura”⁴ de acordo com a singularidade e a história de cada um. O terceiro bloco de necessidades está na criação de vínculos “(a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional[...]algo como o rosto do sistema de saúde[...]vínculo, mais do que a simples adscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa[...]significa encontro de

³ BOBBIO *apud* FRANCO e MERHY (2003): política entendida aqui como: “atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a polis, ou seja, o Estado[...]significa tudo que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social”.

⁴ MERHY, 1997 *apud* CECÍLIO (2001a)

subjetividades”. Por fim, a necessidade de buscar autonomia, “ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Esse modo de definir necessidades de saúde de maneira mais descritiva e operacional serviria para ‘instrumentalizar’ práticas integrais de saúde em qualquer etapa do trabalho em um sistema de saúde, hospitais, pronto-socorros, ambulatórios de referência, e não como um atributo apenas da rede básica. Sabendo-se que “a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe[...]a integralidade nunca se dá em um lugar só”. O autor denominou de “integralidade focalizada” aquela que diz respeito a um serviço e será alcançada a “(máxima) integralidade (possível) da atenção, pautada pelo (melhor) atendimento (possível) às necessidades de saúde portadas pelas pessoas”.

Um outro aspecto importante da integralidade diz respeito à articulação dos serviços a uma rede complexa, composta por vários serviços e outras instituições fora do setor da saúde. A visão macro da integralidade, aí definida por CECÍLIO (2001a) como “a integralidade ampliada”. A discussão do sistema de saúde visto como pirâmide, em que os serviços encaminham para outros de níveis de complexidade crescente dá conta de um aspecto da integralidade, pois depende, novamente, das necessidades do usuário. Corre-se o risco de ver os serviços mais complexos, altamente especializados, como o hospital, por exemplo, descompromissados com a integralidade, entendidos como aqueles que apenas finalizam o cuidado, o que não é real. A idéia do autor, compartilhada por outros autores, é pensar em circuitos mais abertos, fluxos e não em um sistema fechado, no qual a porta de entrada é definida pela organização do sistema e não pelas necessidades dos usuários. A integralidade “seria conseguida por uma boa articulação entre os serviços, cada um ‘cumprindo a sua parte’” (CECÍLIO, 2001a; FRANCO e MAGALHÃES JR, 2003; CECÍLIO e MERHY, 2003).

De qualquer modo, parece difícil questionar a maior possibilidade do exercício da integralidade nos serviços básicos de saúde. Sempre ficarão indagações sobre qual rede básica estão se referindo os autores, uma vez que há várias formas de se organizar modelos assistenciais e que estes são articulados conforme pressões dos grupos políticos e

econômicos, e serão definidos por “quem – ou quens – detiver poder para hegemonizar este processo” (FRANCO & MERHY, 2003).

Levando-se em conta a historicidade, os aspectos políticos das escolhas dos modelos assistenciais, o tipo de atenção à saúde que será prestada aos usuários e, ainda, tendo como referencial a reforma sanitária e a construção do SUS, o que se espera de uma rede básica é que seja essencialmente orientada pela democratização das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, que construa novos sujeitos, gere política e produza saúde (CAMPOS, 1992; MERHY, 1997a). Uma rede básica, de preferência inserida em um modelo de atenção que tenha como diretrizes gerais acolher bem, responsabilizar-se pelo outro e pelo território, cuidar, tendo em mente a autonomia dos usuários e cidadãos para resolver seus problemas e envolver-se nos problemas coletivos, integrar a atenção individual e coletiva, avaliar riscos e intervir precocemente sobre eles, trabalhar em equipe, buscando cada vez mais que os trabalhadores, usuários e gestores tornem-se construtores da sua própria história⁵.

Parece ser óbvia a presença da integralidade da atenção e do cuidado quando a partir da necessidade de vínculo apontada por CECÍLIO (2001a) um determinado cidadão consegue em um mesmo local acessar várias tecnologias em saúde como, por exemplo, participar de um grupo de atividade física voltada para pessoas portadoras de diabetes, caso ele seja um cidadão diabético, uma consulta com o ‘seu’ médico, ou ‘sua’ auxiliar de enfermagem. Ou ainda, ter sua consulta com o especialista, o oftalmologista, por exemplo, garantida através daquele serviço, sem a necessidade deste mesmo cidadão ter que ‘batalhar’ pelo acesso àquela tecnologia realizada em outro espaço do sistema de saúde. E mais, ter a visita do agente comunitário e do enfermeiro em sua residência para ajudá-lo a melhorar sua qualidade de vida, caso ele não disponha de uma rede de ajuda suficiente para garantir o cuidado com sua saúde. Ou acessar o hospital, caso seja necessário algum procedimento mais especializado, este último serviço articulado com a equipe mais diretamente responsável pelo cuidado.

⁵ Texto de VILELA, M. F. G. extraído da Apresentação do Relatório de Gestão, 2001-2004 do Distrito de Saúde Noroeste (PMC, 2004h).

Por outro lado, CAMPOS, C. (2003) afirma: “perseguir o que parece ser óbvio pode ser mais difícil do que se imagina”. Continuar perseguindo passa a ser então o objetivo dos que acreditam no SUS. O autor continua:

Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

RIMOLI (2003) quando opta por analisar uma intervenção pedagógica em uma unidade básica de Saúde, o faz naquele *locus* da atenção em saúde devido a

...sua valorosa missão no prevenir, no assistir e no educar; por seu papel de entrada e resolutividade no Sistema Único de Saúde – SUS; por reconhecê-lo como lugar de produção de conhecimento e, ainda, por sua potencialidade de comunicação com a comunidade.

Talvez, neste momento do debate sobre integralidade, cabe a ressalva do papel de porta de entrada da rede básica não como a única, nem como o espaço mais resolutivo, mas sem dúvida, um lugar importante de chegada dos cidadãos quando acessam o sistema de saúde.

BODSTEIN (2002) afirma que a implementação e os resultados da integralidade serão “extremamente incertos” sem o fortalecimento da rede básica de serviços e a mudança do modelo assistencial. Neste sentido, acredita que o PSF cumpra este objetivo de mudança do modelo assistencial, indo mais longe, para além do setor saúde:

Como programa de saúde coletiva e acompanhado por políticas intersetoriais exerce um papel central junto às políticas de combate à pobreza e à exclusão social. Além disso, os custos crescentes das ações médicas e terapêuticas, bem como o declínio da qualidade do atendimento tornam as estratégias de reorganização e fortalecimento das ações básicas e de desenvolvimento da atenção primária um mecanismo efetivo de ampliação da oferta de saúde e de extensão de cobertura, especialmente em áreas carentes de outros recursos médico-assistenciais.

Cabe um alerta sobre os riscos de se conferir ao PSF praticamente a solução ou única alternativa para se reformar a rede de serviços. Apesar da inegável ampliação do acesso, da melhoria da integralidade da atenção e a cobertura em locais desassistidos que este Programa está trazendo, não se garantirá a resolução dos complexos problemas de saúde no Brasil com a “idéia de atenção básica como um pacote mínimo de ações voltadas para a assistência aos pobres” (CAMPOS, C., 2003), sob pena de prejuízo de um outro princípio do SUS, o da universalidade e a necessidade de garantia da assistência integral, com serviços instalados e com oferta de toda a tecnologia disponível e conhecida para se garantir a atenção e o cuidado à saúde, não apenas na rede básica, mesmo que seja esta com algum potencial de mudança, como o PSF (FARIAS, 2001).

Algumas mudanças de modelo antecessoras do PSF, como a Medicina Comunitária e o modelo de Cuidados Primários em saúde não lograram êxito em uma das questões básicas que se esperava da reforma dos modelos assistenciais, qual seja, a redução dos custos, pois não alteraram substancialmente o processo de trabalho centrado nos procedimentos e atos médicos, vigentes no modelo médico hegemônico. Para se contrapor de fato a esse modelo hegemônico há que se fazer o debate em torno da importância do trabalho em saúde “vivo em ato e seus dispositivos instituintes” e não apenas “a intervenção no ‘território-processo’, articuladas aos instrumentais da epidemiologia e da vigilância à saúde como único espaço do *locus* das ações, que tem como objetivo conservar a saúde da população” (FRANCO e MERHY, 2003).

Segundo FERREIRA (2004) a prática da integralidade levada a cabo em sua radicalidade talvez possa trazer mais uma luz neste debate do modelo médico hegemônico na medida que representa “uma mudança cultural[...]rompimento de formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas relativas a padrões de intervenção médica”, referindo-se ao trabalho em equipe e interação, às trocas intersubjetivas e à comunicação entre os profissionais. Essa discussão sobre o modo de fazer será melhor abordada neste capítulo, no item Organização e Gestão das práticas em saúde.

A forma de demandar serviços ou assistência à saúde, por parte dos usuários, também está em boa medida ‘contaminada’ por esse aspecto cultural do modelo médico hegemônico, qual seja, ter saúde significa consumir procedimentos médicos. ACIOLI

(2001) demonstra, em outro sentido da integralidade, o de exercê-la também sob o prisma das práticas voltadas para a saúde/doença dos grupos populares da sociedade civil, nos quais, para além desta reprodução do modelo hegemônico, há também componentes de outras “estratégias ratificadoras de outros valores sociais diferentes dos da ordem médica” e de percepção do processo saúde/doença. Se a luta contra-hegemônica continua sendo a construção de modelos assistenciais “usuário-centrado”, conforme indicado por FRANCO e MERHY (2003), é importante para os trabalhadores no seu “trabalho vivo em ato” levar em conta o significado de saúde/doença atribuído pelos sujeitos usuários das práticas em saúde.

Desse encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços é de onde parece nascer a maior parte da observação do exercício da integralidade na prática, mencionada por vários autores. MATTOS (2004) traz contribuição importante neste sentido ao trazer o tema da articulação entre assistência e prevenção no momento da procura do usuário pelo serviço. O autor argumenta que se deva desenvolver nos profissionais de saúde a “capacidade para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos”. O autor acredita que se deva incluir no cotidiano o que chamou de “busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas”, aquelas nem sempre explicitadas pelos usuários e que se referem a essa necessidade de prevenir agravos antes que eles ocorram. Para os serviços isso significa “criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além de ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção”.

Não se trata apenas de estabelecer rotinas ou protocolos de como perceber e oferecer ações preventivas, mas sim a partir de um conhecimento técnico, oferecer estas ações de acordo com o contexto de cada encontro entre os usuários e a equipe, sendo o referencial para se perceber o contexto, entre outras coisas, mais uma vez as necessidades, como abordadas por CECÍLIO (2001a). Assim, para MATTOS (2004), um outro sentido da integralidade, a da prática, advém desta melhor articulação entre assistência e prevenção. É possível afirmar que uma ação cuidadora pode ser, ao mesmo tempo, curadora e preventiva de outros agravos ou complicações daquele mesmo agravo que gerou a procura pelo serviço.

Se existem as “necessidades silenciosas” e essas parecem se referir àquelas necessidades não manifestas, perceptíveis pelo exercício cotidiano do trabalho em saúde, parece também correto afirmar que algumas dessas necessidades são percebidas para um conjunto de pessoas, mesmo com a ressalva de que os problemas ou necessidades são expressos de forma singular, por sujeitos singulares e de acordo com o contexto de cada encontro entre equipes e usuários. Também parece correto afirmar que há um conjunto de necessidades sociais e de saúde que conforma uma percepção coletiva de necessidades ou de problemas de saúde, em um dado território. Sobre este aspecto, o da percepção de necessidades coletivas de saúde ou a detecção de problemas coletivos de saúde, além de uma clínica ampliada, a epidemiologia e a informação em saúde são outros campos disciplinares muito potentes na contribuição com os serviços de saúde, na perspectiva destes ofertarem cada vez mais ações preventivas e de promoção de saúde possíveis de trazer impactos positivos para a saúde das pessoas.

1.2- A epidemiologia e os serviços

Qual epidemiologia é essa capaz de oferecer aos serviços um arsenal tecnológico que permita às equipes conhecer mais profundamente os problemas e as necessidades de saúde, intervir para responder a essas necessidades, resolver problemas de saúde e assim contribuir para criar práticas de saúde mais integrais e, ainda, ajudar a construir um mundo melhor, menos desigual?

Mais uma vez é prudente esclarecer que não é pretensão deste estudo aprofundar também esta temática, mas sim buscar em outros estudos uma fonte para o diálogo com o objeto desta investigação.

É vasta a produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva⁶ sobre a relação Epidemiologia e serviço, mais especificamente sobre o papel da epidemiologia como campo disciplinar, ou Ciência e sua contribuição na formação dos profissionais de saúde,

⁶ NUNES, E.D. (1994) aponta para a tríplice dimensão da Saúde Coletiva: como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. Sobre a apreensão do coletivo o autor acrescenta que o coletivo é dinâmico, produto das relações sociais e “pode-se reconhecer a sua existência como fato e acontecimento, impondo que sua apreensão seja resultado de um caminho que encontre na epidemiologia, de um lado, e nas ciências humanas, de outro, as bases para a contínua construção do seu objeto”.

formulação/avaliação das políticas de saúde e das estratégias de intervenção adotadas pelos serviços acerca dos problemas mais prevalentes e, ainda, seu papel no SUS hoje (PAIM & TEIXEIRA, 1993; MENDES, 1993; DUSSAULT, 1995; ALMEIDA FILHO, 2000; DRUMOND JR, 2003; PAIM, 2003; SILVA-JÚNIOR, 2004).

Em estudo sobre a epidemiologia, suas relações com as práticas em saúde pública, o SUS e os serviços de saúde, DRUMOND JR (2003) identificou três momentos paradigmáticos⁷ da epidemiologia, de meados do século XIX até os dias atuais. A assim denominada epidemiologia moderna, também chamada etiológica ou analítica é considerada a epidemiologia hegemônica, apesar de seu questionamento nos anos setenta, quando do ‘nascimento’ do movimento da epidemiologia social latino americana, que surgiu como crítica aos paradigmas anteriores e ainda como crítica aos efeitos do capitalismo na saúde dos povos. A epidemiologia analítica comprova-se como hegemônica a partir da “intensa produção científica, no financiamento obtido para seus projetos, na criação de numerosas revistas científicas ou mesmo na dominância temática que obteve nas grades curriculares em cursos de formação na área de saúde e em muitos manuais da disciplina” (p.39). Foi a partir dela que se consolidou a metodologia epidemiológica (epidemiologia analítica) e emergiu como método de abordagem das doenças crônico-degenerativas.

O modelo da epidemiologia hegemônica busca determinar se a presença de um determinado fator aumenta ou diminui o risco de vir apresentar uma doença, ou melhor, qual dimensão do risco é relativa a determinado fator. As intervenções propostas com base neste paradigma da epidemiologia analítica são centradas no controle de fatores de risco e na modificação de estilos de vida não saudáveis. Como aspecto positivo desta epidemiologia é apontado pelo autor o maior conhecimento sobre fatores de risco e, assim pensar novas formas de abordagem para os agravos crônicos, influenciando, inclusive a formulação de algumas políticas públicas específicas. Esta epidemiologia tem influenciado

⁷ Para se estabelecer um paradigma é necessária uma “verdade”, representada por um referencial teórico, a produção de conceitos e categorias nos campos da ciência, filosofia e sociologia. Ocorre uma mudança de paradigma quando acontece um fato ou evento que propicia uma ruptura; ou um paradigma é substituído quando entra em “crise”, ou seja, não dá mais respostas àquele campo do conhecimento. Extraído de aula da disciplina “História e Paradigmas do Conhecimento em Saúde”, ministrada pelo Professor Everardo Duarte Nunes, do Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, Campinas, abril de 2000.

também a prática clínica. Apesar dos avanços reconhecidos, o autor comenta: “parece que a epidemiologia alcançou a metodologia capaz de dominar a natureza. Os métodos excluíram o sujeito do conhecimento; a matemática e a lógica avançadas garantiram a objetividade, o objeto foi isolado da realidade complexa” (p.39).

Aqui cabe um parêntese a respeito de mudanças de estilo de vida ou hábitos saudáveis de vida. Em primeiro lugar há que se considerar o significado de saúde e doença para cada sujeito, ou grupos de sujeitos, conforme discutido por ACIOLI (2001). Ou seja, as pessoas só mudam hábitos se isto fizer algum sentido em sua vida, conforme seus desejos, suas escolhas ou possibilidades. Em segundo lugar, caso exista alguma chance de um usuário mudar seu estilo de vida, em parte pode ser atribuído ao vínculo que se estabelece com o serviço, com a equipe, a capacidade desta em perceber as necessidades do outro, ofertar ações assistenciais e preventivas, dentro de projetos terapêuticos convincentes e factíveis (CAMPOS, 2003; FRANCO e MERHY, 2003; MATTOS, 2004).

Desta forma, para além das ‘prescrições’ de medidas higiênico-dietéticas dos epidemiologistas, sanitaristas e preventivistas de ontem e de hoje existe o mundo real, com pessoas reais, vivendo em relação, em uma sociedade complexa, na qual o coletivo e a população, objeto dos epidemiologistas, não existe mais de uma maneira uniforme. Portanto as ações são dirigidas a sujeitos históricos/culturais e com subjetividades (VILELA, 2000).

Estas questões apontadas nos dois parágrafos anteriores sobre estilos de vida, associadas à mudança do quadro sanitário, como por exemplo, o advento da AIDS, a “permanecência” de algumas doenças como a tuberculose e o dengue (BARRETO, 1998), os graves problemas ambientais, a violência, a dependência química e o alcoolismo, fenômenos cada vez mais presentes no cenário epidemiológico das últimas décadas do século XX é que aprofundaram os questionamentos sobre a capacidade explicativa dos paradigmas “bioecológico” e “analítico”. O modelo explicativo dos fatores de risco para determinados agravos não mais conseguia responder sobre como abordar, como intervir para resolver tais problemas de saúde (DRUMOND JR, 2003).

O surgimento da epidemiologia social⁸ também coincide com o momento do surgimento da Medicina Social, esta como questionamento da Medicina Preventiva, movimentos esses mais internos aos cursos de Medicina e com posteriores desdobramentos no movimento social, que desencadeariam mais tarde a reforma sanitária brasileira e a criação de um novo campo, a Saúde Coletiva, campos nos quais há uma forte incorporação do social nas explicações dos fenômenos saúde/doença e a epidemiologia como reveladora das desigualdades sociais e as iniquidades (AROUCA, 1975; NUNES, 1994). A epidemiologia social latino-americana, apesar da sua influência como base para a instituição do SUS no Brasil e na luta pela democracia e fim das desigualdades sociais não conseguiu se consolidar como alternativa ao modelo hegemônico, pois, segundo DRUMOND JR (2003)

...sua pretensão de registro de verdade dificultou a dúvida ou discussões alternativas[...]sua metodologia muitas vezes foi dura, no sentido que se postulava completa e suficiente[...]o modelo explicativo tendia a ser único e generalizado[...]o sujeito admitido foi o coletivo[...]sua vinculação militante com o advento do socialismo deu poucas oportunidades de propostas concretas no âmbito do sistema real vigente (p. 42).

O autor considera que está emergindo um paradigma novo, a partir da crítica de muitos autores, de um lado sobre a insuficiência e as várias crises dos modelos explicativos dos paradigmas anteriores e de outro o afastamento cada vez maior da epidemiologia analítica das “práticas de saúde pública”. Ou seja, uma crítica sobre a

...dificuldade da epidemiologia em produzir conhecimento que dê base para as práticas de saúde pública e consiga transformar o estado de saúde das populações seja com metodologias mais adequadas para abordar o cotidiano dos problemas de saúde, seja com medidas voltadas à prevenção e controle de doenças, mortes e incapacidades evitáveis e prematuras” (p. 44).

⁸ DRUMOND JR. (2003) considera a epidemiologia social latino americana um movimento dentro da Epidemiologia, mais do que um novo paradigma.

Boa parte deste debate sobre a emergência desse novo paradigma tem sido travada principalmente nos EUA. Alguns autores têm inclusive remetido à comparações da epidemiologia moderna e clássica (a bioecológica), considerando a última como produtora de muitos conhecimentos que se traduziram em intervenções de saúde pública, e que a primeira tem sua motivação na ciência, afastada da saúde pública. Outro aspecto apontado pelos autores e trazido à tona por DRUMOND JR (2003) é a compreensão de que o uso crescente das tecnologias avançadas da epidemiologia moderna tem levado ao estudo de “questões triviais”, ao mesmo tempo em que as causas das doenças são ignoradas. Alguns autores chegam a sugerir o desenvolvimento de métodos de pesquisa apropriados ao nível do qual as “intervenções em saúde pública têm lugar, o nível populacional, coletivo” e que haja respeito às diversidades locais, maior envolvimento com as ciências sociais e aproximações multidisciplinares e, por último, o reforço da importância das inter-relações de causas, ao invés de se considerar cada causa isoladamente.

DRUMOND JR parece ser um ótimo exemplo do grupo de epidemiologistas na cena brasileira que defendem e operam esse novo paradigma emergente, quando busca responder a pergunta colocada no início deste texto:

Qual epidemiologia os serviços de saúde precisam? Qual a epidemiologia necessária em cada município? Depende do projeto no poder, depende da intenção dos atores, depende dos problemas mais relevantes, depende da capacidade tecnológica disponível, depende do projeto de capacitação. Depende (DRUMOND JR, 2003, p.205).

A epidemiologia que não servirá a essas experiências locais são aquelas fazedoras dos “macrodiagnósticos” baseados em “macroindicadores genéricos e tardios”, sempre oriundos do planejamento normativo centralizado e nem aquela que toma tempo e espaço das gestões dentro dos gabinetes, oriundas dos planejamentos estratégicos, ou seja, aquela “microepidemiologia” dos “microdiagnósticos” baseados nos “microindicadores”, geralmente tardios também. E conclui:

As experiências apontam para uma epidemiologia leve, ágil, articulada com as demais áreas da saúde pública, que usa e abusa da epidemiologia descritiva, dos números absolutos, dos casos como sentinelas do coletivo, da inspiração e da criatividade, baseada na intervenção e no compromisso de sujeitos. Ação voltada ao problema escarafunchado, construção e responsabilidade de uma equipe estimulada. Compromisso com a radical defesa da vida, com a solidariedade social, com a democracia, com a equidade, com a humanização das relações de trabalho e da abordagem do sofrimento dos sujeitos, co-autores e co-gestores das propostas em atuação. Uma epidemiologia do cotidiano e do atrevimento. Que se recuse a ser uma epidemiologia mínima de um estado omissivo do final do século, mas que seja uma epidemiologia ousada para abordar e intervir numa sociedade complexa” (DRUMOND JR, 2003, p.206).

Outros autores concordam sobre a necessidade de se pensar um projeto para a epidemiologia em conformidade com a diretriz da política de saúde adotada pelos governos e fazem a reflexão do quanto os projetos de gestão podem influir no tipo de epidemiologia que será praticada nos serviços e nas políticas, mesmo naquelas políticas específicas, como no dizer de MATTOS (2003) “elaboradas como respostas governamentais dadas a certas doenças específicas, bem como as respostas governamentais dadas a demandas e/ou necessidades de certos grupos populacionais específicos”, inclusas nestas respostas ações assistenciais e preventivas (DUSSAULT, 1995; ALVES, 1999).

Outro autor que traz contribuição importante sobre “qual epidemiologia os serviços necessitam” é FIALHO JR (2004), que aborda a temática da informação em saúde e usos da epidemiologia na “intimidade” do nível local, nas unidades básicas de saúde, com suas áreas e microáreas de atuação, inscritas no território de abrangência da unidade, no caso, a rede básica de Campinas - SP, na qual foi desenvolvido o estudo, no período anterior e imediatamente posterior à implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família. Partindo da hipótese de que as informações eram pouco utilizadas e pouco valorizadas na agenda dos distritos sanitários, dos coordenadores locais e das equipes, o autor tece considerações sobre as causas dessa desvalorização e desenvolve uma proposta para o uso da informação e da epidemiologia no nível local. Melhorar o uso da informação em saúde

neste espaço do sistema de saúde, o nível local “eram propostas que estavam presentes nas discussões dos sanitaristas de ‘plantão’ nos últimos anos”, segundo o autor. Acredita que se possa reduzir a “discriminação” a respeito do uso da epidemiologia “demonstrando que seu uso é possível para nossas análises, permitindo incorporar e resgatar o subjetivismo e as vontades das pessoas”.

Parece claro para o autor a importância do trabalho com dados, informações e epidemiologia no nível local como forma de conseguir

...uma gestão e atuação local mais impactantes, o conhecimento, uso e domínio a respeito das informações disponíveis, que ajudarão na definição de prioridades para desencadeamento de ações e intervenção. Estas definições do que e como fazer, vão desde a formação de um grupo até a opção pela implantação de nova equipe do PSF, ou necessidade de equipamentos e estrutura para determinada equipe que começa a lidar com situações até então ‘escondidas’ (FIALHO JR, 2004).

O desafio que se apresenta é a sensibilização das equipes, uma vez que tradicionalmente as informações de que se dispõe não estão sendo utilizadas para dar as respostas que precisam ser dadas no cotidiano, nem servir como “ferramentas facilitadoras e norteadoras de nossas ações”. Além do mais, o autor detectou a verticalização dos vários sistemas de informação, e que os mesmos “não falam entre si”.

A experiência em curso no município de Campinas, de implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC)⁹ nas unidades básicas é vista como a possibilidade de desenvolvimento de ações coletivas de maior impacto, diferente dos níveis distritais e centrais que têm um outro papel, entre eles o de apoio aos NSC das unidades básicas. Diz o autor:

Acreditamos que a saúde coletiva é efetiva e presente, quando conseguimos ligar a informação em saúde existente, com práticas que permitam uma vigilância em saúde adequada e que culmine com o desencadeamento de ações e assistência a esta situação

⁹ Como os NSC é o objeto deste estudo maiores detalhes podem ser vistos no capítulo 3, pág.119.

detectada[...]entender então como papel dos NSC do nível local, a utilização, apropriação e uso da informação (além das tradicionais práticas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária), e a partir da epidemiologia buscar a instrumentalização das equipes de referência é um salto de qualidade e a grande possibilidade de reduzirmos a fragmentação existente entre quem mexe com os dados e quem irá desencadear a ação. Cabe ao NSC discutir e sistematizar os indicadores e as informações no nível local, matriciando as equipes de referência, tendo o cuidado de não se tornar um espaço único ou descolado do resto, afinal o desencadeamento de ações é responsabilidade de toda a equipe, e cada membro do NSC participará dentro de sua equipe de referência das ações necessárias (FIALHO JR, 2004).

Sobre a implantação dos NSC, FIALHO JR (2004) registra em outro autor, CAMPOS (1992) uma proposta semelhante, talvez o ‘embrião’ dos Núcleos de Saúde Coletiva, criados dez anos mais tarde na Secretaria Municipal de Campinas, da qual CAMPOS seria o Secretário Municipal. Naquela proposta, era considerado como indispensável para a mudança do modelo técnico-assistencial a conformação de uma “equipe de saúde pública” nas unidades básicas de saúde, como apoio às equipes assistenciais. As atribuições específicas dessa equipe

...seriam a de realizar de forma sistemática e planejada a vigilância epidemiológica e sanitária, contribuir para o processo de planejamento procedendo a elaboração de diagnósticos de morbidade e mortalidade, avaliação da eficácia dos serviços e dos graus de risco dos vários grupamentos populacionais[...]dar apoio a todos que trabalhem o tema da formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a população (CAMPOS, 1992).

DRUMOND JR (2003) também encontrou experiência semelhante, a de implantação de “equipes de referência de vigilância” em unidades básicas do município de Betim – MG.

Cabe aqui um parênteses sobre outras considerações de Campos (2000a) sobre o “núcleo da Saúde Coletiva” e um de seus agentes, o sanitarista, não por ser o objeto desta investigação, mas apresentados como forma de entender melhor o pensamento do autor

sobre a epidemiologia como disciplina componente de uma parte específica da Saúde Coletiva, quando pergunta:

Qual seria o núcleo da Saúde Coletiva? O apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e talvez seu traço mais específico, práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Qual o semblante do núcleo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, então? Semblante, um sinal de identificação, não uma diferença absoluta, talvez sua concentração em problemas de saúde com repercussão coletiva? Quem sabe um certo modo predominante de operar, um modo de intervenção centrado na promoção e na prevenção? (CAMPOS, 2000a)

CAMPOS (2000a) indaga e propõe algumas questões sobre como pensar o agente deste núcleo da Saúde Coletiva:

Na saúde pública tradicional o sanitarista, um especialista isolado[...]uma espécie de 'advocacy', uma espécie de habilidoso defensor da saúde pública; na prática um assessor de luxo, inerte e impotente frente a dureza do estabelecido. Para muitos haveria até mesmo ocorrido uma extinção da profissão e da especialidade, já que o Estado a sociedade e as equipes de saúde cumpririam todas as tarefas da Saúde Coletiva[...]talvez valesse a pena pensar o sanitarista como um agente de saúde pública, profissionais com liderança ocasional, conforme os problemas e programas em questão, que trabalhassem em equipe interprofissionais mas com papel específico. Atuando tanto em projetos verticais, voltados para a promoção e prevenção e coordenados por sanitaristas, quanto em outros de inserção matricial, intra sistemas de saúde ou intersetoriais em que o sanitarista seria um entre outros agentes (CAMPOS, 2000a).

FIALHO JR (2004) está à procura de outras possibilidades de utilização destas ferramentas, as quais são a informação em saúde e a epidemiologia para estarem mais próximas das práticas locais e que possibilitem

...acompanhar, monitorar e auxiliar o desencadeamento de ações em saúde, e que não sejam utilizadas somente para realizarmos os diagnósticos de outrora[...]acreditamos que se investirmos no manejo da informação em saúde e da epidemiologia no nível local, se buscarmos espaços para a discussão de novas experiências que possam ser facilitadoras das ações em saúde, poderemos ter dado passos importantes para a maior sensibilização e inserção destas ferramentas no processo de trabalho.

O autor propõe, então, três “linhas” ou possibilidades de como “(ou)usar” as informações no nível local, classificando-as em três tipos:

A primeira decorrente dos sistemas de base epidemiológica, que permitem uma abrangência espacial por distritos e até por centros de saúde. A segunda possibilidade seria a dos recortes e adequação destes sistemas, pinçando informações que interessam para a nossa realidade local (um momento rico e que permite fazermos um zoom destas informações para o nosso espaço real de análise e intervenção), além da criação de instrumentos com informações inexistentes nos sistemas formais. A terceira possibilidade seria a partir de situações relevantes do cotidiano, de casos que chocam ou eventos que não deveriam ocorrer. São aquelas situações que têm relação direta com a sensibilidade da equipe, não têm fórmulas, independem de TI para o seu seguimento, mas necessitam de alguma sistematização. Esta duas últimas possibilidades de uso de informação, denominamos neste texto de ‘indicadores e informações caseiras’, são as informações que devem se tornar ‘mais quentes’ e dizem respeito àquelas da intimidade da área e da microárea (FIALHO JR, 2004).

A justificativa para se trabalhar as duas últimas possibilidades com os dados mais “caseiros” é porque o autor considera importante fazer uma reflexão a respeito da qualidade das informações – e não a quantidade de dados disponíveis – que são utilizadas no cotidiano e da necessidade de se valorizar mais na agenda das equipes as informações disponíveis.

Por exemplo, o caso de óbito de uma criança menor de 1 ano na região, antes escondido dentro de um ‘bom’ Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 10 por 1.000 nascidos vivos na região, torna-se um óbito com endereço localizado, de responsabilidade de uma das equipes de referência do PSF e que merece ser investigado a respeito de inúmeras variáveis definidas pelo grupo, muitas destas não incluídas nos registros e instrumentos oficiais[...]no nível local, a possibilidade de trabalharmos com poucos casos ou com as situações ocorridas é riquíssimo. Amplia a nossa capacidade de intervenção e potencializa o papel da equipe. Como vimos nos exemplos, são indicadores potentes apesar de serem um número reduzido de casos e situações. Às vezes um caso pode desencadear ações e projetos terapêuticos que mobilizam a equipe, vizinhos e até outros setores (FIALHO JR, 2004).

Dentre estas possibilidades, o autor propõe entre outras metodologias a definição de eventos sentinela, descrito por DRUMOND JR (2003) como “doenças, incapacidades e mortes evitáveis ou inaceitáveis. São os que não deveriam ocorrer e para os quais a existência de um único caso deveria desencadear um inquérito par responder por que teria acontecido”. FIALHO JR (2004) considera ainda pequena a informação sobre como vivem as pessoas acompanhadas, geralmente o que se dispõe são as informações de como nascem e morrem as pessoas. Levanta a partir daí um questionamento sobre essa possibilidade, da informação sobre os vivos:

São poucas as informações a respeito de como vivem, ou mesmo, como evoluíram aquelas que estão sob nossos cuidados ou para as quais foi desencadeado ou priorizado algum projeto terapêutico específico. Há melhora na sua qualidade de vida a partir de ações desencadeadas? Nossas ações têm sido eficazes? Temos poucos indicadores ou informações para acompanhar a vida. Seria muita pretensão dos trabalhadores de Saúde Pública? Talvez não. Trazermos uma epidemiologia mais próxima dos serviços, que seja ágil para o auxílio nestas situações, seria o ‘pulo do gato’ neste momento (FIALHO JR, 2004).

Apesar das ponderações de FIALHO JR (2004) sobre uso das informações para os “vivos” DRUMOND JR (2003) tece outros comentários sobre a importância de se trabalhar com dados de mortalidade:

Sendo universal e se propondo a captar todos os eventos fatais, tendo uma padronização estabelecida na forma decodificação o sistema de informações de mortalidade é um poderoso instrumento de conhecimento da realidade[...]as causas de morte são múltiplas e podem contribuir na produção de informações sobre diferentes aspectos tais como a qualidade dos serviços de saúde nos atendimentos de emergência e rotina, o ambiente num sentido amplo que considera as condições de poluição atmosférica, de saneamento básico ou do trânsito, sobre condições de vida e saúde em áreas e situações de risco fatais diversos (DRUMOND JR, 2003).

FIALHO JR (2004) alerta sobre a duplicidade de sistemas, impressos ou livros de registro além daqueles instrumentos já existentes e diz não ser favorável à duplicação de tarefas, mas defende que

...precisamos ter indicadores mais próximos, e instrumentos ‘na mão’ para monitorarmos uma situação definida, personalizada, e que muitas vezes necessita atendimento diferenciado, porque não dizer *vip*. Se não tivermos estas situações monitoradas e bem definidas, destacadas devido ao risco maior existente, talvez a clínica e outros saberes não possam dar as respostas em tempo adequado, já que faz parte do papel das equipes de saúde, definirem prioridades e momentos de intervenção.

O autor não é contra o uso de planilhas, livros e outras “tecnologias”, pois sobre o uso das TI, principalmente dos recursos da informática, esclarece:

Vale observarmos que embora estando no século XXI, é ‘permitido’ o uso de planilhas, livros ou outro tipo de registro para este seguimento, pois o importante é valorizarmos a informação que temos disponível no nível local e desencadearmos as ações de intervenção, pois o aporte a outras TI aos poucos também chegarão (FIALHO JR, 2004).

Por fim, o autor afirma que é importante demonstrar o papel que a epidemiologia tem desempenhado em nível local,

...como ferramenta de apoio para utilização das informações disponíveis, para o trabalho dos NSC e das equipes de referência do PSF na busca da Clínica Ampliada. Lembrando que não deve haver dicotomia entre buscar a informação em saúde, utilizar a epidemiologia como ferramenta para a construção de indicadores mais próximos e garantir as outras ações de saúde coletiva já históricas, como ações de vigilância epidemiológica e sanitária além das ações assistenciais. São práticas complementares, que devem ter um espaço próprio de formulação no nível local tendo como potencializador os NSC (FIALHO JR, 2004).

HENRIQUES e VILELA (1997) parecem ter buscado esse encontro das ações preventivas e assistenciais, na prática dos serviços, quando destacam ter desenvolvido na rede do município de Santos um “olhar clinicamente vigilante”.

Como área de atuação da epidemiologia nos serviços, além dos sistemas de informação, o uso de indicadores, técnicas e métodos – em parte já relatadas através dos estudos de DRUMOND JR e FIALHO JR – vale destacar as atividades mencionadas da epidemiologia desenvolvidas nos serviços, que são as seguintes: o diagnóstico de saúde (ou análise da situação de saúde), a vigilância epidemiológica (ou vigilância à saúde) e a avaliação em saúde (ou avaliação de serviços). As denominações entre parênteses têm sido propostas pela ABRASCO (DRUMOND JR, 2003). Para os objetivos desta investigação serão melhor abordadas a questão da Vigilância e dos diagnósticos de saúde. A avaliação de serviços, de programas de saúde e da vigilância epidemiológica continua sendo um desafio na construção do SUS, principalmente nesse momento, em que diante da complexidade do quadro sanitário fica premente a necessidade de se pensar em metodologias de avaliação que consigam fazer uma mescla entre métodos mais tradicionais com aqueles da metodologia qualitativa e pesquisas na área social (CARVALHO e MARZOCCHI, 1992; DUSSAULT, 1995; ESCUDER e BERSUSA, 2002; SANTOS, 2004; OLIVEIRA, 2005)

Sobre a vigilância epidemiológica, DRUMOND JR (2003) a considera a mais tradicional das atividades da epidemiologia desenvolvidas nos serviços e, identifica como problema, sua restrição aos agravos de notificação compulsória, geralmente as doenças transmissíveis. Algumas tentativas têm sido feitas no sentido de ampliar o escopo dos agravos sob vigilância, incluindo aqueles relativos a doenças crônicas, acidentes e câncer. Porém, as experiências têm demonstrado pouco avanço neste sentido e a maioria das atividades desenvolvidas nos municípios são confundidas com o controle de doenças, em geral aquelas contempladas pelas normas técnicas. De qualquer modo, mesmo com o leque não muito amplo de agravos sob vigilância, permanece a importância dessa prática de saúde pública, no sentido de se detectar precocemente o aparecimento de algo inusitado ou as modificações no comportamento habitual de determinadas doenças e as intervenções necessárias (DONALISIO, 1995; BARATA, 1997).

SILVA (1992) reconhece que a “evolução e o manuseio da informação, com suas conseqüências sobre a clínica e a epidemiologia e o modelo de sistemas de saúde que almejamos, irão determinar forçosamente o sistema de vigilância epidemiológica”. O autor propõe a criação de um sistema de vigilância confiável, altamente descentralizado e cujo nível de análise estivesse menos atrelado às esferas ligadas à administração direta, que estivesse mais “protegido” das alternâncias de poder, como se fosse uma *intelligentsia*, proposta essa que nos dias de hoje não faria mais sentido, levando-se em conta a integração das ações e, no mínimo, a integração dos programas de saúde na lógica da construção do SUS.

WALDMAN (1998) faz um alerta sobre a diferença entre vigilância e monitorização como distintos instrumentos de saúde pública:

A vigilância apresenta, pelo seu elevado grau de desenvolvimento, uma perfeita delimitação de objetivos, métodos, fontes de dados e procedimentos de avaliação[...]a monitorização acompanha indicadores e pode ser utilizada em diferentes áreas de atividade como, o acompanhamento de indicadores econômicos, demográficos, de qualidade ambiental, etc[...]entre as semelhanças apresentadas por esses dois instrumentos há a existência obrigatória de três componentes: a informação, a análise e a ampla disseminação da informação analisada a todos que dela necessitam.

DRUMOND JR. complementa que estes dois conceitos se integram no novo conceito de vigilância à saúde¹⁰, desenvolvida a partir de ampla utilização da monitorização como instrumento de saúde pública, permitindo assim uma vigilância epidemiológica que “completa-se com a monitorização de agravos definidos como prioritários, qualquer que seja este”. Neste ponto cabe destacar os conceitos de Vigilância como abordados até aqui.

As denominações vigilância epidemiológica e sanitária referem-se a práticas de saúde pública há muito sistematizadas e organizadas nos serviços de saúde, nas várias esferas de governo. Alguns autores têm se debruçado sobre suas origens, a agregação do termo vigilância a essas denominações – diferentes no caso da epidemiológica e sanitária – sobre seus objetos, metodologias de trabalho e objetivos da ação (WALDMAN, 1991; SILVA-JÚNIOR, 2004). Com o advento do SUS e a decorrente municipalização dos serviços de saúde, estas práticas de saúde pública se estruturam em torno de um mesmo arranjo, geralmente denominado vigilância em saúde ou vigilância à saúde, ou simplesmente reproduziram o modelo fragmentado dos níveis estadual e federal (VILELA, 2000).

Porém, a expressão vigilância à saúde, ou vigilância em saúde ou ainda vigilância da saúde (VISAU) é uma concepção de modelo assistencial, cujo eixo central é a epidemiologia social latino-americana (SILVA JR, 1996). Segundo PAIM (1999), a

...VISAU pode representar o modelo assistencial alternativo, ou seja, uma combinação de tecnologias voltadas para o enfrentamento continuado de danos, riscos e determinantes de problemas de saúde selecionados. Pode representar a possibilidade de intervenção, além da análise e monitoramento dos perfis de morbi-mortalidade e de riscos, bem como seus determinantes.

Portanto, quando foi proposta por PAIM e TEIXEIRA (1993) uma lógica de organização das ‘Vigilâncias’ no SUS o fizeram segundo esta concepção. As vigilâncias sanitária e epidemiológica, o controle de zoonoses, a saúde do trabalhador estariam contempladas no projeto da vigilância à saúde, em várias etapas dos “controles I, II, ou III”,

¹⁰ WALDMAN, 1992; PAIM e TEIXEIRA, 1993 *apud* DRUMOND JR, 2003.

na medida em que essas práticas têm intervenções em determinados momentos desse “enfrentamento continuado de danos ou riscos”. Ou ainda, no momento da intervenção sobre os determinantes, a promoção de saúde, assim como estão incluídos nesta proposta a cura e a reabilitação. Esta proposta dos “controles I, II e III” é uma adaptação do modelo da “História Natural da Doença” de LEAVELL e CLARK (1975).

Desta forma, quando alguns municípios adotaram a denominação Vigilância à Saúde para seus arranjos organizativos das áreas de saúde pública o fizeram adotando o modelo da vigilância à saúde, assumindo as mudanças advindas a partir daí, ou o fizeram acriticamente, ou seja, apenas mudando a estrutura, sem mudanças substanciais no modelo. Ou ainda, organizaram seus modelos de vigilância de forma híbrida, incorporando alguns aspectos da vigilância à saúde em outros modelos assistenciais – os tipos de modelos apontados por SILVA JR (1996) e DRUMOND JR (2003) são: o Vigilância à Saúde, Saudicidade, Defesa da Vida, Ações Programáticas, PSF e Medicina Geral Comunitária.

A influência do modelo da Vigilância da Saúde na conformação das práticas das vigilâncias no SUS se deu principalmente nos municípios, como tentativas de ações mais integradas e articuladas interna e externamente às áreas específicas das vigilâncias, estendendo-se à descentralização de ações de saúde pública para as redes básicas. Houve grande incentivo para as práticas de vigilância e controle de doenças, principalmente a partir da NOB 96, com os pactos da Atenção Básica e PPI - ECD¹¹, com mecanismos de financiamento que levavam em conta o alcance de metas e avaliação de serviços utilizando-se de critérios epidemiológicos e não restritos à lógica da produção como antes daquela norma operacional do SUS (GUEDES, 2001; DRUMOND JR., 2003; SILVA-JÚNIOR, 2004).

¹¹ Segundo GUEDES (2001) as NOB SUS – Normas Operacionais Básicas “constituem instrumentos jurídico-institucionais, bem como estratégias de implementação, que tentam responder ao desafio da operacionalização do SUS nos anos 90, buscando dar contituidade ao processo de descentralização e à estruturação do sistema. Nesta perspectiva estão voltadas para a regulamentação das relações entre as esferas de governo, no tocante a mecanismos de financiamento administração dos conflitos e possibilidades do exercício da função indutora e regulatória pela gestão nacional do SUS” (p.135).

A PPI-ECD - Programações Pactuadas Integradas de Epidemiologia e Controle de Doenças, regulamenta através da Portaria 1399, de 1999 do Ministério da Saúde, a NOB-SUS/01/96 no que diz respeito à descentralização das ações de vigilância e controle de doenças, mediante pactuação de metas entre o gestor federal/estadual com os municípios e repasse de recursos fundo a fundo (SILVA-JUNIOR, 2004). O Ministério da Saúde tem designado recentemente esta Programação Pactuada de PPI VS, ou seja, de Vigilância em Saúde (www.saude.gov.br/svs).

Apesar dos avanços, no entanto, nas esferas estadual – pelo menos em alguns estados da Federação – e federal, as estruturas organizativas das vigilâncias continuam fragmentadas. No Ministério da Saúde, a partir de 2003 foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, oriunda do antigo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e que abrange em sua estrutura a vigilância das doenças transmissíveis (desafio frente às doenças emergentes e reemergentes), a vigilância dos fatores de risco das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da situação de saúde ou análise da situação de saúde, consideradas as práticas da epidemiologia nos serviços. Exclui as ações de vigilância sanitária pelo seu caráter de normatização, fiscalização e controle pontuais, cujo objeto não é a monitorização permanente de algum agravo. A vigilância sanitária é considerada um “território de práticas vizinho” (SILVA-JÚNIOR, 2003; SILVA-JÚNIOR, 2004). A Vigilância Sanitária no nível federal é responsabilidade da ANVISA e a área de Saúde do Trabalhador é de responsabilidade da SAS, através de uma coordenadoria especial, a COSAT, Coordenação de Saúde do Trabalhador. O Programa de Saúde do Trabalhador e o Programa de Controle de AIDS e DSTs, tanto nas esferas federais, estaduais e municipais têm se constituído histórica e politicamente de forma separada da vigilância em saúde, apesar da interface destes programas com as práticas da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental (as duas últimas em relação ao Programa de saúde do Trabalhador).

É inquestionável o avanço da criação de uma Secretaria de Vigilância em Saúde, na qual se concentram áreas anteriormente separadas, como por exemplo, ações de vigilância epidemiológica – antes realizadas pelo CENEPI – e as ações de controle, mais programáticas, voltadas para enfrentamento de algumas doenças, as quais eram executadas por outros órgãos. Por outro lado, o argumento utilizado para manter em distintos órgãos federais as práticas da vigilância sanitária e epidemiológica, qual seja, a do objeto destas práticas, parece soar estranho, pelo menos para os que as executam e exercitam no cotidiano dos municípios do País e que tentam arduamente integrar essas práticas, historicamente fragmentadas. Explicando melhor, o objeto da vigilância sanitária pode ser o “controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde”, porém seus objetivos são “eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde” (BRASIL, 1990), além dos aspectos da proteção e promoção de saúde, ou seja, um instrumental, segundo

CAMPOS (2003) “em defesa da vida das pessoas”, em consonância, portanto, com os objetivos da prática da vigilância epidemiológica e da vigilância ambiental em saúde. Além do mais, se o objeto é o controle de bens e produtos, este controle se faz a partir de alguma monitorização, no mínimo de alguns indicadores de qualidade dos serviços e produtos controlados. Em relação ao diagnóstico da situação de saúde – ou na visão estratégica, segundo DRUMOND JR (2003), análise da situação de saúde – talvez valha a pena refletir, mesmo que brevemente, sobre qual a relação entre aquilo que deveria ser preocupação permanente do Estado com a saúde dos seus cidadãos e quais são os problemas e questões “tomados a sério pelos que atuam no governo, problemas e questões que suscitam políticas” que ocupam a “agenda governamental” (MATTOS, 2003). Esta última é dinâmica, pois há sempre um conjunto de atores sociais que demandam a inclusão de novos problemas públicos naquela agenda. O autor lembra que se forem retomadas as políticas públicas de saúde no início do século XX, essas, basicamente, eram constituídas por tentativas de dar respostas a certas doenças, em geral ameaças epidêmicas. Isso construiu uma base de legitimidade social para as intervenções do Estado na saúde. Desde então, há certas doenças que são consideradas problemas públicos e, portanto, alvo de políticas específicas voltadas para seu enfrentamento e controle. MATTOS (2003) considera ainda que a inclusão ou não de uma doença na agenda governamental é sempre política, “no sentido de que sempre é o produto da negociação entre diferentes grupos (governamentais ou não) que demandam e/ou resistem a essa inclusão”.

MATTOS (2003) faz uma pergunta que deveria pautar os debates sobre as políticas ou respostas elaboradas para o enfrentamento de doenças ou problemas específicos, e ainda, orientar a postura da epidemiologia nos serviços frente a essa “agenda governamental”: “quais seriam os atributos que uma resposta governamental a uma doença pautada pela noção de integralidade deve ter?”. Sem entrar em todo o detalhamento da argumentação do autor, ele acredita que, no mínimo, devem integrar as ações assistenciais e preventivas. Neste sentido, a epidemiologia deveria ter um papel ativo e influenciar positivamente esta agenda governamental, para além das questões consideradas dever do Estado. Os “macrodiagnósticos”, sempre tardios, no dizer de DRUMOND JR (2003), ou os relatórios ‘frios’ que pouco impacto têm na mudança da agenda dos gestores deveriam ser repensados em todas as instâncias de um sistema de saúde que se pretende defensor da vida

(DUSSALT, 1995; VILELA, 1999; FIALHO JR, 2004). DUSSAULT (1995) acrescenta que “*el desafío tanto para los epidemiólogos como para los administradores es lograr el tipo de alianza que produzca políticas y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones*”.

MAZA (2003) afirma que

...con la epidemiología se podrá comprender lo que está ocurriendo en salud, las necesidades del estado de salud de la población y los factores determinantes. Hay que conocer esas necesidades e incluso sus posibles cambios, para adelantarse en las respuestas pertinentes, factibles y de posibles mejores efectos.

Outros autores, BARRETO e CARMO¹², (2000) falam da importância de se investir em prevenção, uma vez que o aumento do gasto em saúde na abordagem curativa e de reabilitação tem pouco impacto em modificar os padrões de ocorrência de doenças na população ao não atuar sobre seus determinantes e a necessidade de avaliar a efetividade das tecnologias, algumas de alto custo, que vão sendo incorporadas às práticas, algumas com efeitos danosos ou desnecessários. São todas questões relevantes, sem sombra de dúvida, porém merecem uma abordagem um pouco mais complexa. Em primeiro lugar, não cabe apenas à epidemiologia o papel de revelar as necessidades de saúde, como apontados na primeira parte deste capítulo e também por DRUMOND JR (2003). Em segundo, não parece suficiente esse papel da epidemiologia em traçar diagnósticos sobre a pequena ou quase inócua atuação do setor saúde sobre os determinantes do processo saúde/doença, pois não é tarefa apenas do setor saúde atuar sobre eles, mas sim um conjunto de políticas públicas integradas. Por fim, em relação ao custo, como apontado por FRANCO e MERHY (2003), também citados na primeira parte deste capítulo, não haverá mudança no padrão de custos se não se alterar substancialmente o modelo de atenção centrado em procedimentos, principalmente médicos. Dessa forma, mesmo que as ações preventivas sejam oportunas e pertinentes, elas não alterarão por si só o padrão de assistência atual. Essa epidemiologia que faz diagnósticos e aponta as desigualdades parece assumir uma postura de tentar subsumir a clínica/medicina, postura também já longamente criticada por outros autores (AROUCA, 1975; CAMPOS, 1992; CAMPOS, 2000a).

¹² BARRETO e CARMO (2000) *apud* DRUMOND JR, 2003.

De qualquer modo há tendências de mudanças no horizonte, tanto do ponto de vista da gestão como da epidemiologia, esta última entendendo cada vez mais a necessidade de unir saúde, doença e cuidado (CAMPOS, 2004), ou ainda, a busca por parte dos epidemiologistas em realizar diagnósticos da situação de saúde cada vez mais pautados pelos problemas apontados pelos usuários (TAUIL, 1995). DRUMOND JR (2003) faz consideração sobre os limites e possibilidades dos diagnósticos de saúde: “os diagnósticos podem ganhar em poder para definição de intervenções prioritárias e mesmo mobilizar equipes para a transformação das condições encontradas”. E continua:

A capacidade da epidemiologia de interferir na decisão pode ampliar-se pela adequação dos aspectos diagnósticos que aborda, pela utilização de métodos que contribuam para potencializar a tomada de decisões, pela criatividade de revelar facetas novas e relevantes da realidade, pela aproximação com os núcleos de decisão, enfim são várias as possibilidades de ampliar sua participação na escolha das intervenções nos serviços de saúde (DRUMOND JR, 2003).

No entanto, segundo a visão do autor, não reconhecer a contribuição da epidemiologia nesse processo

...é também uma forma de se recusar um conteúdo essencial de qualquer diagnóstico que se refira à saúde. A área é uma das existentes num serviço de saúde ou município que pode contribuir para o conhecimento permanente da realidade num processo de parceria com as demais áreas[...]nesse sentido considera-se que a epidemiologia pode ser mais útil como instrumento de avaliação da abordagem das prioridades assumidas do que como definidora de prioridades (DRUMOND JR, 2003, p. 184).

A epidemiologia não prescritora mas reveladora; não a única a indicar necessidades/problemas de saúde, medidas de intervenção e seus impactos, mas como disciplina intercambiável parece ser a parceira/companheira necessária dos que se dispõem a formular e executar políticas de saúde em todos os espaços do SUS seja o nível local, regional, municipal, estadual ou federal.

1.3- A organização e a gestão das práticas em saúde

Temos muito que fazer ainda, sempre. Precisamos melhorar os nossos indicadores de saúde, de gestão, criar novos indicadores. Os desafios são enormes. O que fazer com crianças e famílias de desnutridos, alguns há anos no programa? O que fazer com famílias de excluídos da vida em geral e do mercado de trabalho? Ou às vezes incluídos, mas em condições indignas de trabalho? O que fazer com empresários, comerciantes, profissionais de saúde que não querem assumir sua responsabilidade social e expõem consumidores em risco quando consomem seus produtos? Como enfrentar a situação de meninos e meninas, que por pura falta do que fazer se matam, se drogam, se destroem? Ou meninas que engravidam talvez pelos mesmos motivos? O que fazer com velhos, crianças e pessoas com sofrimento psíquico em situação de completo abandono? Como convencer usuários de que temos outras alternativas terapêuticas que não só remédios, exames e médicos? Como convencer da mesma coisa alguns de nossos auxiliares e enfermeiros? Como convencer alguns doutores de que não existe só a escrivadinha, o paciente e seus sintomas? Como trabalhar com equipes que só pensam no próprio umbigo e não conseguem realizar um trabalho mais produtivo, eficaz e prazeroso? Ou então que só encontram no discurso da falta o escudo para não realizar as mudanças necessárias no processo de trabalho? Como estimular dirigentes que às vezes sucubem ao desânimo? Como vencer a burocracia, nossa e dos demais? Como não ser atropelados pelo frenesi produtivo do nível central que nem sempre entende e respeita nosso ritmo? Como pedir ajuda? Como compatibilizar o interesse da Universidade com nossos interesses? Como vencer a mesmice e a sensação de ficar mordendo o próprio rabo? Como fazer pra nos contaminarmos com a sabedoria de alguns dos nossos usuários? Como enfrentar a ameaça permanente da dengue, raiva, animais e insetos errantes, desastres ambientais, habitações e bairros inteiros degradados? Como não perder a capacidade de se indignar com as mazelas desta vida? [...] Nenhuma dessas perguntas está parada no ar. Para todas existem respostas. Algumas velhas, outras novas, outras a serem construídas, juntos (VILELA, 2002).

Essas perguntas refletem, em parte, alguns dos desafios apresentados para a gestão, ressaltados o momento histórico e as responsabilidades das pessoas naquele espaço de Governo. De qualquer modo, algumas questões parecem ser preocupação de todos os gestores do SUS, como assinalado por Cecílio (2001a): “a luta pela equidade e pela integralidade implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde”.

Não é propósito desta reflexão tratar de toda a gama de aspetos relativos à organização de processos de trabalho e gestão das práticas em saúde, mas dialogar com parte da produção teórica mais recente e significativa sobre o tema desenvolvida pelos autores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, representantes da área de Planejamento e Gestão, a saber: MERHY (2002), CAMPOS (2000b) e CECÍLIO (2001b; 2004), em particular com as temáticas e conceitos de micropolítica do trabalho em saúde, autogoverno, potência, instituído e instituinte (MERHY); co-gestão, poder e responsabilidade (CAMPOS) e protagonismos dos trabalhadores, a crítica aos limites do paradigma estrutural-funcionalista para se pensar a gestão nas organizações de saúde e o tema da reprodução e mudança nas instituições de saúde (CECÍLIO).

A opção por estes autores e estas temáticas se deveu à possibilidade destas ferramentas da gestão ajudarem na aproximação e melhor compreensão do objeto desta investigação, na medida em que o NSC, como um arranjo novo, desencadeado a partir de uma diretriz de governo pode ou não ter potencial de mudanças na micropolítica do trabalho em saúde e em que medida isso acontece e quais as dificuldades e contextos para que tais mudanças no processo de trabalho ocorram. A prática dos NSC, operando basicamente com os instrumentais da clínica (assistência e cuidado) e da epidemiologia (busca de compreensão dos fenômenos saúde e doença e sua ocorrência no coletivo), na tentativa das equipes em intervir positivamente, prevenindo doenças e promovendo saúde, traz consigo um desafio para a gestão e este estudo tem como um dos seus objetivos revelar como está sendo feito esse processo. Além do mais, a escolha tem um caráter ético-político, na medida em que se compartilha com estes autores a busca de um modelo assistencial

“usuário-centrado”, contra-hegemônico ao modelo atual e se empenham ardorosamente em consolidar o SUS e seus princípios, em defesa da vida. De qualquer forma, a leitura da produção mais recente dos autores trouxe contribuições ricas para uma reflexão sobre a inserção do NSC na micropolítica das unidades, como será visto na discussão final.

Antes do início da reflexão sobre as temáticas propostas é importante trazer o que se entende por prática em saúde. Segundo ACIOLI (2001) as

...práticas podem ser percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas¹³ de pessoas e grupos desenvolvidas em determinados contextos. Há, portanto, uma combinação entre as práticas ou maneiras de fazer, e elementos presentes nos contextos da vida cotidiana das pessoas e do lugar que ocupam nos grupos sociais em que se inserem.

No caso da saúde, acrescentar-se-ia a essa concepção de ACIOLI (2001) a agregação de um saber técnico, específico dos profissionais de saúde, que conformam uma prática em saúde desenvolvidas nos serviços ou fora deles, no espaço territorial, comunitário, societário, segundo alguma lógica de organização destas práticas, um modelo, ou uma política de saúde.

Uma das preocupações centrais de MERHY (2002) é pensar em “ferramentas” que possam “produzir um novo modo de agir em saúde”, um modo “competente de realizar a mudança do modelo de atenção ‘médico-centrado’ para um modelo usuário-centrado” (p.116). Para tanto, tem buscado aprofundar o entendimento conceitual do “trabalho em saúde” e suas possibilidades de mudança. Dentre estas reflexões sobre o trabalho em saúde, acredita que o “ato de cuidar” é a essência, a “alma dos serviços de saúde”. Considera que o objeto da saúde não é a cura, mas sim a “produção do cuidado”, por meio do qual se poderá atingir a cura ou a promoção da saúde, então consideradas objetivos a que se quer chegar. Ter saúde é entendido como ter “autonomia para andar a vida”.

¹³ CERTAUD (1994) *apud* ACIOLI (2001).

O modo médico de cuidar, mesmo apresentando multiplicidades no modelo de ação, foi se tornando hegemônico¹⁴ ao longo dos séculos e isto foi socialmente determinado. Um modelo de atenção é construído a partir de um conjunto de atos que produzem um certo formato de cuidar, de diferentes modos, atos de ações individuais ou coletivas, abordagens clínicas e sanitárias, que conjugam todos os saberes e práticas – é a “caixa de ferramentas” – implicados com a construção de “atos cuidadores”. O autor observa que nem sempre os modelos de atenção estão comprometidos efetivamente com a cura e promoção da saúde. Outra característica observada é que, em geral, as ações de saúde no Brasil se apresentam na forma de um cuidado em saúde, um “projeto terapêutico produzido a partir das várias ações individuais, produtoras de procedimentos, portanto bem fragmentado e que se unifica por somação”, e não a partir de um projeto terapêutico integral e cuidador.

Pode-se dizer, resumidamente, que a produção mais recente de MERHY (2002) se organiza em torno de dois eixos. O primeiro concentra-se na compreensão dos processos produtivos do trabalho em saúde, a produção dos atos cuidadores e suas respectivas tensões na constituição mesma da produção destes atos de cuidado, o que configura a “micropolítica do trabalho em saúde” e, em um segundo momento, sobre o papel da gestão, dos atores em situação de governo, na qual, como forma de se mudar a prática em saúde e buscar a mudança dos modelos de atenção se deveriam explorar essas tensões constitutivas do “agir em saúde”.

Sobre a constituição do trabalho em saúde, um aspecto considerado relevante, diz respeito à necessidade de adoção de uma “caixa de ferramentas” para a prática em saúde. Quanto maior a composição da mesma, maior será, em princípio, a capacidade do profissional ou da equipe em compreender o problema de saúde e maior a capacidade de enfrentá-lo de forma adequada, tanto para o usuário quanto para a “composição do processo de trabalho”. Assim, a modelagem do processo de trabalho seria o território no qual está colocado um desafio para a gestão e para os trabalhadores, pois um nó crítico é estabelecer um processo de trabalho que combine a produção de atos cuidadores de maneira eficaz, ou

¹⁴ Segundo o dicionário (AURELIO, 1986) hegemonia significa: preponderância, supremacia; ideologia ou pensamento hegemônico é aquele dominante sobre os demais; aquele que se sobrepõe às outras formas de se pensar e agir na sociedade.

seja, que alcance resultados como a cura e a promoção de saúde. Dessa forma de ‘modelar’ o processo de trabalho é que podem surgir alternativas para a construção de um modelo “usuário-centrado” ao invés de um modelo “procedimento-centrado”, pois, segundo o autor, foi identificada aí uma questão importante, qual seja, a de que existe uma tensão entre a produção de atos de saúde, a de ser cuidadores, “mas não obrigatoriamente curadores e promotores”, sendo que, explorar esta tensão é “um problema da gestão dos processos produtivos em saúde” (MERHY, 2002, p.119). Essas tensões são consideradas básicas e próprias dos atos produtivos em saúde. Algumas dessas tensões e as reflexões sobre a produção dos modelos de atenção a partir das mesmas, tendo como pano de fundo a dimensão cuidadora, são as seguintes:

1. tensão procedimento-cuidado: a produção de atos de saúde como procedimentos e produção de procedimentos como cuidado.

De um lado, do ponto de vista do usuário, a “crise do setor saúde” é percebida por relatos de sensações de insegurança, desinformação, desamparo, desproteção, desrespeito, desprezo. A “vivência” de que a produção de procedimentos é mais importante do que os próprios usuários, diferentemente da avaliação de crise por parte dos governos e gestores, sempre relacionando-a ao problema do financiamento. A questão é como constituir um conjunto de trabalhos em saúde, que produzam os atos de saúde, capazes de intervir nos problemas de saúde, ou seja, alterá-los em torno de um resultado: a satisfação de uma necessidade ou direito do usuário. Às vezes a produção de atos de saúde pode ser “procedimento-centrada” e não “usuária-centrada”, ou seja, não produz saúde, entendida na sua dimensão da autonomia. Aqui cabe um parênteses sobre essa questão de procedimentos e o que se entende por “tecnologia em saúde”, outro conceito chave para o autor. Para se operar o trabalho em saúde, mais do que o uso de equipamentos e máquinas – as tecnologias duras – existem outros dois conjuntos, o segundo como sendo os saberes e núcleos de cada profissional, por exemplo, a clínica e a epidemiologia – as tecnologias leve-duras – e um terceiro conjunto ligado à produção de relações como atos de saúde – as tecnologias leves.

2. tensão dos núcleos de competência profissionais e os exercícios clínicos de todos os profissionais: a produção de atos de saúde como resultado da ação dos distintos tipos de trabalhadores; a produção e o gerenciamento do cuidado presa em competências específicas de alguns deles, como, por exemplo, médico-centrado, enfermeiro-centrado, sem ação unificada e integralizada em torno do usuário.

Os profissionais de saúde têm sua capacidade de intervenção nos processos de produção de saúde estabelecida a partir da relação entre seus núcleos específicos de competência (o que dá o caráter privado da ação) e a dimensão de cuidador de todos os profissionais. No caso, a “crise” se dá pela perda ou diminuição da capacidade cuidadora dos profissionais de saúde, gerando modelos de atenção irresponsáveis diante da vida dos cidadãos. Segundo o autor, “um modelo assistencial comprometido com a vida deve saber explorar positivamente as relações entre as várias dimensões tecnológicas que comporta as ações de saúde”. Essas dimensões são as seguintes: o problema de saúde que se apresenta, e que será abordado segundo um saber específico para enfrentar aquele problema de saúde. Ambos estão envoltos por um território mais amplo, que são as “atividades cuidadoras de saúde”. Da interseção destes elementos surgem “núcleos”, como, por exemplo, o do problema com o recorte profissional do problema. Neste núcleo operam basicamente as tecnologias duras e leveduras. Mas sempre haverá um núcleo maior envolvendo esses outros núcleos intercessores, que é o “núcleo cuidador”, que está sempre operando os atos de saúde, e no qual estão presentes as tecnologias leves, campo no qual pertence todos os trabalhadores e suas relações com os usuários – o caráter público da ação de saúde. Porém, a conformação tecnológica concreta a ser operada pelos modelos de atenção

...é sempre um processo que representa ações instituintes¹⁵ de forças reais e socialmente interessadas, em certos aspectos da realidade, dentro de uma maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico expresso

¹⁵LAPASSADE e LOURAU *apud* MEHRY (2002): O momento da universalidade, representado pelos sistemas de normas, os valores que orientam a socialização, a ideologia, o **instituído**, enfim; o momento da particularidade (negação do anterior) cujo conteúdo se resume às determinações materiais e sociais que negam a universalidade dada no primeiro, ou o **instituinte**; o momento de singularidade (negação da negação) onde o conceito de instituição tem por conteúdo as formas organizacionais, jurídicas ou anônimas necessárias para atingir determinado objetivo ou determinada finalidade, é o momento da institucionalização.

nas três dimensões apontadas acima, são nos serviços concretos, antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados neste locus de ação social (MERHY, 2002, p. 125).

Com estes argumentos o autor afirma que o modelo assistencial que opera

...hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro de uma ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar[...]a ação de outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido (MERHY, 2002, p. 125).

É importante entender que nessa conformação de um modelo, estas são forças sociais que têm interesses e disputam com as outras forças que estão definindo a “conformação tecnológica”, entendida como “processos de definição do ‘para que’ se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde”. Estas forças e esses processos são sempre implicados social e politicamente e que “têm interesses no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção”, aqui identificada outra tensão constitutiva nos processos de produção do cuidado, ou seja, as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde.

A percepção destas “tensões” é que permite atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde o que, segundo o autor,

...implica reconstruir o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e no dia a dia dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção (MERHY, 2002, p. 126).

O autor reforça essa idéia ao afirmar que “é nos processos, nos fazeres que podemos identificar ‘dispositivos’ para mudar as maneiras de governar os recursos disponíveis e os modos de produzir os resultados que expressam a missão de uma dada organização” (p.136).

Na sociedade, geralmente pelo jogo de poderes políticos, técnicos e administrativos estabelecidos, o que acaba ocorrendo é que os núcleos de saber que operam tecnologias duras e leve-duras acabam por se impor perante os outros núcleos. Às vezes isso ocorre mesmo sem comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá alcançar os melhores resultados, pois esta “imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos” (p. 128). Diz ainda o autor, para se superar esta conformação:

Exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores[...]isso pode favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais[...]pode-se a partir deste núcleo comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório (MERHY, 2002, p.129).

Outro aspecto importante diz respeito a uma tensão em vivem os profissionais de saúde ao fazer este papel em “duo”, qual seja “como ‘clínico’ por travar relações intersejoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico” (p.130). Sem desconhecer a importância dos modos específicos de produzir profissionalmente os atos em saúde pois, segundo o autor, “o que temos a almejar é esta nova possibilidade de explorar melhor este

território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação” (p.130).

Em resumo, segundo o autor, um dos pontos “nevrálgicos” do sistema de saúde localiza-se na “micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção de atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença”. Ainda um outro aspecto importante diz respeito a como conseguir a produção do melhor cuidado em saúde, considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva: “há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir cuidado” (p.132).

Do ponto de vista da gestão em saúde, a “produção dos atos de gestão” deveriam caminhar no sentido de explorar aquelas tensões constitutivas da produção dos atos cuidadores, entendendo que são nestas tensões que podem aparecer as potências para a mudança, aquelas capazes de “gerar processos instituintes disparados a partir desses *loci* de potências”. (p.160). Para isso há que se fazer uma dobra ou uma “liga” entre o instituído¹⁶, considerando-se que

...qualquer perspectiva de mudança ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potência para gerar novos desenhos territoriais¹⁷ (MERHY, 2002, p.161).

Explicando melhor essa relação entre instituído e instituinte, o autor admite que há uma constatação entre vários autores brasileiros que o terreno no qual atua a gestão em saúde é de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas, muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, “mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a esse campo de práticas, a saúde” (p.160).

¹⁶ Idem ao 15

¹⁷ GUATARI, F. (1990) *apud* MERHY (2002).

Um das perguntas colocada para a gestão, feita antes de compor a caixa de ferramentas é a seguinte: “será possível superar o atual paradigma clínico de intervenção médica, por outro, centrado no usuário, modelado em um processo de trabalho que reconheça a prática clínica de outros trabalhadores de saúde?” (p.151). Outro aspecto importante de se entender antes ainda da composição da caixa de ferramentas da gestão é sobre a questão da autonomia do trabalho em saúde e do seu caráter privado. O autor ‘empresta’ de Carlos Matus, a partir do seu triângulo de governo, uma questão chave para o entendimento da micropolítica do agir em saúde, que é o seguinte: em uma instituição todos governam, os “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (os “G”) e os outros agentes que ocupam todos os outros espaços de ação na organização e que governam também com (“g”), e no dizer de MATUS¹⁸ “governa quem faz” e não quem diz que planeja. Isso quer dizer que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores, que também governam e disputam com ele a direcionalidade da situação com os recursos que contam. Então, a partir dessas considerações, o autor afirma que um gestor em saúde tem que ter capacidade de governar as seguintes relações:

- políticas: sempre haverá sujeitos sociais interessados em projetos na área de saúde que estão em disputa na sociedade;
- organizacionais: entre os diferentes sujeitos coletivos que governam o dia-a-dia dos serviços, e que disputam com seus autogovernos (“g”) o caminho do “G”, da alta direção, entendida aí a relativização necessária do “G” dentro de uma organização;
- produtivas: que implicam a conformação de certas modalidades do cuidado em saúde.
- Relações entre os produtores e os beneficiários dos atos de saúde

Portanto, a “caixa de ferramentas” da gestão deve conter tecnologias que permitam a sua ação no terreno da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho. O autor lembra que em saúde, ‘governam’ todos, desde o porteiro da unidade de

¹⁸ MATUS, C. *apud* MERHY (2002).

saúde, os profissionais de saúde mais específicos até o dirigente máximo. E aí está colocado um dos paradoxos da gestão em saúde:

A necessidade de que a obtenção da qualidade do seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo (MERHY, 2002).

E o autor complementa:

O mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia com normas e regras instituídas para o controle organizacional[...]a polarização entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo technoassistencial (MERHY, 2002, p. 157, p. 165).

A partir destes paradoxos e das tensões constitutivas do agir em saúde inscrevem-se alguns dos desafios da gestão em saúde, e é neste terreno que se operam os arranjos e dispositivos para a mudança, ou não, dos que apostam no caminho da conservação. É uma opção, pela qual o autor mantém uma postura de crítica em relação às propostas neoliberais de mudança, mas que podem continuar não centradas no usuário, como é o caso da Atenção Gerenciada, que muda a agenda da atenção médica, mas é centrada no capital, ou propostas como a do médico de família, ofertada em uma cesta básica de opções que podem continuar sendo “medico-centradas”. O autor acredita na possibilidade de se explorar a polaridade entre o exercício privado do ato produtor do cuidado em saúde e a sua “captura” por processos mais “publicizantes”, e que a “dinâmica público e privado precisa ser entendida como orgânica do trabalho em saúde, e não se restringe à temática da lógica do mercado ou ao mau uso do processo de trabalho”.

Dessa forma a indicação, e não receita, é publicizá-los – sempre a partir de uma pactuação social, feita por mecanismos mais amplos de negociação e envolvimento ou por práticas mais impositivas e excludoras

...sem necessariamente trocar uma privatização pela outra, mas também sem aprisioná-los exclusivamente sob o comando das ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais, e ou coletivos, através da produção do cuidado” (MERHY, 2002, p. 171).

Acreditando que a existência do trabalho vivo em ato “é um componente orgânico e instituinte permanente do processo de trabalho em saúde”, o autor sugere o quão é importante submeter os processos de gestão institucional deste trabalho vivo a

...processos de avaliação coletivas e colegiadas nas equipes de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, gestores e outros, no interior dos serviços concretos, é por em debate o conjunto dos processos que definem a relação qualidade e custo das ações de saúde, tomando como centro dessa avaliação os benefícios que o trabalho em saúde pode permitir para a qualificação da vida e da sobrevivência das pessoas adoecidas ou sob risco de adoecer (MERHY, 2002. p. 174),

Mais importante do que apenas garantir uma agenda pautada pela redução de custos, porém centrada no capital.

Mesmo com essas poderosas ferramentas de Merhy sobre os processos do trabalho, a percepção da potência de se operar mudanças a partir da micropolítica do trabalho vivo, nas ‘dobras’ entre instituído e instituinte, às vezes nem sempre as coisas saem como os dirigentes desejam, mesmo quando estes operam com a lógica da mudança, em busca de modelos centrados no usuário e na consolidação do SUS (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Vem à tona nesta discussão o tema da reprodução e mudança nas organizações, também discutidas por CECÍLIO (2001b). O autor, a partir de uma imagem de MORIN¹⁹, sobre as mudanças observáveis e as não observáveis, como se algo estivesse transformando

¹⁹ MORIN, E. *apud* CECÍLIO (2001b).

o subsolo antes que a superfície fosse afetada, observa que mudança e reprodução são temas complexos, e que é possível fazer vários olhares sobre a questão:

Mudanças em rede, mudanças nas subjetividades, nas formas de emprestar sentido pelos trabalhadores, mas que ainda não podem ser captadas, tendências, movimentos subterrâneos, deslocamentos, coalizações refeitas, a fluidez que não se captura pelo preconceito do olhar armado que temos, o que escapa da moldura, dos conceitos predefinidos[...]talvez seja mais fácil falar do que aparentemente não muda. Referências. Balizas. Marcadores. Territórios que conhecemos. Papéis definidos. Organogramas. Cargos e funções, Atribuições, Autoridade. A estrutura organizacional. As linhas de mando. As coisas sempre foram assim. Os objetivos da organização. Missão organizacional: razão de ser. Estabilidade (CECÍLIO, 2001b).

O paradigma ‘estrutural-funcionalista’ construiu uma visão sobre as organizações que, segundo CECÍLIO e MENDES (2004) pode ser assim sintetizado:

A ausência formal de conflitos de interesse entre os sujeitos, uma vez que os interesses ‘da sociedade’ são introjetados pelos indivíduos, levando-os a buscar a integração social; essa introjeção das normas justifica a busca pelo consenso e a concepção da organização/sociedade como sistema que tende à homeostase; as divergências são caracterizadas como disfunções a serem incorporadas pelo sistema, o que justifica a concepção da regularidade social e, finalmente, a presença da disciplina e do controle como eixo central dos métodos de gestão, aderindo, assim, à racionalidade gerencial hegemônica

FRIEDBERG (1993)²⁰ aponta características semelhantes no que chamou de “visão clássica das organizações”, na qual

...o caráter racional e instrumental da organização em relação a fins exógenos, pré-determinados e fixos, aos serviços dos quais ela é uma simples correia de transmissão transparente, passiva e

²⁰ FRIEDBERG (1993) *apud* CECÍLIO e MENDES (2004).

obediente; a idéia da coesão interna dos trabalhadores e sua adesão a um projeto 'maior' da organização e a nítida separação entre o 'interno' e o 'externo', sendo que o 'externo' invadiria ou penetraria a organização via mediações da direção superior (CECÍLIO e MENDES, 2004).

Os autores acreditam que apesar do grande esforço de superação de tais concepções para os estudos das organizações de saúde e seus processos de gestão, elas ainda conservam muita força explicativa nos estudos produzidos pela academia.

Para a sociologia contemporânea os temas da relação entre controle e autonomia, determinação e liberdade, reprodução e criatividade permanecem centrais no debate sobre as organizações. Estes paradigmas da sociologia de base fenomenológica e da sociologia contemporânea, como, por exemplo, as contribuições de BORDIEU²¹ são importantes para se tentar quebrar o paradigma estrutural-funcionalista, ainda hegemônico no campo da saúde. Desse campo da sociologia surgem discussões que tratam da relação entre estrutura e liberdade, nas quais alguns autores dão ênfase à liberdade humana, no caráter contingencial das organizações, construída e mantida pela ação humana. Um outro grupo de autores trazem o foco para o esclarecimento da relação entre a ação humana criativa e os constrangimentos estruturais, em particular o duplo papel das “estruturas” de constrangimento e restrição, mas ao mesmo tempo, oportunidade, uma relação dialética entre determinação e liberdade²².

O que há de comum nestes dois grupos, afirmam CECÍLIO e MENDES (2004)

...é, afinal, uma maior ênfase à ação criativa dos atores institucionais que, sempre contornam, em alguma medida, as restrições e regras, reconstruindo, permanentemente e de forma ativa, as relações dentro das organizações”.

E os autores continuam:

“temos adotado essa visão que privilegia a criatividade, o inesgotável papel de articulação e mobilização de recursos por parte dos trabalhadores do hospital, de forma a construírem e reconstruírem arranjos que escapam, sempre, aos fluxos formais de autoridade. Por essa concepção, os trabalhadores são ativos na re-interpretação das diretrizes e dos objetivos organizacionais, de

²¹ BORDIEU *apud* CECÍLIO e MENDES (2004).

²² CAMPOS (2001b) *apud* CECÍLIO e MENDES (2004).

forma que poderíamos dizer que os trabalhadores do hospital são ‘produtores de texto’ e não uma folha em branco, na qual a direção imprimiria, de forma não problemática seu próprio texto (seu projeto). Entendemos que vem desse campo uma das mais importantes contribuições para se botar em cheque o paradigma estrutural-funcionalista.

Os autores acreditam que no espaço limite da sua autonomia, os trabalhadores criam e recriam, de forma permanente e dinâmica, práticas, fluxos, relações, reconstruindo de alguma maneira a realidade organizacional. Mesmo presos às demarcações bastante rígidas que as instituições como a Medicina e a Burocracia estabelecem ao atravessarem as organizações e cada um dos seus grupos, reafirmando hierarquias de dominação entre as categorias profissionais construídas aquém do hospital, em particular o poder que o médico dispõe em relação aos demais trabalhadores

...o que se pode observar é um ruidoso mundo onde inúmeros atores se movem, se comunicam, jogam, utilizam cada um dos seus recursos para defender mesmo que sejam espaços mínimos de autonomia para suas práticas cotidianas. Há uma fascinante e incessante busca de preservação de identidade, de defesa de interesses, de espaços de autonomia, mas também de ‘boas práticas’ por parte dos trabalhadores, muito mais referenciadas aos seus valores individuais, à sua biografia, à sua ética de convicção ou sua visão de mundo e, em boa medida, às suas corporações, do que a um ordenamento racional que a direção pensa poder impor (CECÍLIO e MENDES, 2004).

A despeito dessas ponderações de CECÍLIO e MENDES (2004) acerca da concreta autonomia que os trabalhadores exercitam na prática – mesmo nas instituições cuja direção aposta em espaços colegiados e na democracia interna – Campos (2000b) acredita que para romper a cultura taylorista das organizações, na qual predomina o controle e o cerceamento da autonomia, é necessária uma maior democratização das instituições e, ao mesmo tempo, propiciar o desencadeamento de vários movimentos no sentido de mudanças na cultura, na estrutura e nas normas das organizações. Nesse sentido, sugere o Método da Roda, segundo o autor, herdeiro de duas experiências: a dos movimentos políticos libertários, cujos reflexos, por exemplo, na saúde mental italiana trouxe o componente novo do envolvimento dos usuários na vida das instituições, da

vivência do poder com finalidades terapêuticas e cidadãos e das experiências dos gregos, com seus processos de formação dos homens (Paidéia) e suas assembleias populares (Ágora).

O método aposta na “produção de sujeitos mais autônomos”, autonomia compreendida como a maior capacidade de análise e de intervenção destes sujeitos. A principal estratégia pensada para cumprir esta finalidade é a criação de “Coletivos Organizados” para a produção, alguns como arranjos mais estruturados dentro das organizações e outros dispositivos, como “espaços de caráter mais episódico”. A criação dos Coletivos Organizados traz um componente para a gestão, de democracia nas organizações, que o autor denomina de o sistema de “co-gestão”, diferente da ‘auto-gestão’, pois esta última modalidade, segundo o autor “produz isolamento e dificulta a construção de uma subjetividade capaz de integrar desejos e interesses de distintos sujeitos” (p.143). E complementa:

Toda relação dialógica, dialética ou comunicativa depende da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos produtores, mas também da capacidade de ação e pressão dos grupos externos ao Coletivo. A organização de fluxos de poder, por isso a co-gestão e não a auto-gestão como alternativa de governo (CAMPOS, 2001b, p. 143).

Explicando melhor, a democracia institucional não anula os “contrapoderes”. Outros sujeitos estão sempre a pressionar as equipes de trabalho e são um “poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou o fechamento em departamentos”. Esses contrapoderes tensionam positivamente a lógica interna dos coletivos. A relação entre esses contrapoderes e o poder em construção dentro de cada coletivo é o “substrato para a formação de compromisso e o estabelecimento de contratos entre autonomia (predomínio de elementos internos) e o controle (predomínio de forças externas ao coletivo)” (CAMPOS, 2001b, p.143).

A proposta do Método da Roda para alterar a lógica do paradigma taylorista na estrutura das organizações é a mudança nos organogramas piramidais, prevendo-os mais leves e horizontais, com possibilidade de compartilhamento de poder. Para isso a criação

das “Unidades de Produção” – em substituição aos departamentos e setores, compostas por equipes multiprofissionais – e o “Apoio” ou “Supervisão Matricial”, os quais, a partir da lógica da matriz seriam o apoio especializado para as várias Unidades de Produção. A gerência na Gestão Colegiada também assume papel importante no sentido de garantir a distribuição de responsabilidades e fazer o elo entre a instituição e a sociedade. Alguns desses arranjos propostos pelo autor serão um pouco mais detalhados a seguir.

Sobre os “Coletivos Organizados” o autor parte da seguinte premissa:

Por que não pensar o mundo do trabalho ou as Organizações em geral também como espaços para construção de novas subjetividades, nas quais, por meio da participação no governo, na gestão e na invenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da realidade e de si mesmo, bem como maior capacidade de intervenção nessa própria realidade? (CAMPOS, 2001b, p.145).

Para a existência desses Coletivos Organizados deve-se propiciar a criação de “Espaços Coletivos”, compreendidos pelo autor como arranjos organizacionais ou dispositivos montados para estimular a “produção/construção de sujeitos” e “Coletivos Organizados”. Refere-se, portanto, a

...espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses, aspectos da realidade) à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisões (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 (CAMPOS, 2001b, p.147).

Os “conselhos de co-gestão” pressupõem, como o nome diz, o “exercício da co-gestão”, com a participação de atores sociais internos e externos aos coletivos, atores que expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses “processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens e serviços. Trabalhadores, representantes da sociedade civil e do governo exercendo a co-gestão de Organizações” (p.147). No Brasil, os conselhos de saúde, as conferências têm essa função, como forma de se efetivar o “controle social comunitário”. O SUS, em tese, seria governado segundo esse sistema de co-gestão. A segunda modalidade de Espaço Coletivo são os “Colegiados de Gestão” voltados para operacionalizar a gestão interna das Organizações. Segundo o autor, estes Coletivos criam um “lugar mais ou menos protegido, onde as equipes de trabalhadores possam organizar-se e elaborar seus projetos e visão do mundo” (p.148). São compostos por dirigentes, assessores, supervisores e trabalhadores. Desses colegiados saem as representações internas para compor os Conselhos de co-gestão.

São ainda considerados os seguintes dispositivos como Espaços Coletivos: assembleias de trabalhadores e usuários, reuniões ocasionais, sessão para discussão de casos, oficinas de planejamento, entre outros. O autor identifica a presença de vários destes dispositivos na vida cotidiana de várias Organizações como forma de criar-se “linhas de fuga para atenuar as distorções das organizações excessivamente burocratizadas”. Mas em geral esses dispositivos se mostram insuficientes para se alcançar a superação da racionalidade gerencial hegemônica, e no fundo “não alteram o cerne da ‘ordem taylorista’, produtora de submissão, fragmentação e alienação” (p.148). Por isso a importância de arranjos propostos, alguns mais estruturados à vida cotidiana das Organizações, que combinem autonomia com compromisso de se “produzirem necessidades sociais, provendo ao mesmo tempo, os meios para produzi-las”. A linha de trabalho adotada, então “baseia-se na teoria dialética que afirma a interdependência do intelectual/cultural/moral”. O autor afirma ainda que a estrutura organizacional também produz subjetividade, influencia os sujeitos, e “somente da subjetividade destes mesmos sujeitos e de pressões do meio externo se podem alterar estas estruturas” (p.150).

Uma quarta modalidade de Espaço Coletiva identificada pelo autor é a existência de tomadas de decisão que ocorrem no dia-a-dia. Para que o sistema de co-gestão funcione é fundamental que no espaço de governabilidade de cada um sejam tomadas decisões, e que “apenas o contraditório, o novo, ou o desconhecido sejam levados para as instâncias coletivas” (p.149). Às vezes as decisões tem que ser tomadas, algumas sem o aval dos conselhos e dos colegiados, sob pena da paralisia institucional. É importante esclarecer uma pequena distinção que o autor faz sobre o sistema de co-gestão e gestão colegiada: o primeiro consideram-se os espaços de “luta/negociação” e no segundo participam todos os membros de um serviço ou organização, porém ambos como “meio de se viabilizar a Democracia direta” (p. 152).

É importante ressaltar os efeitos ou produtos deste exercício de democracia que se podem produzir nos Coletivos. Alguns são de natureza política e social, como instâncias de disputa de poder; outros de natureza subjetiva, outros de natureza pedagógica e outros ainda na esfera estritamente gerencial. O autor afirma que, se essa dupla natureza, qual seja a política e terapêutica/pedagógica não se manifestar nos Colegiados, estes ficarão sempre empobrecidos. Neste “efeito pedagógico”, que o autor identifica pela presença do “fator paidéia” é dito o seguinte: “os espaços coletivos funcionando como arranjos que facilitassem o desenvolvimento integral das pessoas, usando o próprio trabalho e o exercício cotidiano do poder como escola” (p. 149), o que poderia com essa ‘função’ também gerar a satisfação e a realização profissional. O “inaudito dos efeitos produzidos pela co-gestão e gestão colegiada é que os processos analíticos (exame dos sujeitos e de sua relação com outros sujeitos e com outros objetos) são simultâneos da ação política e da atividade de gerenciar serviços ou programas concretos” (p. 161). A gestão colegiada é também vista como um espaço para se tratar de paradoxos e ambigüidades inerentes aos Coletivos Organizados para a produção (as Unidades de Produção, por exemplo). Ao mesmo tempo “assegurar tanto objetividade operacional (produtividade, eficiência e eficácia) mas também produzir grupos sujeitos de trabalhadores, aptos a participar, de fato, dos sistemas de co-gestão”. (p. 153).

E por fim, o autor faz outras considerações sobre os aspectos políticos e da potência dos Coletivos Organizados e do sistema de co-gestão; faz perguntas e busca respostas para orientar o seu pensamento sobre estas questões: “quando um agrupamento se

torna um Coletivo Organizado? Como precisar esse limite? Impossível, o termo indica mais um objetivo, um movimento do que um estado onde se possa estar cristalizado[...]um coletivo esta obrigado a se produzir sempre, sempre" (p. 154). E continua: "o Coletivo seria uma espécie de Unidade Básica constitutiva de qualquer máquina social encarregada de produzir valores de uso. A sua célula" (p. 154). Essas 'células' ou as instâncias colegiadas não seriam "autogovernadas[...]onipotentes", segundo o autor teriam que lidar com determinações e diretrizes advindas tanto dos níveis superiores de poder, quanto da base, sem se submeter completamente a essas determinações, "mas considerando-as como determinantes realmente existentes, para a partir disso inventar novos graus de liberdade fazendo valer a sua capacidade de ação deliberada" (p. 159). A noção de co-gestão

...amarra-se à concepção de que todo sujeito opera segundo coeficientes de autonomia e liberdade. Não existindo a liberdade em bruto, absoluta; tampouco havendo, portanto, poder em si mesmo, sempre haverá correlação de forças, potências convocadas ou não para intervir, coeficientes de poder. Apesar da dominação, apesar da inevitabilidade de certa hierarquia, sempre, os com menos poder inventam modos de avançar os próprios projetos desde que tenham habilidade para reconhecer a correlação de forças ou o princípio de realidade, para a partir daí articular os próprios interesses com o de outros agrupamentos próximos, mas diferentes, compondo Blocos potentes para operar em contextos antes tidos como desfavoráveis (CAMPOS, 2001b, p. 159).

Em resumo, destes autores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, tomados como referência para a reflexão sobre alguns temas abordados no decorrer desta investigação, pode-se dizer que o grande desafio da gestão em saúde é a mudança do modelo assistencial. A essência da mudança é tornar o usuário o centro da atenção dos atos de saúde, não os procedimentos, os atos médicos ou de outros profissionais, o aspecto privado do trabalho em saúde, mas revelar sua dimensão cuidadora, seu caráter público, de defesa da vida. Mudar organizações e processos de trabalho requer empenho, algum método e algumas ferramentas acessíveis. Talvez a principal delas seja a compreensão do processo de trabalho em saúde, sua 'micropolítica', seus paradoxos e

potências para a mudança. Paradoxo entre garantir qualidade da atenção com autonomia dos trabalhadores para desenvolver o seu trabalho e ao mesmo tempo lidar com o caráter ‘privado’ que essa atenção possa assumir. Neste sentido, outra ferramenta importante é o investimento na democratização das organizações, na co-gestão, na criação Espaços Coletivos, que podem funcionar como antídoto para a tendência de isolamento e corporativismo. Alguns destes Coletivos podem garantir a presença permanente da disputa de poder e do olhar externo sobre as organizações. Democracia interna que almeja compartilhar poder, como ‘ferramenta’ política, terapêutica e pedagógica. Exercer a autonomia e o poder, mas reconhecendo os limites, as determinações. Mesmo investindo na democratização das instituições sempre permanecerá um componente forte do estruturado, do instituído, de reprodução, ao invés de mudança. Porém é dessa ‘trama’ que nascerá a verdadeira autonomia, o instituinte, o singular, o novo, o que cria movimento e que tem potência para a mudança.

Ao final deste capítulo é permitido construir uma fantasia: a construção de uma espécie de baú cultural da história da Saúde Pública brasileira, da Reforma Sanitária e do SUS, do qual é possível extrair elementos para compor nossas ‘utopias’. Como diz CAMPOS, C. (2003): “utopias foram vividas, em outras dimensões e circunstâncias históricas, por muitos dos que nos antecederam no serviço público de saúde. Entre eles, podemos citar Osvaldo Cruz, Miguel Couto, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas, J. P. Fontenelle, Carlos Gentile de Melo, Maria Cecília Donnângelo, David Capistrano”. Neste baú será permitido um certo ‘embaralhamento’ de concepções e tecnologias, algumas aparentemente velhas, que podem ser re-significadas, enfeitadas e utilizadas de maneira prática e útil para seus usuários, os trabalhadores dos serviços de saúde, desde de que estejam de posse de alguns princípios, como o da integralidade, da universalidade e da equidade e do desejo de mudança do modelo hegemônico. Poderíamos retirar deste baú vários adereços para compor nossas fantasias de construir um SUS cada vez melhor, acessível e de qualidade. Uma fantasia que me ocorre é a seguinte: a epidemiologia e a clínica deixarem de ser, pelos menos por alguns momentos, “tecnologias leveduras” porque estariam cravadas no “núcleo cuidador”, capazes de saírem do seu papel de ‘ciência’ para se transformarem em ‘conversa’ entre trabalhadores e usuários. Seria aquela epidemiologia “atrevida” de DRUMOND JR, curiosa e contaminada com a “intimidade” do fazer

cotidiano, como diz FIALHO JR, que ao ser reveladora da situação de saúde/doença e sua expressão no coletivo consegue aglutinar os sujeitos para a proteção e o cuidado deste coletivo. E a clínica, que ao se ampliar, abre seus horizontes para o cuidado, para a cura, para o afago.

CAPÍTULO 2- A construção da pesquisa

“O pesquisador das questões da saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é aquele que ele realiza, e sua objetividade é uma construção[...]não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa[...]a realidade aí encontrada como todo o social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela[...]a ciência que a aborda não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real”

Maria Cecília Minayo

(do livro “O Desafio do Conhecimento”)

Neste capítulo serão apresentados os objetivos do estudo, as perguntas e as hipóteses formuladas para avaliar o processo de implantação dos núcleos de saúde coletiva nas unidades básicas de saúde, o desenho da investigação e as opções metodológicas para construir tal desenho. Serão apresentadas também a rede de saúde do município de Campinas e a situação dos NSC nas unidades básicas conforme a sua implantação.

2.1- Os objetivos da pesquisa

GERAL

Avaliar a implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) nas unidades básicas do município de Campinas a partir de 2001, em particular o quanto conseguem contribuir para uma melhor integração das atividades do cuidado individual com aquelas de caráter mais coletivo, na perspectiva da integralidade da atenção prestada aos usuários.

ESPECÍFICOS

1) Caracterizar a composição e o funcionamento dos núcleos de saúde coletiva selecionados para o estudo, identificando suas pautas de atividades no dia-a-dia da unidade.

- 2) Identificar as possíveis dificuldades na implantação dos núcleos de saúde coletiva a partir das diretrizes estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
- 3) Caracterizar as relações que se estabelecem entre o núcleo de saúde coletiva, as equipes locais de referência e os espaços de gestão da unidade.
- 4) Avaliar se as atividades tradicionais da vigilância epidemiológica foram incorporadas pelo núcleo de saúde coletiva, e em que medida isso ocorre.

2.2- As perguntas que a pesquisa buscará responder

A pergunta central é:

- O núcleo de saúde coletiva é um dispositivo que consegue, em algum grau, romper a ‘verticalidade’ e a ‘duplicidade’ das linhas da vigilância (epidemiologia) e da assistência individual (clínica), criando uma prática mais integral em nível local?

Outras perguntas:

- O que mudou na rede básica com a implantação dos núcleos de saúde coletiva?
- O núcleo de saúde coletiva é formulador de projetos de intervenção ou é mais um estimulador/avaliador de iniciativas das equipes locais de referência?
- O núcleo deve ter um caráter mais estruturado ou permanecer com um arranjo funcional mais dinâmico?

- Quais as principais dificuldades conceituais e práticas para se operar um dispositivo inovador como o NSC? Como indagações iniciais apontam-se os seguintes aspectos: como tem se dado o acesso e a utilização da informação em saúde? Como tem sido o apoio técnico e o apoio operacional dos níveis superiores do sistema municipal de saúde para o funcionamento dos NSC? Como se dá a qualificação e a adesão dos trabalhadores ao projeto?

2.3- As hipóteses iniciais da pesquisa

- 1) O NSC, como diretriz de governo, é apropriada/reelaborada/reinventada pelas equipes locais (pelos trabalhadores da saúde), de forma que coexistem múltiplas formas de funcionamento nas várias unidades de saúde.
- 2) Como conseqüência, são diferentes os impactos do seu funcionamento na micropolítica das unidades, em particular conseguir uma maior articulação entre as ações coletivas e individuais.
- 3) Pode estar havendo um abandono ou não responsabilização pelas atividades tradicionais de vigilância epidemiológica nas unidades básicas de saúde.

2.4- As opções metodológicas e o desenho do estudo

Avaliar processos de trabalho é tarefa desafiadora por natureza. O objeto deste estudo, qual seja, os núcleos de saúde coletiva e as etapas percorridas em sua implantação poderiam ser abordados do ponto de vista quantitativo, a partir de resultados objetivos, de indicadores precisos, metas a serem alcançadas. Correr-se-ia o risco, porém, de se perder alguns componentes do processo em si, no que diz respeito às relações que se estabeleceram, dos trabalhadores com seu trabalho, da gestão com as equipes, da experimentação ainda em curso, da percepção do modo de fazer e da subjetividade entranhada no cotidiano das equipes de saúde. Neste sentido, a eleição do tipo de método a ser utilizado para o estudo tentou ser coerente com a idéia de que a implantação de uma política de saúde seja ela qual for, terá, sempre, que levar em conta o protagonismo dos

trabalhadores diante de tal política. Partindo do pressuposto de que é fundamental tentar compreender, da melhor forma possível, os sentidos que os trabalhadores dão à política que está sendo proposta e como eles, no contexto das restrições estruturais em que trabalham/atuam se posicionam ativamente diante de tal política, é que se optou por um estudo do tipo qualitativo.

O presente estudo de caso¹, pelo fato da construção da maior parte do material empírico constituir-se a partir dos relatos dos atores sociais ou sujeitos envolvidos diretamente no processo de implantação dos núcleos de saúde coletiva o aproxima da pesquisa qualitativa, pois, segundo MINAYO (1994) esta “trabalha com gente, com atores sociais em relação, com grupos específicos” (p.105). As metodologias de pesquisa qualitativa são

...entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 1994, p.10).

A rigor, diz a autora, “qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica do seu objeto: o aspecto qualitativo” (p. 22).

A autora faz uma crítica aos limites da teoria da sociologia compreensiva weberiana, a qual, em oposição frontal ao positivismo, encerraria a análise nos grupos sociais como uma “atomização da realidade”, como uma totalidade nela mesma, sem levar em conta os aspectos referentes aos problemas estruturais. Busca, então, na dialética marxista uma tentativa de dissolver as dicotomias entre qualitativo/quantitativo, macro/micro e outras dualidades encontradas nos debates sociológicos e tenta analisar a realidade social na sua totalidade, compreendida em partes, incluído aí o significado. Aponta ainda os próprios limites da abordagem dialética no que diz respeito às representações sociais.

¹ MOREIRA (1997), apesar da ressalva metodológica aos estudos de casos, considera-os adequados para indicar particularidades e diversidades dos fenômenos sociais, bem como possibilitar o levantamento de hipóteses que podem ser melhor avaliadas em outros estudos. LIMA (2004) opta por estudo de caso na medida em que pode aprofundar e fazer um maior detalhamento de uma organização específica.

A autora tece, ainda, uma crítica ao próprio conceito de Metodologias Qualitativas no sentido de pensá-las

...não como alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias[...]nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber.(MINAYO, 1994, p.12).

Também como crítica à abordagem qualitativa na pesquisa social, a autora apresenta o risco do que chamou de empirismo, que é considerar como ciência e verdade a própria descrição dos fatos e a versão deles, fornecidos pelos atores sociais, em detrimento da análise dos fatos que o pesquisador deverá fazer. Sobre essa questão, a da base empírica, SCHRAIBER (1993) em um estudo sobre o trabalho médico, propõe uma forma de trabalhar na qual

...desde o início a sistematização do trabalho no texto foi decorrência da presença constante da base empírica, que por meio das questões suscitadas constituiu interlocutor do trabalho teórico: o material que as entrevistas conformam traz a realidade de uma prática, de um trabalho e de uma história, que desde o princípio deste texto está sendo objeto de reflexão (p. 37).

HAGUETTE (1987) considera que as “metodologias qualitativas derivam da convicção de que a ação social é fundamental na configuração da sociedade” e ainda que os “métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser” (p.55). LEFÈVRE e LEFÈVERE (2003) apontam que o mais indicado quando se quer investigar o pensamento coletivo (aí entendidos como opinião/crença, ou visão ou representação) são as pesquisas qualitativas, pois as mesmas têm como objetivo a geração ou reconstrução de qualidades.

Reconhecendo as especificidades do campo da saúde, MINAYO (1994) identifica neste os mesmos desafios colocados para a pesquisa no campo social. A começar pela ambigüidade e incompletude de conceitos como Saúde Pública e Saúde Coletiva, estudados e detalhados por vários autores. Diz a autora:

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos ‘científicas’, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam (MINAYO, 1994, p. 16).

Para MERHY (1999) a questão colocada para o campo da saúde, mais precisamente para os serviços de saúde

...não é quanto às suas finalidades, que inquestionavelmente são tanto de promover e proteger a saúde individual e coletiva, quanto a de curar. Mas sim quanto ao modo de se conseguir isso, considerando-se que em última instância o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ser ou não ser curador ou promovedor da saúde.

Esse pensamento reforça a idéia de um percurso metodológico que leve em conta a expressão dos atores, ou sujeitos envolvidos em um certo ‘modo de fazer’ que leve em conta a singularidade de cada grupo, sua história, sua subjetividade.

É também de MERHY (1999) a reflexão sobre a possibilidade de a

...gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos ‘arranjos’ no modo de

fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

Fabricar saúde de um certo jeito, de um certo modo confere a um dado grupo uma certa identidade, que o caracteriza como um sujeito coletivo, “pelos seus temas, seus valores; pelas características das ações sociais em que se moviam” (SADER, 1988).

Este autor faz ponderações ao polêmico conceito de sujeito, dado que em alguns momentos pressupõe a soberania do ator, ora sua sujeição. No rico estudo que faz sobre o aparecimento de novos agentes dos movimentos sociais das décadas de setenta e oitenta, explica porque faz uso do conceito: “uma insistente preocupação na elaboração das identidades coletivas, como forma do exercício de suas autonomias. Neste momento, portanto, o termo aparece mais como objeto de análise do que como instrumento conceitual” (SADER, 1988, p.50).

SADER (1988) adverte que a constituição de um coletivo qualquer como sujeito não implica sua autonomia: “temos vários exemplos de sujeitos coletivos constituídos através de identidades que lhes foram atribuídas” (p.53). De qualquer modo, o autor fez a escolha pelo conceito, que foi o que emergiu a partir dos discursos presentes nas comunidades de base no Brasil naquele período. E define: “quando uso a noção de sujeito coletivo é no sentido de uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas” (p.53).

O autor trabalha também a relação intrínseca entre sujeito e objeto, aquele constituindo-se neste:

Sujeito autônomo não é aquele (pura criação voluntarista) que seria livre de todas as determinações externas, mas aquele que é capaz de reelaborá-las em função daquilo que define como sua vontade. Se a noção de sujeito está associada à possibilidade de autonomia, é pela dimensão do imaginário como capacidade de dar-se algo além daquilo que está dado (SADER, 1988, p.56).

Define o conceito de discurso, também constitutivo dos sujeitos: “o discurso que revela a ação revela também o seu sujeito. Assim, do discurso dependeria a atribuição de sentido às coisas, a partir do primeiro significado, que permite o diálogo humano, que é o de estabelecimento das identidades” (p.57). Sobre a importância da linguagem neste processo ele afirma: “desse modo, ao exprimir algo o sujeito não apenas comunica algo aos outros mas também para si mesmo[...]recorrendo à linguagem[...]o sujeito se inscreve na tradição de toda sua cultura” (p.57/58).

Outro conceito trazido pelo autor é o de matriz discursiva: “os diversos discursos que lemos ou escutamos numa sociedade num dado período podem ser remetidos a matrizes discursivas que compõem, nessa sociedade e nesse tempo, um modo – e suas variações – de nomear seus problemas, objetivos, valores” (p.59). E completa: “constitui-se um novo sujeito político quando emerge uma matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articula-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados” (p.60).

SPINK (1999) também traz contribuição importante para compreensão e valorização do discurso para a produção de sentidos no cotidiano. A autora busca na Psicologia Social a importância da interação na investigação e na busca do conhecimento, diferente do enfoque tradicional – representacionista, como se a mente fosse um espelho da natureza – para adotar outra concepção, em que o “conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças e sim algo que constroem juntas” (p.27). Representante da corrente de pensamento construcionista, a autora afirma que

...tanto sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas[...]isso significa que nosso acesso à realidade é que institui os objetos que as constituem. Dito de outra forma, só apreendemos os objetos que se nos apresentam a partir de nossas categorias, convenções, práticas, linguagem, enfim de nossos processos de objetivação (SPINK, 1999, p.28).

Após esse breve resgate teórico-metodológico é possível dizer que este estudo trata-se de uma investigação no campo das ciências sociais, com características de pesquisa qualitativa. É um estudo de caso, pois descreve e analisa um caso particular de implantação de um arranjo – o Núcleo de Saúde Coletiva, em algumas unidades básicas de saúde de um dado município, com possibilidades de generalização e posterior aprofundamento em outros estudos. Este estudo de caso utilizou-se do recurso de algumas técnicas para captar o discurso dos sujeitos, quais sejam, o grupo focal, as entrevistas semi-estruturadas e a análise documental.

Sobre a técnica de coleta de informações, a entrevista, MINAYO (1994) as considera: “entrevista – tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no trabalho de campo” (p. 107). As entrevistas podem ser estruturadas ou não-estruturadas, de acordo com a forma que dirigem ou não as questões. As entrevistas podem ser individuais ou feitas em grupo (entrevista conjunta), estas últimas geralmente focalizadas em um tema. As não-estruturadas são as mais costumeiramente utilizadas na pesquisa social. A autora considera a entrevista como instrumento privilegiado de coleta de informações, pois a fala tem a possibilidade de

...ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1994, p.110).

Outra premissa básica é que a entrevista não é simplesmente uma coleta de dados, mas sempre uma relação de interação, afetada pela natureza da relação com o entrevistador.

LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003) argumentam que é importante fazer perguntas abertas quando se quer ensinar que as pessoas expressem seus pensamentos, ou seja, um discurso. É desejável nesses casos, que as pessoas possam se expressar de forma mais ou menos livre.

MOREIRA (1997), também baseada em MINAYO (1994) traduz o conceito de entrevista semi-estruturada como o

...colóquio entre entrevistados e os informantes através de roteiro constando de questões estruturadas ou dirigidas onde se especificam as hipóteses da pesquisa em combinação com o discurso livre, buscando-se cuidadosamente evitar o caráter de interrogatório e procurando-se não interromper a seqüência de idéias do entrevistado (MOREIRA, 1997).

O grupo focal, técnica de pesquisa qualitativa, foi concebido inicialmente para avaliar o *marketing* de um produto ou serviço e tem sido utilizado com freqüência cada vez maior nas pesquisas em ciências sociais, educação, psicologia social e saúde. Consiste em desenvolver uma sessão grupal, com objetivo de verificar, a partir do próprio ponto de vista de seus participantes (cerca de 6 a 15 pessoas), a compreensão de uma experiência, problema, idéia ou evento. Este grupo é selecionado por apresentar um traço comum que orienta a investigação e se apóia no fato de que a interação grupal produz resultados e aproximações do problema, a partir de sua dimensão cognitiva (WESTPHAL et al, 1996).

Pesquisadores da área de saúde em todo o mundo tem usado os grupos focais para coleta de dados em pesquisas qualitativas, principalmente nos últimos quinze anos, sobre os mais variados temas: abordagens de educação em saúde, sexualidade/AIDS, planejamento familiar, avaliação de serviços e profissionais de saúde, nutrição, imunização, drogas, câncer (CARLINI-COTRIM, 1996; AMARAL, 2003; OLIVEIRA, 2001). O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se forma as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (KRUEGER, 1994).

O grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista em grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. É diferente da entrevista, pois sua essência consiste na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador, 'focada' (por isso focal) em um tópico específico. São pessoas importantes para o desenvolvimento do grupo o moderador que deve conduzir de maneira firme, porém

o menos diretiva possível, mas que cubra os tópicos do tema em estudo. Outro aspecto relevante é a presença do assistente, que registra acontecimentos-chave e eventualmente contribui na condução do grupo (CARLINI-COTRIM, 1996).

O material de campo foi coletado a partir de entrevistas com atores envolvidos na implantação dos NSC, do nível distrital e local. Os núcleos a serem estudados foram indicados pelos Distritos de Saúde. Foram dois momentos de coleta do material empírico: o primeiro, através do grupo focal realizado com os representantes dos cinco Distritos. O segundo momento, as entrevistas conjuntas realizadas com os Núcleos de Saúde Coletiva das unidades básicas, um por distrito, com um total de cinco entrevistas. Quarenta pessoas foram ouvidas nas cinco entrevistas conjuntas e no grupo focal.

As outras fontes de informação utilizadas foram textos, relatórios, documentos oficiais produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o tema 'Núcleo de Saúde Coletiva' (ver p 119 no capítulo 3). Outra fonte importante foi o estudo de NASCIMENTO (2004), pioneiro na investigação de um processo de formação de Núcleo de Saúde Coletiva em uma unidade básica do Distrito de Saúde Sudoeste do município de Campinas, no qual a autora através da pesquisa participa e descreve as etapas iniciais de implantação do NSC e faz uma avaliação posterior do impacto daquele arranjo na unidade pesquisada. No estudo há formulações sobre objetivos e 'desenho' de um NSC e estrutura/ esboço de um sistema hierarquizado de vigilância em saúde que, em certa medida, serviu de base para a formulação de algumas das hipóteses do presente estudo (ver mais detalhes no capítulo 4, p 103).

Foi construído, também, um quadro demonstrativo da situação dos NSC, que descreve, segundo critérios elaborados pelo pesquisador e os Distritos de Saúde, a situação dos Núcleos segundo a sua implantação ou não nos vários Distritos (ver p. 93, ao final deste capítulo).

As entrevistas foram gravadas e devidamente autorizadas pelos entrevistados. Os termos de consentimento encontram-se em anexo (Apêndices IV e V).

O pesquisador não atuou como entrevistador por estar naquele momento ocupando cargo de dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, no papel de coordenador de um Distrito de Saúde. A implicação do pesquisador no momento da pesquisa de campo foi

longamente discutida com o orientador, sendo esta implicação considerada em dois momentos: o primeiro, quando da coleta de dados, no qual a presença física da pesquisadora poderia funcionar como inibidor ou viés, na medida em que era vista como Governo pelos trabalhadores, portanto favorável ao NSC conforme proposição da SMS. No segundo momento, quando da análise dos dados, por conta do seu ‘olhar de governo’ e seu alto compromisso com a implantação dos NSC.

Em relação à primeira etapa, a opção foi o envolvimento dos médicos residentes de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp identificados com o tema e que, a partir do convite do orientador, contribuíram na elaboração dos roteiros de entrevista em uma oficina elaborada com esta finalidade (Apêndice III) e participaram, posteriormente, na realização das entrevistas. Em relação à segunda etapa da implicação do pesquisador, no momento da análise do material empírico, o cuidado foi seguir as recomendações de praxe em pesquisas qualitativas, em particular no momento de se debruçar sobre falas de outros atores, ou seja, conseguir fazer a melhor escuta possível do que os entrevistados disseram, mesmo que essas falas contrariem posições apriorísticas do pesquisador, sempre implicado com o objeto. Tal cuidado fez aproximar o estudo da técnica da “análise de conteúdo, do tipo análise temática”, conforme apresentado no clássico trabalho de MINAYO (1994), que estabelece, de alguma forma, o que tem sido considerada a “ciência normal”, no sentido dado por KUHN (2001) para a produção na área de Saúde Coletiva hoje. MINAYO (2004) aponta algumas possibilidades para o tratamento dos dados, classificando-as em três opções de análise, feitas sempre segundo escolhas baseadas em concepções e uma certa liberdade do pesquisador.

Uma destas opções é a

...análise de conteúdo², que parte de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula

² Apesar da crítica apontada pela autora sobre a origem positivista da técnica afirma que: “todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 1994, p.203)

superfície dos textos descrita e analisada com fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1994, p.203).

Para pesquisas sociais no campo da saúde a autora apresenta como alternativa a análise de conteúdo do tipo “análise temática”³, a qual consiste em

...descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórios do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 1994, p. 109).

Das sugestões da autora para análise dos dados foram adotadas algumas idéias, em particular a identificação de “unidades de registro” após a leitura extensiva e “flutuante” do material. Tais “unidades de registro” ou as regularidades das falas serviram de base para a construção de “categorias empíricas” como pode ser visto no final do capítulo 5. Neste sentido, o material não recebeu tratamento quantitativo, isso é, não foram submetidos a tratamentos mais tradicionais, como “operações estatísticas simples (percentagens)” ou “complexas (análise fatorial)” que permitissem colocar em relevo as informações obtidas, conforme indicado na análise de conteúdo do tipo análise temática, mas sim foram realizadas inferências e interpretações a partir do quadro teórico adotado para a pesquisa.

Portanto, é possível dizer que a presente investigação é uma pesquisa do tipo qualitativa - um estudo de caso que, no momento do tratamento e análise dos resultados encontrados seguiu, de forma adaptada, a análise de conteúdo do tipo análise temática.

³ Segundo a autora a análise temática é “bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica ela transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém há variantes na abordagem que no tratamentos dos resultados trabalha com significados em lugar de inferências estatísticas. Essas variantes, de certa forma, reúnem, numa mesma tarefa interpretativa, os temas como unidades de fala”(MINAYO, 1994, p. 211).

2.4.1- O grupo focal

A avaliação do momento atual da implantação dos NSC e a indicação dos núcleos a serem entrevistados foi feita através de um grupo focal com representantes dos cinco Distritos de Saúde, sendo o convite extensivo aos apoiadores institucionais⁴ e coordenadores e ou técnicos das VISAs (Vigilância em Saúde). O grupo focal com representantes dos Distritos e do nível central foi considerado pelo pesquisador como um grupo privilegiado para a etapa inicial do trabalho de pesquisa de campo, pois são atores diretamente envolvidos no processo de implantação do Projeto Paidéia⁵ e também dos Núcleos de Saúde Coletiva.

A escolha pelo grupo focal, e não entrevistas individuais, justifica-se, pois, como descrito acima, esta técnica permite uma melhor percepção do discurso dos sujeitos, levando em conta aspectos subjetivos ou os “sub-textos”⁶. Há uma interação e troca entre os participantes, permitindo alguma elaboração sobre um tema.

Os critérios de seleção para os núcleos a serem entrevistados não foram previamente apontados pelo pesquisador e sim definidos livremente pelos representantes dos distritos durante o grupo focal. Estes critérios obedeceram a várias linhas de raciocínio, desde a avaliação do acolhimento que os componentes do Núcleo fariam ao entrevistador, até a percepção de quais núcleos estariam mais organizados, isto é, com maior possibilidade de demonstrarem a potencialidade do dispositivo (ver mais detalhes sobre os critérios no capítulo 4, resumo do grupo focal, **p.141**).

⁴ O Apoiador institucional opera em “três dimensões: a dimensão analítica: produção de sujeitos dotados de maior autonomia e posturas críticas; a dimensão da gestão: gestão participativa e democrática, com arranjos e dispositivos institucionais; e a dimensão pedagógica: capacidade formativa tomada como processo de ensinar/aprendendo, aprender/ensinando, no sentido mais político e menos técnico” (MOURA, 2003). Para CAMPOS (2003) o termo “apoio” “indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Quem apóia sustenta e empurra o outro. Sendo em decorrência também sustentado e empurrado pela equipe ‘objeto’ da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo” (p. 87).

⁵ Segundo CAMPOS (2000b) o termo Paidéia foi utilizado para reconstruir de forma contemporânea o que na Grécia Clássica queria expressar a formação ou desenvolvimento integral do ser humano. Foi o nome dado ao modelo assistencial do município a partir de 2001, na gestão de CAMPOS como Secretário de Saúde do município, no governo “Democrático e Popular”, encerrado em 2004, com a derrota no processo eleitoral.

⁶ Conforme a pesquisadora do LACES, sub-texto é aquela linguagem expressa por gestos, expressões, ‘conversas paralelas’, que pode manifestar incômodo, aceitação, negação ou outros sentimentos sobre o tema em pauta.

De qualquer forma, baseado nos critérios estabelecidos pelas equipes distritais foi possível estudar pelo menos um NSC por Distrito de Saúde. Não é demais deixar claro que, a partir dessa eleição subjetiva dos NSC a serem estudados, na verdade uma verdadeira “apreciação situacional” – no sentido ‘matusiano’ de MATUS, 1993, não se poderia ter a pretensão de uma avaliação mais global do funcionamento do conjunto dos NSC, mas tão somente tentar identificar os limites e possibilidades destes como dispositivos de integração das práticas individuais e coletivas, em busca de uma maior integralidade do cuidado prestado pelas equipes de saúde.

O grupo focal foi coordenado por uma profissional colaboradora do LACES (Laboratório de Comunicação e Educação em Saúde) do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, com experiência no uso da referida técnica. Contou também com o apoio de uma residente (R2) do mesmo Departamento. Foram discutidas previamente entre o pesquisador, a coordenadora do grupo focal e a residente (R2) a proposta de roteiro (já esboçado anteriormente na oficina com o orientador, pesquisador e os residentes, constante no Apêndice I), as adaptações para atender à técnica do grupo focal, a proposta de contrato, a técnica de aquecimento, a logística para realização do trabalho (gravadores, fitas, papéis, lanches e outros itens para o conforto do grupo).

No grupo focal não participaram representantes do Distrito de Saúde Leste, pois encontravam-se em mudança de sede. Para explicar os objetivos da pesquisa e solicitar daquela equipe a indicação do núcleo a ser entrevistado, o pesquisador participou de uma reunião ordinária com o coordenador do Distrito e a equipe de apoiadores institucionais, agendada previamente com este intuito. No momento desta conversa, foram coletadas as informações mais descritivas a respeito da situação de implantação dos núcleos na região do Distrito Leste. Este ‘formulário’ serviu de base para a construção do quadro demonstrativo da situação dos núcleos (quadro 1, ao final deste capítulo).

Também não participou do grupo focal o representante do nível central do sistema de vigilância em saúde, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental (COVISA).

2.4.2- As entrevistas

As entrevistas foram aplicadas pelos residentes (R1 e R2) do Departamento de Medicina Preventiva e Social, a partir de roteiros elaborados previamente (Apêndice II). Houve também colaboração nas entrevistas de um enfermeiro de uma VISA distrital.

A entrevista foi aplicada a cada núcleo de saúde coletiva, como entrevista conjunta, aproveitando a reunião ordinária do mesmo, com a presença da maioria dos seus membros. A opção pela entrevista conjunta e não pelo grupo focal com representantes dos vários núcleos indicados pelos distritos partiu da hipótese de que dessa maneira seria possível captar a diversidade na constituição e funcionamento dos núcleos. Não se tratava de uma troca de experiência entre os vários núcleos constituídos, mas sim perceber a singularidade, a história, a dinâmica de funcionamento, o modo de operar e as dificuldades de cada um dos grupos entrevistados. O roteiro de entrevistas foi aplicado, mas de forma a respeitar o momento de cada grupo, ou seja, o discurso livre combinado com as respostas às perguntas elaboradas pelo entrevistador (de acordo com o conceito de entrevista “semi-estruturada”).

A entrevista com os gestores das unidades básicas foi realizada em conjunto com outros participantes do NSC quando aqueles eram membros efetivos do NSC. Apenas um dos coordenadores locais não participou da entrevista conjunta.

Os profissionais participantes, membros dos núcleos de saúde coletiva pertencem a várias categorias profissionais como médicos pediatras, médicos ginecologistas, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, sanitarista, agentes comunitários de saúde.

A transcrição de todas as fitas foi realizada pelo pesquisador, o que garantiu, desde o início, uma maior ‘intimidade’ e familiaridade com o material empírico, permitindo ao final perceber mais facilmente as regularidades e as singularidades dos discursos. O momento da transcrição também é rico em elaboração, no qual idéias ‘brotam’, diferentemente do momento posterior, o da leitura do material já impresso. A fase da escrita também é rica em elaboração, mas já de uma outra forma, para refinar as impressões tidas

no primeiro contato, o momento ‘bruto’ da escuta. Outro aspecto que vale a pena destacar é o da fidelidade quanto às falas, uma certa garantia de qualidade do material, se este é trabalhado desde o momento da transcrição pelo pesquisador. Esta captação das falas com maior fidelidade, se deve, na opinião da pesquisadora, a uma identidade com a maneira de se expressar dos sujeitos. Parece existir um certo ‘suzês’, uma linguagem do SUS, e mais especificamente do SUS Campinas, talvez mais difícil de ser captada por um agente externo à área da Saúde Coletiva.

2.5- A área do estudo

A rede básica de Campinas

A rede básica do município de Campinas é composta por 46 (quarenta e seis) Centros de Saúde e treze Unidades de Saúde da Família – estas últimas denominadas Módulos de Saúde da Família – distribuídas em cinco distritos de Saúde, conforme mapa abaixo:

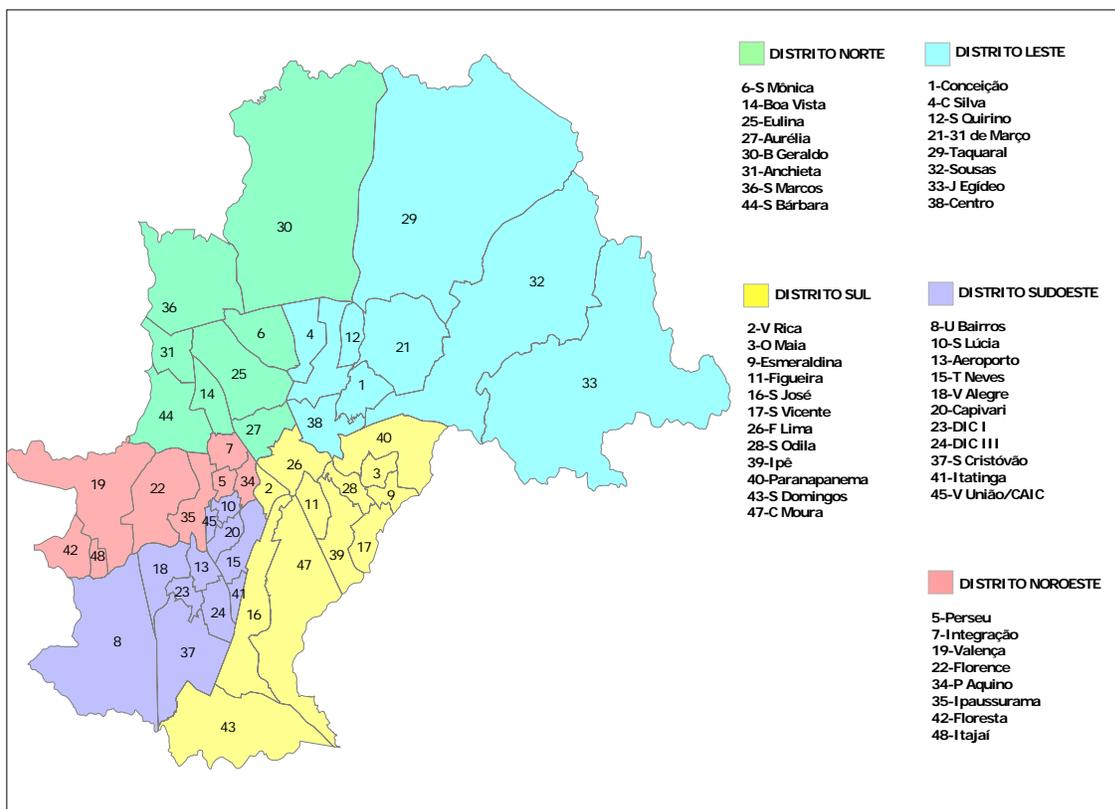


Figura 1- O município de Campinas e as áreas de abrangência dos CS por Distrito de Saúde

Os Centros de Saúde são unidades compostas, em média, por três ou quatro equipes de referência, ou equipes locais de referência (ELR)⁷ responsáveis, geralmente, por uma população adscrita de 4.800 pessoas, ou 1.200 famílias. Algumas unidades funcionam no período noturno e abre também aos sábados.

Os Módulos de Saúde da Família são constituídos por uma equipe de referência, funcionam geralmente em imóveis alugados e foram implantados com o objetivo primeiro de garantir acesso a populações residentes em locais mais distantes do Centro de Saúde. Na estrutura organizacional atual, os Módulos são administrativamente

⁷ Segundo NASCIMENTO (2004) são atribuições das equipes de referência: “o seguimento do paciente desde o seu acolhimento na chegada ao serviço até a definição do projeto terapêutico individual, na família e na comunidade; discussão clínica interdisciplinar dos casos; desencadear ações de saúde coletiva, em conjunto com a equipe do NSC, no território da comunidade adscrita; registro e acompanhamento dos casos de notificação compulsória, etc...”, com base em CAMPOS, 1999.

ligados ao Centro de Saúde, mas existe proposta de reforma institucional, no sentido de torná-los unidades administrativas independentes, com presença do coordenador local e com um leque maior de ofertas de tecnologias em saúde (a maioria dos módulos não conta, por exemplo, com serviço de saúde bucal)⁸. Os módulos não têm NSC próprios, geralmente um ou dois membros participam do NSC do CS de referência.

2.6- Os Distritos, as Unidades Básicas e os Núcleos de Saúde Coletiva

No quadro abaixo se pode ter uma idéia de como está a implantação dos NSC nas unidades básicas do município. A categorização ou classificação dos núcleos conforme a sua implantação foi discutida pelo pesquisador com algumas equipes dos Distritos e se chegou a uma proposta de questionário, posteriormente aplicada a todos os Distritos.

Classificação: implantado ou não implantado

Categorização elaborada para os núcleos implantados:

- regular: tem reuniões fixas, com pauta e projetos em andamento;
- irregular: não tem agenda fixa para reuniões e nem projetos específicos; reúnem-se ou elaboram projetos em função de ‘incêndios’ que aparecem;
- em fase de reorganização: há um investimento do Distrito de Saúde para reativar o NSC;
- sem projetos: têm reuniões fixas, mas no momento estão desmotivados, sem atividades.

⁸ Maiores informações sobre a rede de serviços do SUS Campinas ver *site* institucional da Secretaria Municipal de Saúde: www.campinas.sp.gov.br/saude

Quadro 1

QUADRO DEMONSTRATIVO DA SITUAÇÃO DOS NÚCLEOS DE SAÚDE COLETIVA NAS UNIDADES BÁSICAS (ou CS) DE SAÚDE CONFORME SUA IMPLANTAÇÃO*

<i>SITUAÇÃO</i>	<i>DISTRITO1</i>	<i>DISTRITO2</i>	<i>DISTRITO3</i>	<i>DISTRITO4</i>	<i>DISTRITO5</i>	<i>TOTAL Campinas</i>
UBS	8	8	12	8	10	46
NSC não implantados	2 25%	1 12,5%	0	1 12,5%	2 20%	6 13%
NSC implantados	6 75%	7 87,5%	12 100%	7 87,5%	8 80%	40 86,9%
Implantados regulares	6 100%	4 57,1%	11 91,6%	1 14,2%	2 20%	24 60%
Implantados irregulares	0	1 14,2%	0	2 28,5%	2 20%	5 12,5%
Implantados sem projetos	0	1 14,2%	0	3 42,8%	0	4 10%
Em fase de reorganização	0	1 14,2%	1 8,3%	1 14,2%	4 40%	7 17,5%

*Informações referentes aos meses de outubro, novembro e dezembro de 2004.

O percentual de NSC considerados regulares, irregulares, implantados sem projeto e em fase de reorganização deu-se a partir do total de núcleos implantados e não a partir do total de unidades de saúde do município. É expressivo o número de núcleos implantados (86,9%), o que demonstra a realidade dos NSC na vida dos Centros de Saúde. O mesmo raciocínio vale para o percentual de núcleos regulares, representados por 60% do total de núcleos implantados.

Os Núcleos de Saúde Coletiva entrevistados, em um total de cinco núcleos, representam 20,8% do total de núcleos regulares implantados.

Os NSC entrevistados estão assim denominados: NSC 1; NSC 2; NSC 3; NSC 4; NSC 5 de acordo com a seqüência das entrevistas realizadas e pertencem respectivamente aos Distritos de Saúde 1; Distrito de Saúde 2 e assim sucessivamente.

Esta forma de análise mais descritiva dos NSC é rica no sentido de direcionar investimentos da direção central da Secretaria Municipal e dos Distritos para a constituição dos NSC, de acordo com a situação de cada Distrito. Contribui para este panorama geral da situação dos NSC, podendo também apontar outros caminhos para a análise e avaliação dos NSC. Porém, não consegue dar conta da complexidade da questão. O que reafirma o caminho metodológico escolhido, de pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa busca entender e explicar como os fenômenos sociais ocorrem e o que está por trás destes números é o produto da ação concreta de atores sociais, de sujeitos em disputa, agindo a partir da vontade política e do desejo, em espaços singulares de atuação, aí entendidos os Distritos, como regiões de saúde e as Unidades Básicas de Saúde.

***CAPÍTULO 3- O objeto: o Núcleo de Saúde Coletiva
no contexto do Programa Paidéia de Saúde
da Família***

Em janeiro de 2001 a nova equipe do governo municipal de Campinas deu início a algumas mudanças no modelo assistencial, principalmente na rede básica de saúde. A principal delas consistiu na adesão do município ao Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde, incorporando às equipes já existentes, o agente comunitário de saúde e o médico generalista (ou médico de família)¹. Constituíram-se as equipes de referência, ou equipes locais de referência (ELR) às quais foram adscritas clientelas residentes em territórios determinados de atuação. Essas equipes foram compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, dentistas, auxiliar de consultório dentário e em algumas unidades, o técnico de higiene dental.

Diferentemente de outros municípios, nos quais a rede do Programa de Saúde da Família foi organizada de forma paralela à rede já constituída, em Campinas a opção foi adaptar algumas das diretrizes do programa federal ao SUS municipal, no qual a rede básica já contava com boa cobertura de serviços e uma longa história de construção do SUS (PMC, 2001a).

Além da incorporação dos novos profissionais e da disposição em melhorar o acesso da população aos serviços, o novo modelo, denominado, então, de Programa (ou Projeto) Paidéia de Saúde da Família de Campinas, trouxe consigo outras diretrizes ligadas à gestão de coletivos, novos modos de produção de saúde, um novo método de trabalho, em que se apostava na “construção de sujeitos autônomos e críticos” (CAMPOS, 2003).

Além da ampliação das equipes e cadastramento do Município junto ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, foram definidas algumas diretrizes político-operacionais para tentar reformar o modelo de atenção (PMC, 2001a). Estas diretrizes foram as seguintes: a) cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a

¹ Segundo BEDRIKOW, R. “médico generalista exerce a clínica ampliada, a clínica que leva em consideração não apenas o sujeito e a doença mas também o contexto social, familiar, cultural, religioso no qual eles estão inseridos. Trabalha em equipe, compartilha saberes, procura recursos em outras áreas, participa de ações intersetoriais, explora o território, interessa-se pelos indicadores epidemiológicos da sua região. O olhar é cada vez mais ampliado. Enfim, exerce medicina de alta complexidade e altamente humanizada” – do texto “Médico Generalista”, Campinas, 2004. (Trabalho não publicado).

Equipe Local de Referência; b) clínica ampliada² e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local; c) acolhimento e responsabilização e d) sistema de co-gestão³.

Ainda sobre a gestão, houve a incorporação dos apoiadores institucionais às equipes dos Distritos de Saúde em substituição aos supervisores técnicos, aos quais cabia anteriormente a tarefa de avaliação e planejamento das ações com certo grau de distanciamento com as equipes supervisionadas (CAMPOS, 2003). Foram ainda instituídos os colegiados gestores⁴ nos serviços de saúde.

Em relação à ampliação das ações coletivas no nível local foi sugerida a organização dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) em todas as Unidades Básicas de Saúde. Esperava-se que a própria ampliação da clínica fosse um recurso para ampliar as ações coletivas nas Unidades. Os NSC funcionariam em apoio às equipes locais de referência e seriam compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de atividade e também pelos Agentes de Saúde Pública⁵. O NSC teria uma dupla função, de apoiar as ELR e também desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambientes, etc. Aponta como necessária uma definição mais precisa das atribuições do NSC, tanto pela singularidade das regiões, quanto pelo projeto de descentralização da Vigilância em Saúde, já em curso, naquele momento (PMC, 2001a).

² clínica ampliada: “tanto no diagnóstico como na terapêutica tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde-doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem, no entanto, negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes elementos deverá ser variável conforme o problema em foco e a área de atenção envolvida” (PMC, 2001a)

³ Sobre co-gestão, CAMPOS (2003) diz: “o trabalho em equipe não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, a co-gestão é um modo de articula-los em um campo que assegure saúde à população e realização profissional aos trabalhadores” (p.17). Para maior detalhamento sobre o sistema de co-gestão ver capítulo 1 p. 87 (CHECAR)

⁴ FARIAS, R. M. S. “arranjo ou dispositivo institucional que apóia o coordenador do serviço, no qual os membros são escolhidos pelos trabalhadores, tem reuniões semanais ou quinzenais e discutem e decidem sobre questões relevantes para a melhoria do processo de trabalho; aposta na gestão participativa, partilhamento do poder e planejamento democrático”. Do texto “Acolhimento”, baseado em CAMPOS (2000b) sobre colegiados de gestão, Campinas, 2001. (Trabalho não publicado).

⁵ Um profissional com formação técnica que ampliaria a capacidade da Unidade em atuar na comunidade e nos domicílios.

Vale destacar algumas considerações sobre esta questão, a da descentralização das ações de vigilância para a rede básica de serviços no SUS Campinas. Esta história é longa e teve início no final dos anos oitenta e início dos noventa. O modelo de Campinas sempre se apresentou com características híbridas, definido na lógica do atendimento centrado na demanda espontânea ou modelo de ‘queixa-conduta’ mesclado com ações programáticas pautado pela busca de ações centradas no território, nas ações coletivas, no “extra-muros”, sendo relevante a qualidade da rede em desenvolver ações de vigilância, prioritariamente no controle de surtos e epidemias (VILELA, 1999; PMC, 2004f).

A descentralização das ações de vigilância epidemiológica para os CS ocorreu em 1990, com a capacitação de profissionais da rede básica, pelo menos uma pessoa de referência por CS, a ‘moça da vigilância’, representadas de uma forma geral por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem⁶. Em 1994 foram criados os Distritos de Saúde e houve a descentralização das ações, incluindo os recursos e pessoas para operar o sistema municipal de vigilância. Houve um grande esvaziamento do nível central. É também deste período a municipalização das ações de vigilância sanitária, antes centralizadas na Secretaria de Estado da Saúde. A área de saúde ambiental, ligada ao Departamento de Meio Ambiente foi incorporado ao nível central do Sistema de Vigilância. Também nesta época teve início a implantação do SINAN e Campinas foi um dos municípios piloto do país (PMC, 2004f).

Ao longo desta década várias mudanças ocorreram, políticas, de modelo de atenção, algumas epidemias (dengue, sarampo, rubéola, meningite), porém, os passos dados foram sempre em direção a aprofundar a descentralização das ações. No último seminário para discussão do modelo de vigilância, ocorrido em dezembro de 2004, foram apontadas algumas diretrizes, quais sejam: a integralidade nas ações, descentralização com autonomia, ação no território com enfoque de risco, desenvolvimento dos sujeitos e intersetorialidade. Nestas diretrizes se mesclam conceitos do modelo de atenção do município, o Programa

⁶ VILELA (1999) fez referência à ‘moça da vigilância’, profissional responsável pelas ações de vigilância epidemiológica na rede básica do município em 1997, por ocasião da investigação da epidemia de sarampo na região de Campinas; FIALHO JR (2004) também identifica este profissional, a “mocinha da vigilância” e NASCIMENTO (2004) também aponta o profissional responsável pelas ações de VE na unidade, em geral “aquele profissional que não gosta de clínica”.

Paidéia de Saúde da Família, da vigilância da saúde e território, como compreendido por Milton Santos (PMC, 2004g).

Em outro documento⁷, sobre a ampliação das ações coletivas no Projeto Paidéia de Saúde de Campinas, há maiores detalhes a respeito dos NSC no que se refere a sua constituição, atribuições, relação com outros níveis do Sistema e modo de operação. Alerta que ampliar as ações coletivas é aumentar a capacidade dos serviços em prevenir e resolver problemas de saúde.

O referido documento afirma que não se deve focar a ampliação das ações coletivas apenas no NSC para não reproduzir a dicotomia entre individual e coletivo:

...o que é coletivo é do Núcleo, não[...]na maioria das UBS não ocorre a reprodução da fragmentação existente em outros níveis do sistema de saúde entre vigilância epidemiológica e sanitária, prevenção e cura, individual e coletivo, mas sem dúvida, existe uma preponderância evidente e esmagadora das ações curativas (PMC, 2001b).

E continua: “[...]portanto, são as equipes locais de referência que realizarão as ações de saúde coletiva (vigilância epidemiológica, sanitária, da saúde do trabalhador, do meio ambiente, a educação em saúde)”.

Sobre o papel do NSC o texto diz:

O NSC pode e deve ter ações próprias como a análise epidemiológica, a identificação de situações de risco, a articulação de ações em trabalhos intersetoriais, a divulgação das informações e o apoio ao planejamento, mas deve, principalmente, trabalhar de forma matricial, como apoio técnico e operacional às equipes de referência e a toda unidade, especialmente em ações sobre grupos, instituições e o ambiente natural e do trabalho (PMC, 2001b).

⁷ Projeto Paidéia de Campinas: ampliação das ações de Saúde Coletiva (PMC, 2001b). Este documento foi elaborado pela CoViSA (Cordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental) discutido com os coordenadores das VISAs regionais e apresentado ao Colegiado de Gestão da Secretaria em 29/05/2001.

Sobre sua constituição o documento sugere que o NSC deva ser composto por profissionais que integram as equipes locais de referência, com dedicação de algumas horas da jornada de trabalho para esta finalidade. Os NSC deveriam contar, preferencialmente, com um profissional com formação em Saúde Pública⁸. O texto reproduz a mesma versão do documento original⁹, no que diz respeito aos Agentes de Saúde Pública, ligados às equipes de referência e que tivessem retaguarda dos NSC. O número de pessoas para compor o núcleo deveria ser de acordo com a complexidade da Unidade. Sugere, ainda, que o Coordenador da UBS seja membro nato.

Sobre a relação com outros níveis do Sistema de Saúde, particularmente as VISAs dos Distritos de Saúde, estas têm papel de apoio, tanto de retaguarda técnica quanto operacional, de acordo com a situação apresentada e o grau de capacitação que a unidade apresente. O nível central, como por exemplo, a CoViSA, também é retaguarda matricial ao trabalho, na análise epidemiológica e ou indicação de medidas de intervenção, se necessário. Destaca a importância das Unidades Básicas de Saúde manterem o maior grau de autonomia possível para enfrentar os problemas de saúde de sua área de abrangência.

Em relação ao modo de operação sugere que: “o NSC deve trabalhar com projetos locais, como, por exemplo, pensar estratégias junto com a equipe para diminuição de filas, trabalhos com grupos de acordo com o diagnóstico de problemas mais comuns” (PMC, 2001b).

Sobre as atribuições do NSC, o referido documento sugere as seguintes:

- 1) realizar análise epidemiológica dos agravos sob vigilância (entende-se **todos** - o grifo é do texto – os agravos que a Unidade de Saúde considerar como sendo necessários manter um acompanhamento, como por exemplo, as doenças de notificação compulsória, pré-natal de alto risco, anemias, desnutridos, hipertensos, diabéticos, acidentes ocupacionais, recém-nascidos de risco, acidentes de trânsito, cobertura vacinal, óbitos maternos, etc).

⁸ Profissionais sanitários já existentes na rede de serviços do município de Campinas.

⁹ Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS Campinas (PMC, 2001a).

- 2) Divulgar e discutir os resultados da análise com a equipe da Unidade de Saúde para elaboração de propostas e intervenções.
- 3) Coordenar, na área de abrangência, as ações de saúde coletiva.
- 4) Promover intersetorialidade.
- 5) Promover ações de educação em saúde, inclusive ambientais. Este trabalho deve, necessariamente, estimular protagonismos, o envolvimento com a comunidade¹⁰.
- 6) Identificar e intervir em situações de risco/vulnerabilidade com relação à ocorrência de doenças (crônicas, transmissíveis pessoa a pessoa, transmissíveis por vetores, por agentes químicos, por animais peçonhentos), danos ao meio ambiente (contaminação da água, esgoto a céu aberto, deposição inadequada de resíduos urbanos, uso de agrotóxicos, desmatamentos, fontes poluidoras) e à saúde do trabalhador (acidente de trabalho, ambientes insalubres, doenças ocupacionais) e outros riscos sociais.
- 7) Apoiar as equipes de referência, desenvolvendo trabalhos conjuntos e também dando retaguarda técnica e operacional.

Em outro texto institucional da Secretaria Municipal de Saúde produzido três anos após os textos anteriores sobre o NSC, elaborado com o objetivo de se tornar material de referência na capacitação de gestores locais, no item: “Arranjos propostos pelo Paidéia”, o NSC é definido como:

Espaço privilegiado para construção de Projetos de Intervenção no território, ações de saúde coletiva desenvolvidas no espaço da unidade ou não, com grupos identificados como de maior

¹⁰ CAMPOS, GWS. O método Paidéia (da roda) aplicado à saúde coletiva. Campinas, maio de 2001. (texto não publicado). Este texto propõe um método para se desenvolver projetos de intervenção coletivos, no qual um dos pilares é desenvolver o vínculo com a comunidade, o protagonismo e o auto-cuidado; “fazer com” e não “sobre a comunidade”. Posteriormente parte deste texto compôs o capítulo “Saúde Coletiva e o Método Paidéia”, do livro **Saúde Paidéia**, CAMPOS (2003).

vulnerabilidade ou portadores de necessidades comuns, sejam elas uma doença crônica, alcoolismo, mães adolescentes...enfim, pessoas que tenham suas diferenças e algo em comum, que pode juntá-las e interferir na qualidade de vida do grupo. Também, é no NSC que vamos processar as informações epidemiológicas existentes no serviço, usando-as como instrumental orientador da intervenção, eleição de prioridades, estabelecimento de metas a serem perseguidas, monitoramento de projetos de intervenção; sempre respeitando a especificidade das micro-áreas e tendo as ELR e a própria comunidade como sujeitos de sua própria história, que trazem/levam coisas para o NSC (PMC, 2004a).

Neste mesmo ano de 2004, além do Seminário de Saúde Coletiva referido anteriormente, organizado para definir as diretrizes do modelo de vigilância do município, foi realizado um outro, cujo tema foi o NSC. Após três anos de implantação dos NSC, o arranjo foi avaliado com as dificuldades de operacionalização e futuras propostas de continuidade. Dentre elas, os destaques são para a maior aproximação dos NSC e equipes de referência; necessidade de capacitação dos NSC em outros temas além da VE; promover maior aproximação entre os NSC constituídos, uma espécie de laboratório dos NSC, entre outras (PMC, 2004d).

Com o objetivo de participar da implantação de um núcleo de saúde coletiva em uma UBS de Campinas, analisar sua influência sobre a integralidade da atenção e sobre a percepção dos trabalhadores em relação ao seu próprio trabalho, NASCIMENTO (2004) realizou um estudo sobre o tema, para tentar responder à seguinte pergunta: “uma equipe especializada, agenciadora local, o NSC, pode aumentar a resolutividade do serviço e ampliar a perspectiva da atenção integral à saúde?”. O método de trabalho escolhido foi o da pesquisa-ação, no qual o pesquisador participa junto, estimulando e facilitando a reflexão sobre o tema. A pesquisadora, na época, apoiadora institucional do Distrito de Saúde Sudoeste do município de Campinas e sanitarista, ajudou a implantar o núcleo em uma das unidades de saúde da região, realizando oficinas, elaborando textos e trabalhando junto com a equipe para viabilizar a formação do NSC.

O estudo foi feito em duas etapas, a primeira no momento da implantação do NSC na unidade escolhida e a segunda, um ano e dez meses após sua implantação, na qual foi feita a avaliação do trabalho. Na primeira etapa, a autora traça um panorama do período anterior a 2001, sobre o modelo de assistência a saúde no município, recupera documentos, textos, relatório da V Conferência Municipal de Saúde, os quais explicitam por parte dos gestores, técnicos de vigilância, trabalhadores e usuários o desejo de priorizar na agenda dos serviços as ações coletivas. Em um encontro de avaliação do modelo de atenção realizado no Distrito Sul, no ano de 2000, já se mencionava a

...criação de equipes responsáveis pela vigilância à saúde nos Distritos e unidades locais de saúde, com profissionais especializados em saúde pública, com capacitação para trabalhar com enfoque de risco, elaboração e análise de bancos e mapas de morbi-mortalidade e com capacidade de intervenção (NASCIMENTO, 2004).

A autora identifica que houve um ganho na agenda das equipes locais em relação às atividades coletivas com a mudança do modelo em curso a partir de 2001, porém observou “dificuldades na articulação entre as diferentes equipes, quando se pensava no trabalho em saúde coletiva; obstáculo de tempo para acompanhar ações intersetoriais e comunitárias”. O NSC cumpriria, então, a tarefa de garantir essa articulação entre as equipes, facilitar a intervenção integral no território, atuando em apoio matricial¹¹ às equipes locais de referencia.

Ainda na primeira etapa do estudo foram apresentados alguns conceitos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, a saber: ações coletivas em saúde, núcleo de saúde coletiva, suas atribuições e papéis. A autora define ação em saúde coletiva como: “produto advindo da articulação entre saberes tecno-assistenciais que envolve o campo das vigilâncias epidemiológica e sanitária, educação em saúde, interdisciplinaridade e do controle social”. Sobre o Núcleo de Saúde Coletiva, a definição é a seguinte: “um

¹¹ a autora define o “matriciamento como uma referência técnica que daria apoio horizontal e cotidiano às equipes...o NSC teria um ‘olhar interno’, processando e viabilizando a discussão dos dados produzidos pelas Equipes de Referência e suas conseqüentes ações em saúde; ele deveria trabalhar com a informação de forma sistemática e continuada, produzindo insumos para essas Equipes de Referência e outros atores interessados” (NASCIMENTO, 2004).

arranjo institucional na unidade básica, utilizando-se dos saberes da epidemiologia, da clínica e da educação em saúde para intervenção preventiva; bem como da articulação interdisciplinar e intersetorial para as ações de promoção da saúde”.

Sobre a composição e a forma de operar a autora define o NSC como “uma equipe multidisciplinar que deve ser referência técnica das atividades de prevenção e de promoção á saúde no nível local, bem como ajudar a estabelecer e monitorar um fluxo de ações hierarquizadas em saúde coletiva em âmbito municipal”.

A seguir serão apresentadas algumas sínteses do estudo de NASCIMENTO (2004) por entender que este material será rico, assim como os textos oficiais da SMS, para a posterior análise dos resultados obtidos com a presente investigação.

No que diz respeito ao papel e atribuições do NSC, a autora faz as seguintes propostas, após análise dos documentos oficiais da SMS:

- 1) agenciador e articulador das ações coletivas na Unidade
- 2) referência técnica em saúde coletiva, apoiando e “matriciando” as equipes de referência, com retaguarda das Visas distritais e do nível central
- 3) ter um olhar interno processando e viabilizando a discussão dos dados produzidos pela equipe e suas ações de saúde
- 4) trabalhar de forma sistematizada e continuada com a informação produzindo insumos para as equipes de referência
- 5) promover e facilitar a circulação e socialização da informação produzida na unidade
- 6) identificar, socializar e intervir em situações de risco na área de cobertura, junto com as ER e a comunidade
- 7) demandar temas do território para as ER
- 8) ouvir e atender as demandas da ER, bem como da comunidade: é o olhar externo

- 9) identificar e mapear áreas críticas ainda não percebidas e ou trabalhadas, buscando associar agravos individuais da clientela e seus determinantes sociais e ambientais
- 10) referência técnica e administrativa no registro e trato dos agravos de notificação compulsória, no apoio e realização de bloqueios para evitar propagação de doenças infecto-contagiosas, no cadastro de doentes crônicos, organização e avaliação dos Programas, juntamente com as ER

Sobre a composição, caráter e hierarquização, verificou-se o seguinte:

- 1) representação: um profissional por ER; de caráter multiprofissional (médico de uma, enfermeiro de outra, auxiliar da terceira) para facilitar circulação das informações, democratização e coerência nas decisões;
- 2) caráter permanente pois as necessidade em saúde coletiva não cessam, mas mudam no tempo e espaço; demandas tendem a ser incrementadas, ampliadas a partir da ação no território e não extintas;
- 3) manter canal direto com a Visa para discussão de casos que extrapolem sua área de cobertura ou grau de competência e troca de informações;
- 4) Contribuir para que ações de vigilância, prevenção e promoção se dêem em articulação com a clínica;
- 5) não tirar a responsabilização das equipes, mas pelo contrário, qualificar as ações de assistência individual, favorecendo o trabalho interdisciplinar entre as equipes e impedindo sobrecarga e hipertrofia do NSC;
- 6) incorporação da atenção domiciliar e comunitária, importância de ressignificá-la e qualificá-la;
- 7) a necessidade do trabalho intersetorial de forma permanente;
- 8) Referência técnica de profissional com formação em saúde coletiva para matriciamento de uma ou mais Unidades;
- 9) As equipes da VISA devem compor um projeto para o Distrito com articulação estreita com os CS e outros equipamentos sociais;

CAPÍTULO 4- Uma leitura do material empírico

*peguei as cinco estrelas
do céu uma a uma
elas estrelas não vieram
mas na minha mão
todas elas
ainda me perfuma*

Paulo Leminski

(do livro: “Distraídos Venceremos”)

O material apresentado a seguir refere-se aos resumos construídos pelo pesquisador a partir do grupo focal realizado com os apoiadores institucionais e coordenadores de VISAs (Vigilância em Saúde) distritais e das entrevistas realizadas com os Núcleo de Saúde Coletiva 1, Núcleo de Saúde Coletiva 2 e Núcleo de Saúde Coletiva 3, Núcleo de Saúde Coletiva 4 e Núcleo de Saúde Coletiva 5.

Além do resumo construído pelo pesquisador foram destacadas as falas mais representativas, apresentadas na íntegra ou em partes, sem identificação do participante.

O material do grupo focal serviu de referência para o diálogo com os núcleos de saúde coletiva, naquilo que têm de semelhanças, traços de regularidade no discurso, o que aparece de novo, o que é conflitante. Parte destas semelhanças e conflitos será abordado no capítulo seguinte, o da Discussão. Ao final deste capítulo será apresentadas a descrição da pauta de atividades e a síntese dos principais temas que emergiram das entrevistas, as regularidades que aparecem nas falas.

Foi tentado dar ênfase ao que há de singular em cada núcleo de saúde coletiva, em sua história, composição, o jeito de operar, as atividades desenvolvidas, a relação com a gestão, a relação com as ações de vigilância epidemiológica, a percepção sobre o próprio trabalho no que tem de avanços e dificuldades para operar o arranjo.

4.1- O grupo focal com representantes dos Distritos – apoiadores institucionais e os coordenadores de Vigilância em Saúde: os dilemas e a riqueza na implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva

Inicialmente o coordenador do grupo focal solicitou aos participantes que se dividissem em pequenos grupos e compartilhassem alguma história relevante para cada um a respeito de uma experiência vivida com o tema Núcleo de Saúde Coletiva. Após o relato de duas histórias escolhidas e o pedido do coordenador para refletirem sobre o papel dos NSC, foram surgindo preocupações sobre a forma como os NSC se organizaram nos vários Distritos e uma avaliação do processo ocorrido nos últimos três anos.

Há um consenso de que o Núcleo de Saúde Coletiva é um avanço em relação ao momento anterior, ao período da ‘moça da vigilância’, no qual as ações coletivas ficavam praticamente restritas às ações tradicionais da vigilância epidemiológica (notificação, investigação e controle de alguns agravos de notificação compulsória) nas unidades básicas. Identificam o NSC como um importante espaço da gestão, de mudança do modelo assistencial, sendo, portanto, dos apoiadores institucionais e das VISAs a responsabilidade em implantar, consolidar e qualificar os NSC, juntamente com os gestores locais.

Eu acho que pra mim é uma coisa interessantíssima olhar pra isso, e acho que isso acontece porque a gente olha pouco pro que a gente faz[...]de uma forma geral a gente sai fazendo, nós todos, nós profissionais da saúde pública, saímos fazendo as coisas que nem uns malucos e olhando tão pouco pro que a gente faz!! Parar pra olhar, o que nós estamos mesmo produzindo[...]se o papel do núcleo seria fazer esse olhar privilegiado do território, de destaque das coisas mais graves, mais importantes, as que nós não tamos olhando[..]nós estamos cumprindo as nossas prioridades, nós estamos cumprindo mesmo a razão da nossa existência?

Identificam que aí reside um dos problemas nesse processo, qual seja, a sensação de que o NSC passou a ser um problema da VISA e não da Gestão: “acho que se investiu muito no colegiado gestor, no conselho local de saúde, e esse ficou na tangente[...]acho também que tem muito equívoco, onde a gente cola o NSC à vigilância distrital”.

...de repente se atribuiu muito essa questão da formação, da implantação, da implementação do arranjo núcleo de saúde coletiva às vigilâncias, mas que também é do apoio à gestão, né, porque é um arranjo do serviço[...]e aí eu fico pensando que tem dois lados: teve um lado de dificuldade, eu acredito, do apoio, por conta de serem em alguns momentos questões muito técnicas, e aí o apoio acaba se aproximando mais do processo da gestão mesmo[...]mas que não deixa de passar por isso, pela saúde coletiva...e pra vigilância teve um pouco de conflito, assim: 'que é que eu tô fazendo, dando apoio técnico, ou tô fazendo apoio a gestão?'[...]mas assim do quanto essa questão da 'moça da vigilância' facilitava antes[...]os próprios técnicos colocam: 'Ai! Era tão mais fácil quando a gente precisava resolver aquele caso pendente de TB[...]era só ligar para a moça da vigilância!![...]porque ela sabia, agora não, agora eu tenho que ir no núcleo, agora eu tenho que discutir com outros profissionais, com formações diferentes da minha, com saberes diferente do meu' [...]às vezes existe também um medo, um receio de se expor, de não saber se vai dar conta também de estar ali naquele espaço...sabe[...]e só pra terminar, eu acho que por outro lado a gente teve algumas questões muito interessantes do núcleo o fato dele re-significar algumas ações de saúde coletiva.

É que a gente deu muito pouco apoio pro núcleo[...].(nesse momento há concordância de outras pessoas com essa afirmação), a gente pediu pros núcleos se formarem e a gente não apoiou[...]e aí não adianta você formar uma coisa...e assim, a vigilância ser referência de uma coisa ainda[...]forma o núcleo, mas o núcleo vira a menina da vigilância?! Entendeu, não é isso!!! O núcleo é uma coisa muito mais ampla[...]aí a gente parece que esperou que a vigilância fizesse isso[...]a vigilância às vezes esperava que o apoio ajudasse...e aí ninguém fez[...]pra mim, até que eu achei, que o objeto do núcleo, era pra ser a coisa mais avançada do Projeto (o projeto Paidéia) devia ser o núcleo, porque ele resgata uma prática antiga, tem acúmulos, história, só que não foi implantado como devia.

Algumas experiências de aproximação da gestão e da VISA com os NSC já constituídos ou em fase de implantação foram apontadas como positivas, principalmente no direcionamento e na qualificação para se trabalhar com situações de doenças, surtos, ou ainda com os dados produzidos pela Unidade de Saúde:

...eu tava numa unidade, aí duas pessoas que faziam parte do núcleo chegaram pra mim, dizendo que tavam precisando muito da minha ajuda pro núcleo[...]elas achavam que o núcleo não fazia nada, que tava desorganizado, que não conseguia estruturar[...]aí eu sentei com eles, fui na reunião do núcleo e uma coisa que apareceu muito forte é que eles não trabalhavam a questão da informação[...]falaram assim ‘que a gente não trabalha com informação...temos dificuldades, não sabemos’[...]aí eu fiz mais ou menos um programa de quatro pontos pro núcleo[...]no primeiro trabalhei com a questão geral da informação, aproveitei muito a aula do Marcos Drumond (do curso de saúde pública da Unicamp), fiz um resumo bem legal, sobre o que é dado, o que é informação, como se trabalha a questão da necessidade, dei alguns indicadores[...]no segundo encontro foi com a vigilância, a enfermeira da vigilância do Distrito foi junto, pra gente pegar práticas da informação, a sala de vacina, tuberculose, algumas coisas mais do dia-a-dia, como é que a gente lidava[...]estabelecer fluxo[...]então pra mim foi uma experiência muito rica, é isso que marcou positivamente.

Os avanços e retrocessos nos processos de gestão das Unidades têm consequência direta sobre o NSC, como se fosse uma “montanha russa”, ora a unidade está “uma belezinha, redondinha” ora “despenca”. Mesmo que haja uma condução técnica da VISA reconhecem que o dia-a-dia dos processos de gestão tem um peso muito grande na organização dos NSC.

Acreditam que deve se buscar um equilíbrio entre as ações inovadoras, a “ousadia” e as atividades tradicionais da vigilância, “o feijão com arroz”, ou seja, as atividades mais estruturadas da unidade, como o controle da tuberculose, a imunização, o controle de hipertensos, diabéticos e outros, sob risco dessas atividades ficarem diluídas no trabalho das equipes de referência e não serem da responsabilidade de ninguém: “hoje eu sinto sim, uma diluição das responsabilidades e aí meio que ‘ah, não é comigo, eu não sei desse assunto[...]é da outra equipe’”.

...acho até que a gente tem feito essa reflexão pra várias questões, dentro do modelo que a gente vive hoje no município, acho que é interessante isso[...]algumas práticas muito básicas da saúde pública

e que realmente não pode abrir mão, não pode deixar se perder, elas acabaram dando uma escorregada...(nesse momento houve comentários paralelos de que ‘quase caíram!’), isso aconteceu sim[...]e a gente, acho que ta num momento interessante também de tentar dar uma reavaliada com o pessoal: ‘olha gente, sabe aquela coisa que a gente sempre discutia[...]a tal da cobertura vacinal[...]é importante!’.

Bom, antes tinha as ações de saúde coletiva sendo feitas, sempre existiram, na cobertura de vacina, na vigilância[...]quando a gente traz a proposta do núcleo, que propicia que outras pessoas que nunca se aproximaram, passam a fazer, passam a estar perto, alguns com capacitação outros não, começam a ensaiar e propicia a coisa da liberdade, de ser criativo, de enxergar além da cobertura vacinal, só para dar um exemplo, e aí eu acho que assim, pra mim, faz parte de qualquer processo pra fazer esse tipo de um arranjo...tem a fase de fazer aquilo, tem a fase da mudança total, ce vai ter que chegar num equilíbrio, eu acho que é tudo muito recente[...]algumas coisas acho que elas ficaram apagadas e a gente tem feito um movimento forte de tentar resgatar isso e agregar outras novas[...]os problemas de saúde eles não são estáticos[...]os territórios inclusive, também não são estáticos...vai mudando e a gente tem que acompanhar essas mudanças.

Levantam também preocupações com o núcleo de saber do enfermeiro, que identificam como “meio perdido” e que poderia dar conta dessas questões apontadas como as atividades de saúde pública que não podem ser abandonadas:

...eu também estou há muito tempo na rede e vivi a história da ‘moça da vigilância’ porque eu já fui a própria, encarnada! (muitos risos)[...]eu sinto sim que a gente tem perda naquilo que a gente já tinha de mais estruturado na unidade básica, não to só falando das coisas relacionadas a vigilância, faço muito crítica inclusive a gestão, incluindo assim, a enfermeira que não faz pré-natal, enfermeiro que não faz atendimento ao hipertenso, enfermeiro que não faz atendimento ao diabético[...]porque quando eu entrei na rede há quinze anos atrás eu aprendi a fazer isso.

Alguns acreditam que se deva relativizar alguns dos aspectos da história da rede do município, respeitando-se claro, a história daquela construção, mas lembrando que na época da ‘moça da vigilância’ também “não era desse tamanho...”, sempre existiram problemas do ponto de vista de se trabalhar dados nas unidades e eram poucas as equipes que viviam esta experiência.

Outro consenso é a de que o NSC, com seu caráter de apoio às equipes de referência e à unidade como um todo para as ações coletivas, deveria conhecer profundamente o território e ser um estimulador das equipes de referência a conhecerem o território, destacando-se nessa questão a importância do papel do agente comunitário de saúde:

...de repente um agente tinha uma proposta muito pertinente, muito mais ampla, muito mais aplicável, mais simples, mais prática, e que talvez uma das coisas que possa ter ajudado esse raciocínio dele, tão claro, tão prático fosse conhecer tão bem o território, fosse conhecer as pessoas que estavam ali naquela realidade e que ele conseguiu elaborar, pensar uma proposta muito aplicável[...]isso realmente faz muita diferença[...]as pessoas ficaram meio de boca aberta, porque assim, uma pessoa que era da comunidade, não era técnica e trazia uma riqueza de coisas que era possível se fazer ali além daquilo que a gente estava acostumado a fazer.

O Núcleo deve ser o identificador de “sinais de alerta”, de problemas, ser formulador de propostas, instrumentalizar o planejamento das ações. Por outro lado afirmam que o NSC não deve se tornar um espaço burocrático, uma reunião, onde alguém formula e manda outros executarem ações.

...então o papel do núcleo ta meio perdido nesta questão[...]o que que é o núcleo? São um grupo de pessoas que se reúne, tem um horário fixo de reunião, burocratizado[...]vamos discutir um problema, sei lá, dados[...]mas quer dizer, não se apropriou do território, não entendeu o que é problema de saúde[...]então qual é o papel dele mesmo? Isso acho que é um exemplo claro[...]o agente ta no território e consegue ver muito mais qual é o papel desse núcleo.

Deve se buscar um equilíbrio entre demanda e oferta tanto do NSC para as equipes de referência, quanto do Distrito, especificamente das VISAs distritais, ao NSC. Alguns acreditam que o NSC pode reproduzir a forma de relação que se estabelece do NSC com a VISA dentro da Unidade, uma certa fragmentação entre o NSC e as equipes.

Fiquei pensando uma outra coisa sobre o papel do núcleo, que é assim...tem os que pensam e os que executam[...]então eu acho que pras unidades a gente é o grupo pensador de propostas[...]você (as unidades) são os executores...eu acho que não é a toa, que quando a gente não tá junto as coisas não funcionam legal[...]e tá acontecendo muito essa fragmentação[...]meio que eles sendo a ‘pequena vigilância’[...]sei que tem membros da equipe (no NSC), mas às vezes não cola pra equipe inteira, cola pra aquele lá que estava no núcleo só[...]então isso ainda é um papel que tá meio esquisito[...]será que não é o núcleo mesmo que tem que executar?

Eu acho que são as duas coisas: primeiro ele identifica um problema e tem uma parte que ele (NSC) vai fazer[...]mas tem um montão de coisa, não sei, eu acho que é papel do núcleo levar a discussão pra dentro da equipe, não é só: ‘oh, nós tiramos isso (dados) e vocês fazem[...]’ então tem que ter essa relação muito aberta[...] nem quem só faz, nem quem só manda fazer.

Existem dúvidas quanto ao tipo de relação que se deve estabelecer entre as VISAs e os NSC, se “deve desmamar”, ter mais autonomia, ou os Distritos devem direcionar mais o trabalho na unidade. O próprio grupo parece reafirmar que os NSC são um ‘problema’ da VISA, na medida em que a argumentação é sobre ter autonomia em relação à VISA e não ao Distrito como um todo. Reconhecem a heterogeneidade dos NSC na cidade, mas acreditam que o trabalho do NSC deve ter um direcionamento:

...entendo que tem que ter uma oferta organizada, que os núcleos não estão num ponto de preocupar com coisas que não sejam problemas atuais[...]precisa ser conduzido!(concordância entre os participantes do grupo)[...]então tá numa fase que existem as pessoas, mas não existe prática[...]precisa de uma oferta mais direcionada neste momento pra condução[...]pegar na mão, falar ‘vamos lá, vamos lá!’[...] uns mais tímidos, não sabendo direito fazer e a gente

precisando empurrar[...]e outros mais atirados, que já tem jeito pra fazer a coisa[...].não acabou de tudo porque tem sido fomentado dia e noite, noite e dia, pela vigilância distrital, por alguns atores[...]falar que é iniciativa do núcleo, que está maduro o suficiente, pra olhar pra dentro e falar que isso é papel dele, nós não estamos nesse ponto!!!

Houve também um intenso debate sobre o perfil dos profissionais que compõem o núcleo, se deveria ter uma formação específica, os sanitaristas, ou bastaria ter desejo, serem pessoas mais ‘curiosas’ para o novo, lideranças – e a formação se daria na vivência profissional – ou ser qualquer profissional que demonstrar interesse:

...talvez elas fossem meio “fermento na massa” (risos)[...]pra mim seria um dos maiores ganhos, né, então quer dizer, essa pessoa agora tem um olhar privilegiado, que o restante da equipe não tem[...]ela tem informação, ela discutiu as questões teóricas, conhecimentos teóricos acumulados de saúde pública que podem ajudar a resolver a situação[...]e agora o papel seria justamente disseminar[...]porque a maioria dos nossos problemas não se resolvem com quatro, cinco pessoas.

Apontam também o excesso de tarefas como dificultador do trabalho do NSC, pois as pessoas com perfil mais adequado para essas atividades geralmente participam de outros espaços de gestão da unidade, como o colegiado gestor, por exemplo: “o gestor tem um papel fundamental nessa identificação[...]nós também estamos tendo problema, de confusão de papéis de gestão (colegiado gestor) e de núcleo, talvez seja pelas mesmas pessoas que ocupam esses espaços.”

Ao final, a coordenadora do grupo focal fez com o grupo uma síntese de alguns dos papéis do Núcleo de Saúde Coletiva, quais os atributos o qualificariam e, solicitou aos participantes que apontassem os Núcleos de Saúde Coletiva a serem entrevistados na pesquisa, indicando os critérios que utilizaram.

Alguns atributos de qualidade dos NSC:

- 1) participação dos coordenadores, qualidade da participação qualifica o núcleo;
- 2) todos os profissionais da unidade devem saber o que é o NSC;

- 3) é um dispositivo do trabalho em saúde;
- 4) utiliza bem a informação, democratiza a informação. Ao mesmo tempo não pode se tornar um núcleo de informação apenas;
- 5) conhece bem o seu território, de fato, não só tem os dados;
- 6) ter os agentes como alimentadores do núcleo (alguns acham que nem todos os agentes sabem o que é o núcleo de saúde coletiva);
- 7) buscar recursos, caminhos, fora dos oficiais, que os agentes conhecem;
- 8) fazer avaliação das ações, olhar mais para o que é produzido;
- 9) ter sanitaria na sua estrutura ou introduzi-lo;
- 10) ter mais investimento;
- 11) melhorar as atribuições de cada pessoa do núcleo, cada um tem que conhecer a sua função;
- 12) tem que ter enfermeira, ‘moça da vigilância’ estar no núcleo;
- 13) o apoio e a vigilância atuarem juntos ao núcleo de saúde coletiva da unidade;
- 14) cada núcleo ter uma pessoa de referência para a comunicação com o Distrito de Saúde (que pode ser a ‘moça da vigilância’).

Sobre os critérios de indicação para os NSC a serem entrevistados e participarem do estudo foram apontados os seguintes: “acolhimento com o pesquisador, as pessoas são abertas, acolhedoras, tem um trabalho muito bom”; “porque tem sanitaria...tem muito o que fazer...é mais estruturado, tem pessoa fixa para o NSC[...]a ‘SUS dependência’ é alta e tem projetos em andamento”; “porque o trabalho é bem legal, avançou nos projetos”; “pelo processo de formação, envolvimento dos trabalhadores e da gestão da unidade”.

4.2- Núcleo de Saúde Coletiva 1: a superação da crise e o fortalecimento da grupalidade

As atividades tiveram início em novembro de 2001, após a chegada da coordenadora atual, em agosto de 2001. Era o primeiro ano do Projeto Paidéia de Saúde da Família e a primeira iniciativa da mesma foi desencadear no CS a discussão do Projeto e a formação das equipes de referência. Trabalhava no CS, na época, um sanitarista que atuava como clínico e foi um grande incentivador do NSC. Estavam vivenciando uma epidemia de dengue e esse foi o tema para quatro oficinas realizadas naquele ano, aberta a todos interessados, nas quais se discutiu o que era o Núcleo de Saúde Coletiva, seu papel, recursos. Ao término das oficinas, compôs-se o núcleo, com membros das quatro equipes de referência, com representação das várias categorias profissionais e definiu-se o contrato de trabalho. Como o assunto despertou bastante interesse, havia inicialmente treze ou quatorze pessoas. Do grupo original ficaram três pessoas.

...naquela época nós távamos vivendo uma epidemia da dengue, então nós usamos o tema dengue na oficina pra também tratar o que significava o núcleo, o papel do núcleo[...]as pessoas começaram a se interessar, a participar e a trazer[...]colocar seus nomes[...]a gente colocou algumas regras pra isso.

Mesmo com a saída do sanitarista, após seis meses de iniciado o NSC, houve continuidade do trabalho, apesar de várias crises, “altos e baixos”, com saídas e entrada de novos membros. Consideravam a presença do sanitarista como norteadora do trabalho nas questões desconhecidas, “pois era a praia dele”, ou aquelas que não se tem experiência, como por exemplo, a coleta de dados de forma sistematizada, o tratamento dos dados, o cálculo de coberturas e a análise dos dados. Acreditavam que ele fazia o grupo pensar, raciocinar:

...ele fazia uma coordenação da linha de pensamento mesmo, das coisas que tinham que ser levantadas, da análise estatística[...]mesmo que a gente nunca tinha mexido com isso, ele falava assim ‘olha você vai colher[...]isso aqui você vai ter que fazer levantamento’. Por exemplo, eu lembro da L. (auxiliar de enfermagem), porque eu sou GO, eu tava trabalhando ali como ginecologista, então ela fez um levantamento de cobertura de CO (citologia oncológica) sem saber

fazer[...]na verdade ela colheu os dados e ele ensinou ela a fazer, entendeu? Então tinha alguém que norteava as coisas, né? Porque não dá pra você fazer do nada[...]você tem que ter uma linha mesmo.

A experiência de implantação do NSC foi apresentada em algumas capacitações do Módulo Introdutório de capacitação do Projeto Paidéia de Saúde da Família¹ (PMC, 2004b) e isto obrigou a equipe a preparar material e fazer um registro mais sistemático das atividades, a organizar um livro ata, no qual são anotadas todas as reuniões e ações do núcleo. Mesmo sendo considerados ‘celebridades’ nas capacitações e reconhecidos pelo Distrito de Saúde como núcleo organizado e atuante, a imagem construída pelos demais trabalhadores da unidade era do NSC como “coisa relativamente separada”, não conheciam os dados trabalhados, as atividades desenvolvidas e muitas vezes tomaram contato com o NSC da própria unidade no momento da capacitação. Consideram que aquela dificuldade de comunicação se devia principalmente pela novidade dos assuntos, achavam que era muita transformação, “não sabíamos muito bem como lidar com isso”. Há uma concordância do grupo que se falhou neste aspecto da comunicação com as equipes, mas o desejo era de acertar, era o início e o núcleo estava se estruturando. Muita energia foi dispensada para organização do NSC, tanto que foi o primeiro a se formar na região do Distrito e o colegiado gestor da unidade foi o último a ser implantado.

Eu acho o seguinte: eu falando de fora do núcleo, naquela época eu não fazia parte do núcleo[...]eu lembro que todo mundo perguntava as coisas pra gente e a gente falava ‘nossa, mas eu nem sabia que isso tava acontecendo!’ e a gente até questionou quando voltou, depois que terminou a capacitação a gente falou: ‘puxa, vocês funcionam como núcleo e nem comunicam nada do que está acontecendo e a pessoas vão pedir informação pra gente e a gente tá tudo boiando?!’[...] devia ter um retorno das coisas que eram discutidas no núcleo...só que como o núcleo tava se estruturando!

Alguns generalistas tentaram participar do núcleo, mas não conseguiram, optaram por outros projetos. Todas as saídas e entradas foram muito discutidas, “pactuadas” e negociadas.

¹ Desde 2001 foram organizadas capacitações sobre o Projeto Paidéia para todas as equipes de referência. Foram capacitados em torno de 2000 profissionais. O Projeto de Capacitação foi desenvolvido em parceria com a UNICAMP.

...aí por coincidência tava saindo o generalista que é da minha equipe e a enfermeira² tava com intenção de sair do núcleo, então acabou fazendo essa transição aí, eu acabei entrando, por que já tava colhendo dados e o núcleo tava um pouco estagnado nessa de coleta de dados[...]falei, também estou colhendo dados e não vai servir pra nada, quer dizer[...]sem querer eu estava fazendo um trabalho que era do núcleo.

Após algumas crises de sentido, a maioria das pessoas desmotivadas e o núcleo bastante fragilizado resolveram, recentemente, enfrentar o problema, de revalorizar este espaço e definiram um novo desenho, mais enxuto, com um membro por equipe de referência (uma enfermeira, uma médica – ginecologista, uma auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem e quatro agentes, um por equipe e o coordenador). A este arranjo mais enxuto eles têm chamado de ‘núcleo do núcleo’, ou o “núcleo fixo”, ou seja, o grupo que se reúne semanalmente, prepara dados, organiza reuniões temáticas, com temas demandados pelas equipes ou pelo núcleo.

...eu enxergo um espaço super importante dentro da unidade, eu enxergo como um espaço de grande valia pra gente discutir aquilo que a gente no dia-a-dia, a gente não consegue. Não podemos permitir que esse núcleo ele se fragilize assim dessa maneira! [...]a gente ta priorizando outras coisas e não ta priorizando o núcleo[...]há coisa de 3 semanas ou quatro, não mais, eu falei, ‘gente do núcleo, vamos sentar e vamos conversar o que ta acontecendo’[...]aí a gente começou a perceber que tinha pessoas aqui que tavam assim, desmotivadas[...]e com razão que estavam desmotivadas.

Essas reuniões temáticas serão ampliadas para todos interessados e ou pessoas estratégicas. Por exemplo, estão preparando uma discussão sobre cobertura vacinal e convidaram a auxiliar de enfermagem e a enfermeira responsáveis pela sala de vacina e pessoas do Distrito de Saúde. Afixaram cartaz com o tema e o horário da reunião.

Pra surpresa minha, o núcleo acabou ficando maior do que eu previa, ta[...]eu tinha previsto umas quatro pessoas, pelo menos uma de cada equipe[...]aí na discussão a gente começou a sentir a necessidade de um agente por equipe também ta participando, porque a gente sabe que eles são as pessoas de elo da comunidade e a unidade.

A pauta de atividades do núcleo sempre foi definida em função das demandas da unidade, geralmente apontadas nas reuniões de equipe de referência ou reuniões gerais. A maior parte da agenda nestes três anos foi ocupada com as ações de controle do dengue na região do CS.

Outro tema abordado foi a cobertura de citologia oncológica, avaliada pela equipe como abaixo do esperado e com muita oscilação de um ano para outro. Foram feitos levantamentos, capacitações para melhorar a qualidade das amostras e campanha de incentivo à coleta do papanicolau, com abertura da unidade em alguns sábados, o que melhorou a cobertura no ano de 2002. No ano seguinte abaixou a cobertura, mas melhoraram os diagnósticos de NIC 2, NIC 3 e câncer invasor². Iniciaram um projeto de inquérito na comunidade para descobrir as causas da baixa cobertura, pois tinham a hipótese de que a cobertura não era tão baixa, provavelmente as mulheres realizavam os exames em outros serviços que não o SUS. Apesar disso, tinham informação do dia a dia dos agentes comunitários de casos de mulheres que não colhiam o exame em lugar algum e estavam, em alguns casos até dez anos sem prevenção de câncer de colo de útero. Elaboraram questionário, definiram amostra, mas o trabalho de campo ficou prejudicado em razão da “falta de pernas” e do número reduzido de agentes comunitários de saúde.

Outro tema foi o da Tuberculose. Trabalharam os dados e realizaram uma oficina com toda a equipe do CS. Foram tratados outros dados a partir dos sistemas de informações disponíveis, como, por exemplo, um estudo das causas de morte na região e nascidos vivos. Utilizaram-se também do instrumento do HIPERDIA para avaliar o programa de hipertensos e diabéticos. Fizeram alguns ensaios para avaliação da cobertura vacinal.

² Classificações dos resultados de citologia oncológica. NIC se refere a Neoplasia Intraepitelial Cervical, são os seguintes resultados para câncer cervical: NIC 3, NIC 4 (câncer in situ) e câncer invasor. fonte: SES Secretaria de Estado da Saúde. Manual Técnico de Coleta de Papanicolau e Ensino do Auto-exame de Mamas, 2001.

Envolveram-se durante um longo período na reavaliação da territorialização³ feita anteriormente, com áreas de abrangência das equipes de referência muito desiguais do ponto de vista de densidade demográfica. Outra atividade iniciada, mas não encerrada, foi um projeto demandado pelo Distrito de Saúde de acompanhamento e vigilância das casas de repouso da região.

As atividades tradicionais da vigilância epidemiológica estão descentralizadas para cada equipe de referência, como por exemplo, a notificação, a investigação e o controle dos agravos sob vigilância. Quando há uma suspeita na área de abrangência de uma equipe os envolvidos registram no SV2, e não existe a “menina da notificação” – outra denominação para a ‘moça da vigilância’ – que seja referência para as atividades burocráticas da vigilância epidemiológica. Geralmente é o próprio coordenador que “olha” semanalmente o livro de registro para perceber algum aumento de casos, surtos, etc...Avaliam que este instrumento é pouco utilizado e pouco valorizado na unidade, pois consideram que “não tem aparecido muita coisa”, com exceção de alguns surtos de diarreia e casos pontuais de hanseníase, mas nada que achem merecedor de ser “pinçado” daquele instrumento para levar para a reunião do NSC.

O diagnóstico da situação de saúde não tem sido responsabilidade apenas do núcleo, cada equipe é responsável por fazer o do seu território. Alguns problemas comuns a todas as equipes, por exemplo, o levantamento do número de acamados, no último planejamento anual foi compartilhado entre as equipes, o colegiado e o NSC o diagnóstico para o CS como um todo, para facilitar.

Como dificuldades eles apontam a saída do sanitário, a equipe ficou sem “um norte”, “sem um elemento aglutinador”; a alta rotatividade dos profissionais; a descontinuidade nos assuntos trabalhados:

³ Territorialização refere-se a conhecer o território, a geografia, as barreiras de acesso, mas também a história dos bairros, o perfil epidemiológico, as áreas de risco e definir o território de abrangência de cada equipe de referência, desenhando mapas, com os limites de cada uma, e as ‘micro-áreas’, os agentes que serão responsáveis pelas micro-áreas, defini-las prioritariamente pelas situações de vulnerabilidade e risco; definir um conjunto de famílias mais ou menos homogêneo para cada equipe.

Fonte: VILELA, M.F.G. *O Território e as noções básicas de territorialização*. Aula ministrada na Capacitação Paidéia de Saúde da Família. Módulo Introdutório e Temático. Campinas, 2002.

...ficou pro vento, entendeu? Veio, falou, falou, acho que ela ocupou umas duas reuniões nossas, morreu[...]até hoje quem sabe dos acamados, assim nesse sentido que ela pediu?[...]temos os nossos acamados que está tendo visita, mas o que ela queria era casa de repouso[...]ninguém foi atrás[...]não é que ninguém foi atrás porque não queria;

a desmotivação (sempre outras atividades eram mais importantes), ou o excesso de tarefas para os agentes: “toda atividade que tem fora sempre fica centrada na pessoa do agente, né? Não se consegue que saia, por exemplo, a enfermeira, que saia o auxiliar.”; “a gente se agendava pra fazer a coisa, mas aí vinha outra coisa[...]aí tinha a demanda da dengue[...]parava tudo pra fazer busca ativa...os agentes não podiam estar participando sempre”. E ainda a falta de sentido para o que se produzia: “A sensação que eu tinha é que o núcleo não era mais importante na vida das pessoas, não era mais importante dentro do espaço político/institucional”.

...por que eu queria sair? Porque eu achava assim, eu ficava aqui, ficava numa estatística tremenda (grifo do pesquisador) aí, conta lá, conta cá, eu achava aquilo meio...pra mim não tá interessante...eu não fazia nada! E o pessoal lá embaixo falando que tava cheio, aí eu descia e ficava na recepção.

Muitas destas dificuldades apontadas pelo grupo foram ocasionadas, segundo eles, devido ao excesso de demandas (ou ofertas) trazidas pelo Distrito, a sensação é que eles viam o Núcleo como realizador de tarefas, apesar da tentativa de aproximação e de algumas contribuições pontuais. Não acreditam que as pessoas do Distrito realmente percebessem o tipo de ajuda que o núcleo necessitava, ou seja, uma melhor qualificação pra lidar com os dados, epidemiologia, uma certa condução técnica para o trabalho.

...nós pedimos assim, ajuda pro Distrito na vigilância várias vezes[...]quando a gente discutiu isso com o Distrito, que nós precisávamos desse apoio pra dentro da vigilância, precisava disso pra sobreviver[...]nós não queríamos tarefas[...]nós queríamos discussões, condução e chegaram pra gente, to dizendo assim bem radical, acho que um sentimento que a equipe teve também naquele momento é que as coisas assim ocorreram, chegavam assim muito tarefeiros, nós éramos tarefeiros[...]então a gente era atropelado.

Do ponto de vista da relação com as equipes de referência houve pouca troca, pouca discussão nas equipes, restringindo-se quase só a informes:

...mas eu acho que a partir do momento que você devolve coisas pra equipe ou você demanda coisas pra equipe a equipe responde algumas coisas pra você[...]então eu esperava isso do núcleo, isso como membro da equipe, não como membro do núcleo, entendeu?

Consideram que houve avanços com a implantação do núcleo de saúde coletiva na Unidade. Foi um espaço privilegiado para qualificação do trabalho, entendimento dos problemas coletivos, uma tentativa de sair do isolamento tradicional do trabalho da clínica individual de cada profissional. Ajudou a equipe a ter uma atitude mais ativa, ir atrás dos problemas e tentar resolver. Trouxe a possibilidade de ver alguns “eventos como sentinela” e, a partir daí, pensar em intervenções mais coletivas sobre as questões de saúde da região, a se ter uma “saúde populacional”, diferente do que era antes centrado no atendimento individual. Assim como o colegiado gestor e as reuniões de equipe é um espaço que “fez a diferença”, há mais troca, participação e, conseqüentemente, amadurecimento da equipe. Foi e está sendo importante o empenho e persistência da coordenadora da unidade em manter vivo o espaço do NSC. A entrevista foi vista como um momento de reflexão do grupo.

4.3- Núcleo de Saúde Coletiva 2: oportunidade estratégica de qualificar as ações de vigilância epidemiológica na unidade

Em 2001, quando da implantação do Projeto Paidéia, a equipe do CS se reuniu para discutir suas diretrizes e o NSC foi uma das primeiras a serem implementadas. A idéia veio de encontro a um trabalho que a equipe de certa forma já fazia, a qual era a valorização na agenda dos profissionais dos temas coletivos e algumas atividades de vigilância. Por exemplo, uma das pediatras era responsável pelo projeto da anemia, a outra pela vigilância dos desnutridos. As atividades eram desenvolvidas, mas de forma fragmentada, cada um com sua tarefa. Era como se o núcleo já existisse, mas não fosse oficial: “então a unidade tinha um olhar[...]não era oficializado o núcleo, mas a gente tinha

já uma forma de trabalho assim e a questão do núcleo veio pra gente organizar acho que melhor”.

Compuseram então o NSC, originalmente com as pessoas interessadas no tema. A pediatra que já trabalhava com anemia passou a fazer parte do grupo. Para facilitar a comunicação do NSC com todas as equipes de referência a coordenadora sugeriu que houvesse participação de membros de todas as equipes (total de três equipes), com representatividade das várias categorias profissionais, por exemplo, médico e agente de uma equipe, enfermeiro e auxiliar de outra.

Desde o início estas sempre foram as dificuldades: fixar pessoas para desenvolver as atividades do núcleo, conseguir agendas comuns e garantir a participação dos representantes de todas as equipes de referência. Esta alta rotatividade dos profissionais é ocasionada por vários motivos, “cada hora é um...”, como saída de profissionais da unidade, licenças, desistências, reunião da coordenadora, dificuldade de se ausentar do módulo (este CS tem um Módulo de Saúde ligado a sua estrutura). Sempre foi um ‘combinado’ do grupo manter as reuniões do NSC, mesmo com um número restrito de participantes, apesar da instabilidade que estas ausências provocam no grupo.

As reuniões inicialmente eram semanais e posteriormente passaram a quinzenais, durante uma hora e meia. Atualmente a maioria dos membros do NSC pertence a uma única equipe. Para suprir esta lacuna a coordenadora discute na reunião mensal do CS com todos os trabalhadores ou participa das reuniões de equipe quando tem alguma oferta ou informe do NSC para aquelas equipes ausentes do NSC.

A unidade não dispõe de colegiado gestor, não conseguiram organizar e valorizar muito este arranjo. A opção foi fortalecer a reunião geral e quando há assuntos mais complexos, para os quais é necessária decisão mais ágil e não é possível aguardar a reunião mensal, a coordenadora solicita geralmente ajuda dos enfermeiros. Consideram o Conselho Local de Saúde (CLS) um importante espaço de discussão da unidade, sempre aberto e disponível para qualquer assunto, mas nunca levaram nenhum tema do NSC para aquele coletivo, acham que “nunca precisou”.

A proposta de trabalho do grupo, desde o início, foi organizar a vigilância na unidade, estruturar melhor o que já existia, entender melhor as “próprias estatísticas, quantas tem, o que dá pra fazer”. O objetivo era e é se apropriar da informação, da situação de saúde, ou de pelo menos alguns agravos julgados importantes pelo grupo. Neste sentido os temas escolhidos pelo NSC foram a tuberculose, os nascidos vivos e os recém-nascidos de risco, a imunização, os óbitos e as coberturas de citologias oncóticas, a desnutrição, o que eles julgam básico para o trabalho de vigilância em um CS:

“a proposta, a gente iniciou tentando organizar nossa vigilância, o ponto de partida foi a gente pensar em organizar o básico da vigilância, não pensamos em grandes projetos não[...]era organizar os nascidos vivos, o livro de TB, os desnutridos”.

O NSC também se responsabiliza pelas atividades mais administrativas da vigilância epidemiológica, o cotidiano, como a triagem de exames alterados, a notificação para o nível distrital do sistema de vigilância, comunicação com as equipes e solicitação de condutas para situações que mereçam uma intervenção rápida. Como o NSC se reúne quinzenalmente, algumas dessas atividades mais cotidianas são realizadas geralmente pela enfermeira, ou mais membros do NSC, quando há necessidade – um surto, por exemplo, as pessoas são acionadas: “todos os exames são triados e avaliados, então nesse decorrer de período aquele que precisa ser convocado é convocado[...]então a gente tem essa organização aí pra não amarrar o trabalho”.

O trabalho da enfermagem é bastante valorizado nas atividades de vigilância, e o enfermeiro tem papel central, é o “eixo” de todo o trabalho da unidade: “a gente achou que funciona mais centralizado na figura da enfermagem, porque ela é exatamente a que fica, é o eixo de todo o sistema”.

Acham que o enfermeiro está sobrecarregado com muitas tarefas e sobra pouco tempo para estas atividades de qualificação da vigilância, como acompanhar semanalmente o SV2, checar o que foi notificado ou não, a partir dos exames solicitados e os respectivos resultados, entre outras atividades. Mesmo com essas limitações consideram que a atividade de vigilância é valorizada entre os profissionais. A maioria conhece o SV2, sabe da importância da notificação e controle de doenças e agravos. Estes temas já foram abordados em reunião geral pelo NSC. Consideram que estas práticas devem ser sempre

lembradas e no dia a dia cobradas, principalmente pela enfermagem, para que todo mundo “fique alerta”.

As enfermeiras ficam em alerta com relação a isso, porque as médicas que entraram talvez não saibam exatamente quais são as doenças de notificação, então as enfermeiras pegam o pedido de colírio de cloranfenicol, ‘ah, é conjuntivite, oh, notificou?’ Então a equipe tem um alerta com relação as notificações em SV2, as auxiliares, as enfermeiras, especialmente[...]pedidos de exame, ‘notificou?’, às vezes o médico esquece e a enfermeira lembra: ‘oh, tem que notificar’!

Como instrumento de trabalho na reunião do núcleo, utilizam o SV2, as fichas de óbito e de recém-nascidos para fazer levantamentos e passar para as equipes. Discutem caso a caso o que precisa ser passado e as intervenções necessárias para cada um:

...então a gente foi trabalhando nessa linha[...]todo dia da reunião então a gente trazia os atestados de óbito, as declarações de nascidos vivos, o livro de TB, o SV2, a questão da dengue, pra gente fazer o acompanhamento desses casos e aí amarrar algumas coisas[...]por exemplo, nos óbitos, o que a gente fazia: separava por causa de óbito, endereço, por equipe de referência pra que a gente pudesse devolver essa informação para as equipes, a mesma coisa com os nascidos vivos, a gente levantava os riscos pra agilizar visitas e demandar ações para as equipes[...]a TB a gente tentou levantar todos os pacientes de SV2 para ver se os comunicantes estavam em acompanhamento, se teria alta[...]então isso a gente conseguiu fazer no livro de TB[...]e os recém-nascidos também.

O acompanhamento dos casos dá-se a partir das fichas individuais, porém outra tarefa importante do núcleo é melhorar a análise da situação destes agravos que têm sido acompanhados mais de perto. Neste sentido muita energia tem sido gasta com a elaboração de planilhas e bancos de dados. Têm contado com a ajuda do Distrito de Saúde, na pessoa de uma enfermeira da VISA, a qual, diante das queixas do grupo com a dureza em lidar com as tecnologias da informação (TI)⁴ conta sua própria trajetória, de que muita coisa

⁴ Conjunto de tecnologias ligadas a informação em saúde e à informática; refere-se aos instrumentais de trabalho para se operar a prática da informação em saúde (FIALHO JR, 2004).

“aprendeu sozinha”. Consideram que aí reside outra dificuldade: a de se trabalhar com a informação, dominar estas tecnologias, “da informática, da estatística”. Sobre esse aspecto consideram o apoio e a capacitação do Distrito como fundamentais: “eu acho que o que falta é que a gente também que se posicionar melhor com o Distrito, que eu não sei se o Distrito tem essa visão sobre o nosso núcleo, é que nenhum dos participantes trabalha legal o computador”.

Têm muita dúvida a respeito dos próximos passos a serem dados sobre esta questão, pois consideram que muitas informações já estão disponíveis nos bancos de dados da Secretaria, e que bastaria serem melhor orientados para acessá-las, por exemplo, através do TABNET⁵ e não precisariam “perder tempo” com a criação destes bancos de dados, alguns já elaborados, outros ainda por criar. Percebem que existem informações contraditórias por parte do Distrito, o que também demandaria uma conversa mais organizada do NSC com a enfermeira da VISA e o médico do Distrito responsável pela área de Informação em Saúde para esclarecer estes pontos.

Outros dados e informações que compõem o diagnóstico de saúde da situação de saúde da unidade de forma mais ampla, não só o diagnóstico epidemiológico, por exemplo, dados de produção por equipe – fornecido pelo SIGAB⁶ - ou dados de outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes não estão sendo trabalhados pelo NSC. Geralmente tem sido atribuição da coordenadora e da enfermeira (apesar das duas participarem do NSC) preparar estes dados, pelo menos por ocasião do planejamento anual da unidade. Acreditam que deveria ser tarefa do núcleo, mas ainda não conseguiram priorizar esta tarefa. Alguns membros do NSC sequer sabiam que é possível tirar dados dos relatórios dos SIGAB para avaliar, por exemplo, número de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, consultas médicas, entre outros. Há pouco aconteceu uma capacitação no Distrito sobre informação em saúde e o trabalho da enfermagem, quando foram tratadas essas questões. A enfermeira do NSC repassou o conteúdo deste curso para as auxiliares e é muito diferente a informação oficial e a realidade do serviço, pois, segundo ela, os

⁵TABNET: aplicativo utilizado para se acessar bancos de dados disponibilizados pela Internet (FIALHO JR, 2004).

⁶ SIGAB. Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica: emite relatórios principalmente sobre a produção de procedimentos e consultas das várias categorias profissionais, a partir do registro sistemático dos atendimentos em planilhas na unidade básica (FIALHO JR, 2004).

profissionais ainda não valorizam tanto o registro de suas atividades no “sufoco da agenda”. Esta avaliação vale também para o coordenador, sempre atarefada e com pequena disponibilidade para trabalhar com informações. Acreditam que isso tem a ver com o perfil e os limites de cada pessoa, em “gostar ou não” (de trabalhar com informação) e no caso da coordenadora do CS, há uma priorização em atender primeiro ‘os problemas da assistência’, em detrimento dos ‘problemas da gerência’.

Uma informação que foi trabalhada a contento pelo NSC foi aquela referente ao perfil epidemiológico da área de abrangência do CS por ocasião da divisão dos territórios por equipe de referência, no início do Projeto Paidéia.

O grupo faz uma distinção entre as ações de vigilância que desenvolvem e as ações coletivas, estas definidas por eles como de “maior porte”, referindo-se, por exemplo, a ações sobre problemas ambientais, assumidas em parte pela equipe do Módulo de Saúde e a equipe azul. Acreditam que parte dessas ações poderia ser responsabilidade do NSC, mas avaliam que “não têm perna” para tudo: “porque assim, ações coletivas nós ainda, nós não priorizamos isso, no nosso núcleo nós priorizamos organizar nossa vigilância. A gente queria ter uma vigilância bem organizada, era o nosso sonho, é o nosso sonho...”.

Eles sabem a importância de se enfrentar alguns problemas crônicos de saúde, como por exemplo, a anemia, mas não conseguiram ainda. Parece importante para o grupo ter noção dos próprios limites, até para estabelecer metas futuras:

...então a gente não fez, nem estamos fazendo nada ainda[...]sabemos que nós temos, por exemplo, questões importantes pra ver, por exemplo, nós temos um alto índice de anemia na unidade, a gente até vinha até trabalhando com a questão do controle antes do Projeto (Paidéia) mas não mexemos ainda com isso.

Apesar dos limites da ação do NSC acreditam que ele ajudou a equipe do CS como um todo a ter “um norte”, a identificar problemas, estabelecer prioridades. Funciona como elemento para avaliar o que precisa ser melhorado. Por exemplo, em relação ao acompanhamento de crianças nascidas de risco, a equipe passa a ver possibilidade de mudança no processo de trabalho, de rever protocolos de acompanhamento de casos:

...a gente já identificou, foi baseado na relação de nascidos vivos, a gente precisa melhorar o calendário de atendimento na pediatria, né[...]acho que ele norteia bastante coisa pra gente[...]por exemplo, a TB, os nossos pacientes não estavam sendo acompanhados, fizemos no final do ano passado o cálculo de suspeição, vimos o quanto a gente tinha que fazer suspeição, o tanto que tinha que melhorar[...]então ele norteia, ele dá subsídios pra gente fazer avaliação, sim.

Outro avanço trazido pelo núcleo é a possibilidade de melhorar a clínica dos profissionais, pois estes passam a compreender melhor os problemas de saúde da população, a entender o que é importante na abordagem clínica. Para o profissional que atua no núcleo esse ‘choque de realidade’ é mais flagrante, pois mesmo sem haver muita diferença para a clínica de cada um “saber quantos casos de tuberculose tem na unidade”, é importante conhecer do que adoecem e morrem aquelas pessoas:

... hoje não, hoje você consegue dar essa amplitude de informação, de trabalhar com outros temas, não só da área daquele profissional, acho que isso é importante, acho que ampliou o olhar, a gente começou a trabalhar com outros temas[...]partindo de uma necessidade vivida da unidade, por exemplo, a gente sabe que a gente tem um grande número de gestantes adolescentes...então isso norteou alguns trabalhos, por exemplo, lá no módulo eles já trabalham com grupos de adolescentes.

Os outros profissionais que não atuam no NSC, acabam sendo sensibilizados pelo que se fala nas equipes, a importância da notificação e a ‘liga’ com problemas coletivos. Açam que aumentou a sensibilidade dos trabalhadores de saúde para as dificuldades que as pessoas têm em suas vidas. Algumas dessas novidades na prática clínica não são atribuídas somente ao NSC, mas às diretrizes trazidas pelo Paidéia como um todo:

...conhecer as condições sócio-econômicas, isso não é nem núcleo, é mais Paidéia...quando a gente discute os casos você conhecer um pouco a situação sócio-econômica da casa como é que vive, o que o pai faz o que a mãe faz como é que eles se dão[...]você acaba conhecendo melhor a população que você trabalha...tem até um caso que quando eu entrei eu falava: ‘mãe, quem tem criança em casa tem

que ter termômetro!’ como se fosse assim. ‘Mas termômetro custa muito barato, só três reais!’ na época! A mãe olhou pra mim e falou: ‘doutora, três reais eu não tenho’ isso não foi o que eu vivi até hoje[...]então você acaba conhecendo melhor um pouco as famílias, a realidade delas e isso foi legal, porque você consegue entender[...]eu tenho uma noção maior do que acontece com a minha população...

Consideram ainda como avanço a oportunidade trazida pelo arranjo NSC de “sentar e organizar”, sistematizar as informações antes consideradas “um pouco perdidas”. O grupo está preocupado neste momento em motivar os trabalhadores sobre o tema, recompor o NSC, pois acreditam ser um espaço privilegiado dentro da unidade. Querem trocar mais experiência com outros núcleos, ler textos sobre NSC, gostariam de ver os resultados desta investigação.

Eu acho que é um dos espaços, das reuniões que a gente tem que investir e centrar fogo pra que ela aconteça[...]fazer ela mais organizada, mais produtiva[...]diferente do conselho gestor porque eu acho que a gente tem outros espaços pra tomar decisões[...]agora o núcleo, eu acho que tem que acontecer, a gente tem que investir pra que a gente organize melhor ele.

Sabem que fazem um grande esforço neste sentido, de valorização do NSC, mas em alguns momentos tem a sensação de que “ficam patinando, não sai muito do lugar”. Para vencer essa sensação sugerem então enfrentar as principais dificuldades já identificadas, através de algumas estratégias como, por exemplo, investir mais na capacitação dos profissionais do núcleo em informação e informática, buscar apoio para isso, analisar mais os dados, transformar dados em informação para que esta chegue cada vez mais para quem interessa:

...a gente precisa é fazer isso, a gente ser consumido pela demanda do dia-a-dia, a rotatividade e a inexperiência da equipe com informática e informação mesmo[...]trabalhar com esses dados, que é uma coisa nova pra gente, pra eles que estão na unidade, porque até então ninguém nunca mexeu com isso[...]então saber interpretar esses dados, transformar esse dado em informação que é o x da questão, né? E essa informação chegar onde ela precisa chegar.

4.4- Núcleo de Saúde Coletiva 3: a sanitarista, os agentes comunitários de saúde e muita ação

A história do NSC tem dois momentos distintos. O primeiro, em 2001, quando da implantação do Paidéia, com as diretrizes do núcleo e demais arranjos. O segundo, em 2002, após a chegada da sanitarista.

O ‘primeiro núcleo’ foi formado após a capacitação das equipes de referência no Módulo Introdutório. Alguns profissionais capacitados, junto com a coordenação, resolveram implantar o NSC, constituído por uma enfermeira de cada equipe de referência (na época organizaram seis equipes) e outros profissionais das várias áreas e categorias profissionais, por exemplo, representantes dos agentes comunitários de saúde, da ‘odonto’, da zeladoria, entre outras. Naquele momento a atividade principal do NSC foi estudar as principais doenças de notificação compulsória e “outras patologias” mais prevalentes na região, cada semana era um tema, como por exemplo, tuberculose, hepatite. Os agentes, mesmo os não representantes, eram convidados a participar das reuniões. Como era início do Projeto (Paidéia) esta etapa foi importante, particularmente para os agentes, pois “ampliou o olhar”. Eles eram “leigos”, estavam chegando, portanto, consideraram estes momentos como muito ricos do ponto de vista de aprendizado, deu “muita motivação”.

O ‘segundo núcleo’, o de 2002, teve início com a indicação, por parte do Distrito de Saúde, de uma sanitarista para compor o núcleo e coincidiu com a mudança da coordenação da Unidade: “quando eu vim eu já vim com a idéia de reorganizar o NSC pra garantir participação de todas as equipes”.

Foram organizadas reuniões no CS e nos Módulos, aberta a todos os interessados, nas quais foram apresentadas as propostas da sanitarista, seu papel naquele espaço, os objetivos do NSC a partir do texto da SMS, as diretrizes e propostas para sua composição, a necessidade do compromisso com este arranjo, as atividades, enfim foi refeito o NSC, começando do zero. A partir destas reuniões o núcleo passou a ser composto por um “técnico” (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar, agente de consultório dentário, técnico de higiene bucal ou técnico de enfermagem) e um agente comunitário de saúde por equipe de referência. As pessoas foram escolhidas ou indicadas pelas equipes.

Alguns agentes consideram que após a chegada da sanitarista houve uma maior valorização do NSC, um direcionamento das atividades, com maior empenho para a participação dos agentes comunitários de saúde e ainda a participação de “todos os segmentos”, não só as áreas:

...no início não se via quase agentes[...]e como a gente está lá em contato direto com o povo, está lá na base, é interessante essa participação do agente, mesmo porque as atividades desenvolvidas aqui dentro quem mais tem essa disponibilidade de fazer é o agente[...]está mais livre, porque faz parte realmente do agente essa saúde preventiva aí, né?

Por outro lado, esta composição que parecia contemplar todas as equipes e representar a multiplicidade das categorias profissionais – dando o enfoque de interdisciplinaridade ao NSC – não conseguiu se efetivar, segundo eles pela sobrecarga na agenda dos profissionais, particularmente dos enfermeiros e do coordenador da unidade. Outro motivo apontado como dificuldade para operacionalizar o arranjo composto desta forma foi o tamanho do grupo, muito grande e, por isso, nunca conseguiram reunir todas as pessoas indicadas pelas equipes. Atualmente a unidade conta com quatro equipes de referência no CS e três equipes nos Módulos de Saúde.

Assim, após várias tentativas de mudanças na composição, no horário e periodicidade das reuniões para se tentar conseguir maior envolvimento e participação das pessoas, na prática, a composição do NSC é dada pela presença permanente da sanitarista e da maioria dos agentes. Chegaram a experimentar a criação de um NSC por módulo, com reuniões mensais de todos para troca de experiências Não deu certo. Hoje, além das reuniões mensais ordinárias do NSC com os representantes das várias equipes de referência, há um outro espaço, sem regularidade, no qual se reúnem os vinte e quatro agentes com a sanitarista para tratar de temas considerados relevantes em relação à saúde coletiva no CS. A sanitarista se tornou uma espécie de referência, uma ‘coordenadora’ do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

As atividades foram sendo definidas a partir de problemas concretos apontados pelas equipes, percebidas pelos agentes comunitários ou demandadas pelo Distrito⁷ em função de problemas de saúde detectados na região do CS ou dos módulos. Desta forma, retomaram uma prática já do ‘primeiro núcleo’, qual seja, a capacitação para os agentes acerca de temas importantes, sobre os quais teriam de ser executadas ações de controle, como por exemplo, hepatite, raiva e controle da população de morcegos, infestação por escorpiões, caramujos, carrapatos, imunização, investigação de óbitos infantis. Para essas capacitações contaram com apoio técnico da VISA distrital e também do apoio, este último na discussão da investigação de óbitos infantis.

“Então a gente teve isso[...]como chegou em um momento que a participação era praticamente de agentes de saúde, a gente procurou concentrar mais na capacitações pra eles[...]por eles estarem em contato com a comunidade direto e a necessidade de ter noção básica de várias patologias.

Sobre a investigação dos óbitos infantis entendem que a responsabilidade é das equipes de referência, apesar de algumas visitas domiciliares serem realizadas pelos agentes comunitários, em sua grande maioria membros do NSC. Apontam esta experiência, a da investigação dos óbitos infantis, como bastante positiva, pois conseguiram envolver as equipes de saúde na discussão e execução das atividades. Como exemplo, citam o envolvimento de um ginecologista de uma das equipes que se interessou pelo assunto e até sugeriu uma linha de pesquisa e investigação sobre os óbitos em uma determinada micro-área, indicando possíveis causas associadas a contaminação ambiental. Descobriram também, a partir das visitas de investigação de óbitos, a partir de um olhar para o território, que a cobertura de citologia oncótica estava baixa. Discutiram então com a unidade a necessidade de aumentar a oferta de exames de CO e organizaram um grupo para esta finalidade.

⁷ Muitas queixas da população chegam à SMS e/ou aos Distrito de Saúde através do telefone público 156 ou outros meios de comunicação. São muito frequentes as queixas relativas à pragas e zoonoses em geral. Fonte: COVISA – Coordenadoria de Vigilância à Saúde Ambiental da SMS

O que era a investigação em si: ir na casa, fazer a investigação de dados, colher dados que não se tinha no óbito, ali na declaração de óbito, que era importante pra gente entender o que estava acontecendo, ver se tinha algum fator externo[...]tanto é que nós chegamos a um dado interessante que na nossa unidade a gente tem alguns óbitos meio que semelhantes.

Em relação às visitas domiciliares, os agentes apontam como estratégica a realização do cadastro das famílias, pois é uma das maneiras de se chegar até as residências para se obter outra informação, particularmente quando têm que investigar suspeitas de violência doméstica infantil, componente novo do trabalho da vigilância, inclusive com ficha de notificação sendo elaborada. Esta tem sido uma demanda cada vez mais freqüente, a partir de denúncias feitas ao Conselho Tutelar da Criança e Adolescente, repassadas para investigação pelo CS.

Dependendo do agravo, dependendo da questão, ou eles chegam já direto abordando a questão ou eles chegam através do cadastro e acabam fazendo a investigação do caso, ta? Então assim, existem os agravos e existem as denúncias[...]então quando existem as denúncias, tem que ir mais devagar e mais sutilmente, e no caso disso eles vão com o cadastro[...]agora no caso de um agravo já conhecido, por exemplo, um caso de hanseníase que precisa ser avaliado os comunicantes, por exemplo, aí eles já vão com esse intuito.

A discussão dos casos e a abordagem que será feita em cada uma das situações são discutidas nas equipes de referência, sempre com a participação dos outros setores, principalmente a assistência social e a educação. Consideram este um assunto delicado e extremamente complexo, pela natureza do problema em si e, também, porque os agentes são conhecidos no território, estão sempre presentes na área por um ou outro motivo e não querem ‘quebrar a confiança’. Neste sentido, estão estudando a melhor abordagem, fizeram capacitação e a ação intersetorial ajuda no enfrentamento destes problemas.

A ação intersetorial é outra marca do trabalho. Apesar do envolvimento das equipes de referência no controle de alguns agravos, acreditam que o núcleo consegue ter uma visão mais ampla do CS, enxergam os problemas como um todo, com a ajuda de

outros parceiros externos. Esta visão é reforçada na articulação das ações feita em um fórum intersetorial composto por vários setores da administração pública, com reunião mensal, na qual o NSC é participante ativo, na pessoa da sanitarista e de alguns agentes: “está super bem estruturada aqui na região do CS o grupo intersetorial”.

Neste fórum são discutidos temas gerais de interesse da região, não só a saúde, mas, principalmente, como conseguir agir mais articulada e organizadamente para se conseguir maior efetividade em algumas políticas públicas. Ações sobre o meio ambiente, mesmo aquelas pontuais, como as de controle das zoonoses apontadas acima, geralmente são realizadas em conjunto com a AR⁸, Secretaria de educação, entre outros setores:

...a gente está com uma infestação de escorpião porque a população jogou entulho lá no córrego e o que está acontecendo[...]eles estão indo pras casas![...]depois retornava pro núcleo o que tinha acontecido, pra depois aí tá fazendo até mesmo com o pessoal da intersetorial uma ação maior, uma ação em cima do meio ambiente[...]eventos grandes, com pessoal da educação, defesa civil.

Os agentes comunitários de saúde têm uma presença marcante em quase todas as ações coletivas desenvolvidas no CS, sejam elas definidas no NSC ou no âmbito do território de cada uma das equipes, eles são referência para várias atividades, como grupos educativos dirigidos a obesos, desnutridos, hipertensos, diabéticos, deprimidos, mulheres no climatério. A partir da clínica de alguns profissionais, principalmente os generalistas, destacam-se alguns problemas mais prevalentes e os agentes responsabilizam-se por ações de educação e promoção de saúde. Nem sempre os grupos educativos acompanhados pelos agentes seguem a lógica da equipe de referência. São organizados grupos nos quais participam usuários da área de abrangência de várias equipes. Por exemplo, depois que fizeram um curso no SESI, o “Alimente-se bem por um real”⁹ os agentes voltaram

⁸ AR – Administração Regional - órgão da administração pública do município de Campinas, responsável pela zeladoria de uma determinada região da cidade, em conjunto com outros órgãos e Secretarias. A cidade conta com 14 (quatorze) administrações regionais. Alguns Distritos têm na sua área de cobertura 3 ou 4 Ars
fonte: *site* oficial da PMC: www.campinas.sp.gov.br

⁹ Curso oferecido por nutricionistas do SESI Amoreiras - Campinas, aberto gratuitamente para os agentes comunitários de saúde de todo o município. Orientam sobre o aproveitamento de alimentos ricos em nutrientes, especialmente voltado para população de baixa renda, ou interessados em ter dietas saudáveis.

motivados a organizar atividades sobre orientação nutricional. Desta forma foi montado o grupo para hipertensos que gostariam de perder peso:

...o grupo surgiu até mesmo pela própria demanda que veio pela médica, de pacientes querendo emagrecer, procurando a clínica, então ela montou o grupo, porém o grupo de início era só ela[...]aí ficou uma coisa meio maçante, as pessoas começaram a desistir e ela queria acabar com o grupo: ‘não gente, não é viável!’ e tal...aí a gente falou ‘não, a gente vai abraçar o grupo, e vamos tomar conta do grupo’.

Da mesma forma, os agentes que atuam na maior ocupação do município, uma das áreas mais carentes da cidade, com elevado número de desnutridos, organizaram em conjunto com uma ONG religiosa da região, um grupo para recuperação de desnutridos, com perspectivas de bons resultados, segundo eles.

Muitas vezes essas ações coletivas desenvolvidas pelos agentes se confundem com as ações do próprio NSC, pois, uma ação como essa, sobre um problema de saúde tão relevante quanto a desnutrição naquela região é um intervenção discutida e apoiada pelo núcleo e executada em parte por ele. As atividades do núcleo estão imbricadas na assistência individual, principalmente nos Módulos, nos quais as equipes desenvolvem muitas ações coletiva e os agentes têm uma participação bastante ativa na discussão e intervenção sobre os problemas de saúde.

Juntamente com a sanitarista, eles desenvolveram como atividade do NSC algumas campanhas de prevenção, como por exemplo, de DST/AIDS por ocasião do Dia Mundial da AIDS, em 2003, ou ainda uma outra direcionada à higiene corporal. Sobre esta última campanha, acham que teve uma repercussão muito positiva na população – membros do Conselho Local de Saúde inclusive – apesar de algumas críticas que sofreram por parte dos técnicos, quando estes argumentaram sobre o possível cunho discriminatório ou acusatório da atividade, associada à idéia de rotular pessoas como ‘sujas’. A opinião dos agentes é que a população não entendeu a campanha como ofensiva, mas sim compreendeu a importância da higiene corporal para a saúde e, até hoje, algumas pessoas cobram este tipo campanha, pois de alguma forma a informação “chegava ao povão”:

...as demandas que a gente faz em termos de coletividade que a gente fez um projeto muito legal sobre a higiene, foi muito legal, foi muito legal mesmo em termos de conhecimento assim, a população aprovou muito, a população cobra as ações coletivas que a gente faz[...]a gente fez um projeto o ano passado, sobre o dia 1º de dezembro, de uma camiseta escrita logotipo e distribuição de camisinha, fazendo um trabalho de prevenção, teatro que a gente fez, então são coisas que eles aprovam, se fosse contra com certeza a gente saberia[...]as ações a primeira coisa que o conselho faz com certeza é cortar mesmo!

Alguns participantes do NSC sentiram-se “frustrados” e desmotivados quando, por ocasião da elaboração do plano de ação para 2004, tiveram que readaptar o referido planejamento por “decisões superiores” e mudar o trabalho para outro rumo:

...fizemos um planejamento muito bom que foi assim feito em conjunto, uma programação muito jóia, que envolveria todas as pessoas, todas as equipes, e eram direcionadas a população e que todo mundo tava muito empenhado em fazer tudo[...]e daí a gente ficou muito chateado com isso[...]então nós tivemos que mudar.

Isto significou, por exemplo, não valorizar tanto a organização e execução destas campanhas educativas, de cunho mais voltado para a população em geral, mas também direcionadas ao público interno, pois, segundo eles, houve uma avaliação positiva por parte de alguns funcionários do CS.

Desta forma, a partir de 2004, a prioridade do núcleo passou a ser melhorar a relação com as equipes, de forma a estimulá-las a partir da apresentação dos dados produzidos pelo serviço e analisados pelo NSC. A estratégia a ser usada, discutida e aprovada no colegiado gestor – a sanitarista faz parte deste colegiado – será a visita às equipes de referência, para levar as informações (dados e principais indicadores) das áreas de abrangência de cada equipe e definir prioridades para as ações:

...eu fiz uma proposta pro colegiado gestor e que foi aprovado e que a gente ainda não colocou em prática, que é a gente tá trabalhando os dados, indicadores e a realidade de cada equipe na própria equipe[...]então essa é a proposta que está assim pra gente começar, entendeu?

Esperam também que nestas reuniões se rediscuta a importância do núcleo, incentivando a participação de outros profissionais, principalmente os enfermeiros, neste momento, um pouco afastados do NSC. Acreditam que esta estratégia irá valorizar o NSC, pois a fala “mais oficial da sanitária” levando informações e discutindo as ações ocasionará mais impacto do que a “fala pouco valorizada dos agentes” no dia a dia das reuniões de equipe. Como a pauta das reuniões de equipe é sempre sobrecarregada, quando vão falar sobre o NSC “acabou a reunião!”. Ao final deste processo, depois de completadas as visitas, espera-se que as equipes adquiram mais autonomia e estejam mais maduras para elaborar seus próprios diagnósticos de saúde. Consideram que os Módulos já tem essa autonomia, pois se utilizam mais dos dados que produzem para direcionar as ações.

A equipe vai opinar o que pra ela é importante realmente tá fazendo...por exemplo, ela mesma pode estar montando o seu painel de agravos pra saber e conhecer a realidade da sua região...e os agentes também dentro dessa proposta ele também vai tá conhecendo a sua micro-área o que está pegando na sua micro-área, e tentar achar uma solução pra aquela demanda de momento, se são as adolescentes que a gente tá percebendo, será que está faltando orientação, tá faltando prevenção, vamos montar um grupo de adolescentes pra tá abordando esse assunto com elas[...]então fica mais fácil tá diagnosticando os problemas dentro de cada equipe de referência.

Apesar do trabalho de visita às equipes não ter iniciado, uma primeira etapa já começou como a de preparar os dados e indicadores. Para isto a sanitária contou com o apoio do Distrito, na figura do apoiador institucional e da VISA. Para disseminar algumas informações foram elaborados painéis dispostos em murais do CS. Os dados foram apresentados também no colegiado gestor. Eles têm tentado atualizar as informações com regularidade quase mensal. Os dados utilizados são provenientes dos bancos de mortalidade e nascidos vivos, boletim de vacinação, dados de hipertensos e diabéticos, dados de câncer bucal obtidos a partir da Campanha de Vacinação do Idoso¹⁰ e de resultados de citologia oncológica, dados do SISPRENATAL¹¹, eventualmente dados provenientes da planilha de

¹⁰ Na maioria das Campanhas é feita também avaliação para risco de câncer bucal. Para os casos suspeitos existe um fluxo já estabelecido para diagnóstico e tratamento se for o caso.

¹¹ SISPRENATAL – conjunto de informações referentes ao prenatal. É um sistema de informações do ministério da Saúde adotado no município.

pacientes internados. A sanitaria foi a referência para a elaboração deste diagnóstico da Unidade e contou com a ajuda dos agentes no levantamento dos dados. A partir dos levantamentos de citologia oncológica, por exemplo, descobriu-se um aumento de casos de *gardnerella* em uma determinada equipe. As medidas foram tomadas pelos agentes no sentido de alertar a equipe envolvida.

A conclusão no meio do caminho é que tinha essa grande dificuldade da gente, por mais que o núcleo produzisse qualquer trabalho, seja dado, seja investigação, seja estudo, existia essa falta de tempo dentro da reunião de equipe pra eles tarem passando. Então o que a gente começou a fazer depois de um determinado tempo: a gente começou a construir painéis pras pessoas poderem enxergar a produção do núcleo, pra visualizar o que o núcleo estava fazendo[...]eu não acho produtivo entregar só a declaração de óbito para cada equipe, porque eles não vão ter tempo de analisar[...]então eu analiso[...]a proposta é que eu receba, compile os dados, trabalhe, analise e então compartilhe[...]entendeu?”

Não são processadas no NSC as informações referentes a dados de produção e os referentes às doenças de notificação compulsória. A vigilância dos desnutridos, a investigação de óbitos e casos de violência são assumidos como tarefa do NSC. As demais atividades da vigilância epidemiológica ficam centralizadas nas enfermeiras, as ‘moças da vigilância’. O manuseio do SV2, a notificação dos casos, o fechamentos das fichas epidemiológicas, a análise dos casos, enfim todas as atividades administrativas da vigilância epidemiológica é de responsabilidade dos enfermeiros. O SV2 é acessado pelo NSC para avaliar mensalmente quantos casos foram notificados por equipe de referência. Outro papel do núcleo na vigilância é ajudar nas medidas de controle, uma vez que para a maioria delas há necessidade da presença dos ‘agentes do núcleo’. Assim, quando há uma notificação de um caso suspeito os enfermeiros informam o NSC para desencadear a investigação:

...aí a gente faz o trabalho da prevenção[...]vamos supor, veio aí o resultado da TB, vamos lá, a gente tem que fazer o cerco, né[...]ver toda a família, fazer uma investigação mais detalhada, como que ele pegou, como pode ter sido essa contaminação, fazer mesmo um estudo e levar isso pra equipe[...]quando chega até nós, agentes de

saúde, casos assim a gente já discute em equipe, como vai ser a abordagem, como vai conduzir o caso, como que vai ser essa assistência a esse paciente.

Quando é necessária uma ação de bloqueio, por exemplo, que demanda uma operação mais complexa, há o envolvimento de outros profissionais da equipe, coordenados geralmente pelo enfermeiro. Quando a ocorrência de casos é em algum dos Módulos, as enfermeiras passam direto para aquelas equipes, sem intermediação do NSC, o que reforça aquela visão de maior autonomia e integração das ações nos Módulos:

...nos módulos é o seguinte: a gente tem assim, uma autonomia maior, né[...]os casos já chegam diretamente lá...tipo assim[...]uma suspeita de TB, BK alterado, uma suspeita de dengue, uma leptospirose...qualquer coisa já chega da própria vigilância, já liga, ‘olha tem um caso suspeito assim, assim’[...] imediatamente a gente já vai toma as providências, faz visita domiciliar, faz bloqueio quando necessário, faz notificação, a gente tem o SV2 na unidade, a gente faz a convocação dos pacientes, a gente faz a verificação da 2ª coleta de exames, quer dizer, a gente tem uma autonomia maior, quer dizer, a gente faz com que as ações aconteçam mais rápido.

Identificam que o NSC trouxe avanços para o processo de trabalho na unidade, principalmente pela presença constante dos agentes de saúde na comunidade, levando orientações sobre doenças e as formas de evitá-las, os assuntos não ficarem restritos a equipe interna do CS. Isto na opinião deles é “saúde coletiva”:

...mas só que acontecia o seguinte, mesmo tendo essa representatividade dentro da equipe, os agentes levavam, tudo que era discutido era levado pro povo, então não era uma coisa que ficava só aqui dentro, se não desse para fazer aqui dentro chegava no povão, de uma maneira ou de outra.

Outro ganho é que através do núcleo as equipes podem ver com mais clareza a “situação da saúde da nossa unidade!”:

...quantas ações que a gente já fez através do NSC e tantas que eu já falei que se desencadeou através das problemáticas levantadas pelo núcleo[...]então assim, o núcleo realmente é essencial, por conta que através do núcleo a gente tem a situação da saúde da nossa unidade,

da nossa população! É um trabalho que é conjunto, sem o núcleo levantar esses dados, seria possível? Talvez sim, mas com um atraso muito grande nas ações, então assim, com o núcleo agiliza as nossas ações!

O amadurecimento dos agentes comunitários de saúde, conquistado a partir do envolvimento deles nas reuniões das equipes de referência é uma construção de muito tempo e identificado também como avanço.

A principal dificuldade para desenvolverem o trabalho e já apontada anteriormente é a falta de “recursos humanos”. Acreditam que isto impede a participação das pessoas, inclusive do coordenador. Consideram que esta é uma questão séria e um desafio para o Projeto Paidéia. Como a assistência individual e a demanda consomem grande parte da agenda, não sobra muito tempo para as ações coletivas.

Consideram que o núcleo ainda trabalha de forma “paralela às equipes” – mesmo com o mecanismo da representação por equipe – estas com uma visão local dos problemas e aquele com a visão do conjunto da unidade, quando comparam uma equipe com outra do ponto de vista de perfil de saúde/doença, quando fazem perguntas ou pensam na causa dos problemas. Não conseguem compartilhar estas coisas, pois o tempo é sempre curto para discutir e resolver os assuntos: “às vezes eu vou lá com uma idéia do núcleo, mas a equipe lá não ta vendo assim[...]ele ta vendo o que está na frente dele”.

Estão apostando neste novo processo de trabalho para melhorar esta articulação com as equipes. Gostariam que núcleo fosse mais valorizado e que tivessem mais autonomia para trabalhar.

Algumas dificuldades para desenvolver o trabalho dos agentes no campo também foram apontadas, como falta de uniforme adequado, faltas do passe de ônibus, excesso de tarefas, incluídas atribuições que não são deles (PMC, 2004c)¹², falta de entendimento por parte da população sobre o papel do agente, que passam a identificá-los como “assistentes sociais”. Atribuem a isso a premência do trabalho social e a penúria em

¹² Neste documento além do conteúdo da capacitação dos agentes estão descritas as suas atribuições. Este tema foi objeto de reflexão dos gestores e dos agentes em vários momentos ao longo deste período do Projeto Paidéia (2001-2004).

que se encontra boa parte da população. Eles encontraram nos agentes um interlocutor para ouvi-los em seus inúmeros problemas:

...eu quando entrei pra ser agente a gente tem um visão meio equivocada da saúde pública no Brasil, em geral e a gente se depara com uma assistência social zero tanto é que na comunidade onde eu atuo eles acham que a gente é assistente social[...]de tanto que a gente vai lá as vezes não é propriamente saúde mas se torna depois pela condição do local[...]é o assistencialismo mesmo, a gente trabalha como assistente social não só a enfermeira, os agentes também trabalha como assistente social.

4.5- Núcleo de Saúde Coletiva 4: em busca da informação para a ação

As atividades tiveram início em 2001, como diretriz do Projeto Paidéia, “não como imposição ou obrigação”, mas entendido pela equipe como uma coisa importante, muitos profissionais se entusiasmaram, se comprometeram com a idéia e foi fácil organizar o NSC. Naquela época foi proposta uma composição multidisciplinar, com presença de médicos de algumas especialidades (generalista, pediatra, ginecologista), enfermeiros, dentistas, profissionais da saúde mental, auxiliares de enfermagem e um agente por equipe de referência. As reuniões eram semanais, durante uma hora e meia, discutiam-se temas e definiam-se tarefas para serem cumpridas até a reunião seguinte. Funcionou “muito bem” durante algum tempo. Aos poucos foi se percebendo uma sobrecarga nas agendas, com muitas reuniões fixas na semana, outras pessoas fazendo cursos, capacitações, o que comprometia a oferta de consultas da unidade. A coordenadora, então, redefiniu a permanência ou não de algumas pessoas, em função de outras prioridades do serviço. Além disso, a saída de três profissionais ‘chave’ ao longo destes três anos, uma dentista, uma enfermeira e um generalista – convidados a serem apoiadores institucionais no Distrito de Saúde da região e em outro Distrito da cidade – desmotivou um pouco o grupo e, principalmente por causa disso, o núcleo “deu uma patinada”.

Desde agosto de 2004 as atividades estão sendo retomadas, foi recomposto o NSC, tendo como participantes uma enfermeira, uma dentista, uma pediatra, uma clínica, uma ginecologista, um auxiliar de enfermagem – este com muita dificuldade para “entrar na

reunião” por ter sempre outros afazeres – e a coordenadora. Esta participa quando precisam da presença dela, pois acredita que o grupo pode “caminhar sozinho” e, ela mesma também se sente sobrecarregada com o excesso de reuniões.

Do “núcleo original” ficou apenas uma pediatra e a coordenadora. Neste ‘núcleo pós-agosto 2004’ não participam os agentes comunitários de saúde. As reuniões continuam semanais, durante uma hora e meia. Uma das quatro equipes do CS (uma delas é o Módulo) está sem representante no NSC, não conseguiram se organizar em função do horário da reunião. O contato com as equipes dá-se através do representante no NSC e, neste sentido, esta equipe está prejudicada. Mesmo quando as reuniões estão esvaziadas elas acontecem, para não dispersar. A unidade não tem colegiado gestor, optaram por reforçar as reuniões gerais, e essa decisão foi compartilhada com o Distrito. Existe o CLS, porém nunca levaram temas do NSC para aquele espaço.

A estratégia atual para retomar as atividades do NSC tem sido trabalhar as causas de morte por equipe de referência, com o objetivo de avaliar riscos. Sabem que a principal causa de morte no território do CS como um todo continua sendo a cardiovascular, mas este trabalho mais detalhado por equipe, e caso a caso, está revelando coisas importantes como, por exemplo, a necessidade de maior prevenção para câncer de próstata, câncer de mama, complicações de hipertensão e diabetes. Esperam com estes levantamentos dos óbitos – pretendem que sejam semestrais, estão, neste momento, terminando o 1º semestre de 2004 – nortear ações preventivas que estão “bolando ainda”, porém já têm alguns projetos para discutir e também executar junto com as equipes de referência.

Nós iniciamos agora um projeto para identificar o risco na região onde a gente trabalha, ou seja, pelo Centro de Saúde todo[...]então nós estamos pegando os óbitos da região e classificando de acordo com a causa morte[...]causa cardio-vascular, doença pulmonar obstrutiva crônica, neoplasias, por equipe de referência, pra juntarmos no final e fazermos um gráfico pra direcionar as campanhas de prevenção[...]então é um passo.

Um destes projetos é o ‘Sala de Espera’, no qual se pretendem aproveitar o momento da espera por consultas – às vezes interminável para os usuários – para discutir aspectos importantes sobre os cuidados com a saúde, a partir destes riscos detectados com o

estudo dos óbitos. Outro objetivo deste projeto é qualificar a demanda, orientar os usuários sobre o uso do serviço, explicar a diferença entre o CS e os serviços de urgência/emergência, entre outras questões relativas à organização do serviço.

Outro projeto é identificar lesão de órgão alvo, particularmente retinopatia, através da oferta do exame de fundo de olho dirigido aos diabéticos e hipertensos, com objetivo de melhorar a adesão destes ao tratamento, incluída aí a participação nos grupos educativos. A avaliação do grupo é que a adesão aos tratamentos no CS é em geral pequena, e a experiência tem mostrado que as pessoas não vêm “espontaneamente”, precisam de algum atrativo para participar das atividades propostas, daí o chamariz do exame. No momento da consulta a equipe fará uma abordagem mais integral do paciente, avaliando o uso da medicação, a necessidade de intervenção em outros aspectos, saúde bucal, por exemplo: “o objetivo é amarrar eles...(risos) é pegar tudo de uma vez...”

Lembraram outras experiências com grupos de hipertensos e diabéticos, nas quais é necessária uma dose extra de disponibilidade para motivar os grupos, ora com passeios, ora com troca de receitas, e nem sempre é possível por parte das equipes manter o ‘pique’, pois esse trabalho “gera muito desgaste”.

Pensam também em organizar algumas atividades de maior vulto, como por exemplo, uma campanha para aumentar a coleta de CO, na qual também se faria uma abordagem mais integral do cuidado. Por exemplo, ao se examinar uma mulher, outros aspectos da sua saúde seriam considerados, a saúde bucal, ou outras questões da saúde da mulher. Ao invés de encaminhar para o especialista em outra ocasião todos já estariam ali para isso. O que pretendem é também otimizar o potencial interdisciplinar do NSC, que poderá envolver-se mais ativamente na execução das ações. Eles têm tido muita dificuldade em elaborar algum projeto para enfrentamento da violência, já identificaram que há áreas com alto número de óbitos por causas externas, geralmente associadas à violência. Não sabem como lidar com isso, pois têm um “certo medo” de mexer em problemas tão complexos.

Outra atividade que desenvolvem como rotina do NSC e que, na avaliação do grupo, está dando certo, é a separação da declaração de nascidos vivos por equipe de referência. Avaliam caso a caso e encaminham às equipes para visita domiciliar. Algumas

vezes as visitas aos bebês de maior risco é realizada pela enfermeira do NSC e algum agente da equipe de referência, em função do déficit de profissionais de algumas equipes. Como a pediatra, a enfermeira e a ginecologista do NSC estão muito sensibilizadas com o estímulo à amamentação, algumas inclusive têm dupla militância, porque participam também do Comitê de Amamentação¹³, então esta atividade é desenvolvida com muita parceria do núcleo e as equipes. É uma visita “três em um”, quando se avalia o RN, faz-se a revisão do parto, estimula-se a amamentação e outras orientações, como por exemplo, a importância da imunização. Outro exemplo positivo é o monitoramento do parto, alguém avisa a equipe quando o bebê vai nascer e então eles se antecipam à chegada da DNV, sabem que nasceu uma criança pela gestante que está sendo acompanhada, o que acelera a visita em caso de gestante ou bebê de risco:

...nesse momento específico da declaração de nascido vivo[...]qual é o objetivo? É identificar a data de nascimento pra marcar a primeira consulta com o pediatra e também a consulta de revisão de parto então já desencadeia essas duas ações[...]e aleitamento materno[...]as declarações tem chegado com muita rapidez e não só isso[...]no caso específico da gestante tem uma coisa muito boa, a gente pede que quando ela venha a ter alguém nos avisar ou telefonar[...]e na grande maioria dos casos isso acontece.

Consideram que a grande tarefa do NSC neste momento é levantar dados para direcionar ações, intervir nos problemas detectados. Acreditam que isso deva ser feito mais amiúde, pelo menos a cada seis meses, um diagnóstico epidemiológico mais permanente, não apenas no momento do planejamento anual. A expectativa é que o núcleo possa ser uma espécie de assessor do coordenador para avaliar as ações planejadas. Tecem uma crítica ao ‘núcleo original’, que, de certa maneira, fazia muitos levantamentos, tinham quase tudo quantificado, desde número de nascidos, dados demográficos, perfil de morbidade e mortalidade, número de atendimento por equipe de referência, mas ficava o “dado pelo dado”, como se não soubessem o que fazer com aquilo. Além do mais, ficavam centralizados e poucos “sabendo mexer” com dados:

¹³ Existe um Comitê Municipal de Amamentação, com representantes do Distritos e de várias unidades de saúde do município

...foi um questionamento, por isso que saiu essa idéia de levantamento de dados a partir da declaração de óbitos pra gente fazer alguma coisa, porque o que a gente sente até agora que a gente só ta levantando números e dados e mais nada[...]e agente começou a se sentir incomodados com isso[...]não é só isso que a gente queria”

Porém, um aspecto positivo do trabalho do NSC apontado naquele momento foi o mapeamento dos casos de dengue, que mostrou para as equipes as áreas de maior risco para ocorrência da doença, atividade esta que direcionou as ações de controle. É dessa forma que pretendem continuar o trabalho.

De uma maneira geral o CS é muito produtora de dados, a maioria deles para consumo interno, os dados “não oficiais”. Têm livros de registro para quase todas as atividades desenvolvidas, nas mais diferentes áreas: de RN, de visitas domiciliares, gestantes, coleta de exames, odontologia, entre outros. Eles têm criado o hábito de registrar tudo o que fazem. Mesmo assim a coordenadora confia mais nestes dados do que no SIGAB, quando tem que fazer algum levantamento de produção, por exemplo. Avaliam que tem muitos dados, porém cada um utiliza para uso cotidiano de suas áreas e o NSC usa muito pouco estes dados, não sistematiza, não faz análise, não faz um “trabalho com metodologia, certinho”, enfim, não transformam dados em informação, na opinião deles: “o livro de gestantes[...]ele tem um objetivo, pra nós ginecologistas ele tem um objetivo...acompanhamento do pré-natal”

O SV2, por exemplo, o NSC não utiliza para nada. As atividades administrativas e outras da vigilância epidemiológica estão centralizadas nas enfermeiras, cada uma nos seus turnos, sem ligação com o NSC, apesar de uma delas fazer parte do NSC. Açam que este aspecto deva ser repensado, pelo menos no que diz respeito a se fazer uma avaliação das atividades realizadas:

...se passasse, até é uma coisa pra pensar...se toda notificação, se toda reunião do núcleo de saúde coletiva fizesse uma verificada no SV2[...]ver o que teve nessa semana epidemiológica[...]são 52 semanas, você vai lá e olha o que aconteceu[...]dá pra fazer estatística também, mas não faz.

Os médicos notificam diretamente às enfermeiras quando aparece algum caso suspeito, e se ocorre notificação externa, também o fluxo é através das ‘moças da vigilância’. As atividades de investigação e controle das doenças de notificação compulsória são direcionadas pelas enfermeiras diretamente para as equipes de referência.

Apesar de todas as dificuldades e limitações para desenvolver o trabalho identificam muitos avanços trazidos pelo NSC. O principal deles é não “andar no escuro”, ou seja, o conhecendo o perfil epidemiológico de uma população tão extensa, é possível que o NSC aponte caminhos, ajuda focar o que se quer, até no sentido do planejamento cotidiano da unidade, na racionalização dos recursos, por exemplo, os medicamentos que devam ser priorizados na unidade. Ao mesmo tempo em que se tem esta visão geral da unidade, é possível também pensar em temas específicos, acender “sinais de alerta” prevendo, por exemplo, programas para enfrentar os problemas identificados:

...você tem uma visão da população, um apanhado geral, mas ao mesmo tempo você vê aquele problema específico, você identifica melhor e tem um programa estruturado pra aquilo lá, eu acho que isso facilita muito[...]coisa que não teria se não tivesse esse tipo de organização[...]facilita bastante.

Não acham que exista muita “novidade” no que se faz hoje, comparando-se com o período pré-núcleo. Por exemplo, relatórios de mortalidade sempre existiram na rede. Detalhados, com todas as causas, faixas etárias, endereço. A diferença é que o NSC tem um “olhar direcionado” mais atento para cada área e micro-área de cada equipe e existe um maior potencial desses dados interferirem realmente no processo de trabalho das equipes, pensando estratégias e direcionando o fazer coletivo e individual.

As dificuldades para desenvolver o trabalho do NSC já foram apontadas anteriormente, quais sejam, a instabilidade – várias coisas começam e não acabam – e a difícil lida com os dados. Tudo que fazem parece “pouco formalizado”, pouco sistematizado, pouco analisado: “‘Ah, todo mundo tabula dados? Todo mundo analisa tudo? Todo mundo tem tudo na ponta do lápis?’ Não, não tem!”

Queixam-se de quem ninguém nunca foi lá para ensiná-los a fazer isso. Se não tiver alguém mais experiente em trabalhar com informação na unidade, pode ser que os ânimos esfriem, pois ninguém possui este hábito de escrever, registrar, apesar dos esforços do grupo. Como estão sempre “engolidos” pela rotina estas tarefas parecem muito árduas. Mesmo assim vão continuar a perseguir esse “sonho” de chegar o dia do NSC poder dizer para cada equipe: “‘olha, na tua área aconteceu isso, isso, isso’...”.

O momento da entrevista serviu como reflexão, para “dar uma acordada” no grupo.

4.6- Núcleo de Saúde Coletiva 5: a re-significação das campanhas de saúde pública: em busca da identidade e da melhor forma de operar

O CS sempre desenvolveu ações coletivas em parceria com a comunidade, principalmente com o Conselho Local de Saúde. Exemplo disso eram as atividades da Semana do Meio Ambiente ou ações de prevenção de dengue. Em 2001 quando da implantação do Paidéia houve um “estímulo” muito grande do Distrito para que se implantasse o NSC, no sentido de “executar” o Projeto. As primeiras reuniões aconteceram em maio de 2002 e este “núcleo inicial” foi formado por pessoas interessadas e aquelas convidadas pelo coordenador, as que ele achava ter ‘perfil’. A participação foi definida, então, pelo critério de “convite e vontade de participar”. O grupo ficou muito grande, o mesmo fenômeno ocorrido com o colegiado gestor, o que dificultava o “cruzamento de agendas” e a operacionalidade do arranjo. Algum tempo depois reviram este critério e reformularam o núcleo.

Os critérios de composição do “núcleo novo” foram, então, a representação por equipe e a categoria profissional, para enxugar um pouco o grupo, facilitar o diálogo com as equipes e ainda garantir o “olhar de especificidade”, tanto para o crescimento profissional quanto para a contribuir com o NSC cada um dentro do seu núcleo de saber. Sete pessoas do núcleo inicial se mantiveram no núcleo novo. Este é composto por um generalista – que está negociando a saída do núcleo – um dentista, um enfermeiro, um

auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários, cada um representando uma equipe de referência. Tem participado também das reuniões uma profissional de enfermagem, responsável por algumas das atividades da vigilância, a ‘moça da vigilância’: “cuida da burocracia da vigilância é mais fácil ela vir, ta participando[...]papelada, vigilância, os casos, sabe...pra interagir nas questões do núcleo”.

As reuniões são quinzenais, com duração em torno de duas horas. Às vezes “falha” uma reunião ou outra, quando surgem incêndios ocasionados geralmente pela falta de recursos humanos. O NSC se reúne de forma extraordinária quando surgem novos eventos ou casos, surtos que mereçam uma ação imediata. Quanto à interface com os outros coletivos da unidade, avaliam que a relação é boa. Há pessoas do NSC que também participam do colegiado gestor, a comunicação com as equipes também é ágil, sempre tem pauta para o NSC. Os agentes também se sentem representados. Estes sempre discutem os temas prioritários levantados nas discussões do NSC ou colegiado gestor, por exemplo, o que fazer com os casos de tuberculose, como cuidar dos pacientes, no serviço e na residência. Acreditam que a informação chega “pro total dos agentes”:

...sempre se avisa, sempre se passa aquilo que aconteceu, sempre se corre atrás daquilo que aparece[...]na minha área tem um tuberculoso[...]está com tuberculose e não vem na unidade, aquele problema total...ele está infestado[...]todo aquele pessoal daquela região[...]nós somos obrigados a correr atrás dele de várias maneiras, às vezes tem até que levar no Pronto-Socorro, no M.Gatti.

O grupo faz o planejamento das atividades uma vez ao ano e neste momento se define a agenda de eventos e ações do NSC. O calendário oficial de eventos é o ‘gancho’ para as atividades do NSC, ou seja, a partir das campanhas de vacinação de crianças, idosos, amamentação, TB, alcoolismo, tabagismo, dengue, meio ambiente, hanseníase são debatidos estes temas interna e externamente, com as equipes de referência, escolas e a comunidade – as parcerias que existiam continuaram depois da implantação do núcleo. São afixados cartazes, organizadas discussões, palestras, ou às vezes só é “mais direcionado” aquele tema nos vários grupos educativos que já existem na Unidade. Os eventos serviriam como estratégia para se trabalhar dentro e fora da Unidade, tendo como ganho secundário a discussão de outros temas, como a capacitação da equipe, a articulação desta com outros

setores do território. O NSC é também responsável pela organização das campanhas de vacinação.

Em relação a um desses “temas secundários”, a capacitação do NSC e da equipe do CS como um todo, não conseguiram dar conta da tarefa como haviam planejado. A capacitação seria em serviço, estudando um caso por reunião e os temas escolhidos foram TB, dengue e hanseníase. Em seguida seriam organizadas oficinas de discussão com a equipe do CS. A avaliação é que cumpriram em parte esta meta, na medida em que conseguiram discutir alguns destes temas com as equipes de referência, modificando um pouco o plano original. Aproveitaram algumas capacitações organizadas pelo Distrito ou pela CoViSA, por exemplo, DST/AIDS, Tuberculose, definindo anteriormente o compromisso dos profissionais capacitados – geralmente generalistas ou enfermeiros – em capacitar as equipes de referência. O NSC organizou protocolos e colocou em pastas para cada consultório ou salas de acolhimento com os temas trabalhados, contendo os fluxos atualizados de tratamento e vigilância epidemiológica daqueles agravos:

...alguma coisa nós fizemos[...]algumas capacitações não consegui fazer na equipe geral, mas algumas a gente conseguiu fazer nas equipes de referência[...]se não consegue trazer pra equipe geral, monta protocolo[...]e assim todos os fluxogramas, todas as reuniões, todas as capacitações nós fizemos assim pra ficar mais fácil[...]pra visualizar.

O tema da capacitação será novamente tratado no planejamento para 2005, há a necessidade do NSC capacitar-se e na medida que estiver capacitado, articular-se melhor interna e externamente.

Apesar do planejamento das ações, acreditam que ainda não estruturaram uma proposta de trabalho para o grupo e uma lacuna importante é a percepção que usam pouco a informação para a tomada de decisões. Avaliam que o NSC precisa se apropriar mais do conhecimento das “fontes de informação, dos indicadores” e oferecer esse conhecimento para o restante da equipe. Durante este período o que produziram foi uma planilha na qual separaram as principais causas dos óbitos, por sexo e faixa etária – agrupados em menores de 15 anos, menores de um ano e outros grupos etários – para facilitar a visualização dos

óbitos por equipe de referência. O coordenador recentemente descobriu que há uma forma mais fácil de acessar os bancos de dados de nascidos vivos e mortalidade através do TABNET. Aprendeu isso na capacitação dos gerentes, realizada a partir de agosto de 2004 pela SMS. Outro instrumento que trabalharam nas reuniões do núcleo foi o SV2, este sim um instrumento valorizado pelo grupo: “por exemplo, a pasta da E. (a moça da vigilância) não é informação?”.

Outra informação que produzem, mas que é pouco disseminada e pouco utilizada pelo NSC é a cobertura vacinal, elaborada mensalmente pela auxiliar de enfermagem do núcleo de saúde coletiva: “cobertura vacinal[...]eu faço um gráfico mês a mês (na vigilância) para ver como está a cobertura[...]trouxe só os últimos[...]fica atrás da minha porta!! (risos) único lugar que tem na minha sala”.

Como rotina, os representantes das equipes de referência que compõem o NSC traziam as fichas de óbito menores de um ano de cada equipe para discutirem como entender melhor os dados, mas também as estratégias de intervenção a serem adotadas por equipe. Foi aí que surgiu a idéia da planilha de óbitos. Apesar desta avaliação de que se utilizam poucos dos dados produzidos isso não significa que haja falta de direcionamento das ações. Acreditam que há coisas mais óbvias, outras que necessitam de um maior “refinamento”, estabelecimento de algumas análises, relacionar os óbitos com as causas, avaliar se poderiam ser evitáveis, ou outras análises e, isso eles fazem muito eventualmente. O diagnóstico da situação de saúde da unidade também não é feito formalmente, ou seja, não há uma elaboração mais coletiva dessas informações. Eles conhecem as doenças mais prevalentes, o impacto disto na assistência, mas “na informalidade”.

Já o SV2 é um instrumento bastante utilizado. Chegaram a experimentar a “descentralização” do impresso para as equipes de referência. Isto foi no período da epidemia de dengue, como forma de ampliar a suspeição¹⁴ e a sensibilização dos profissionais para a notificação de qualquer caso de febre. Chegaram a tirar o SV2 do livro, disponibilizando-o em forma de painel, no qual todos tinham acesso para colocar os casos

¹⁴ Existe uma fórmula para se calcular a suspeição, ou seja, o número de notificações que se espera de acordo com o número de habitantes de um determinado local; é um indicador da qualidade do programa de controle da doença. Fonte: PEA, Programa de erradicação do *Aedes Aegypti*, Brasil, Ministério da Saúde.

suspeitos: “nós criamos um painel para gente monitorar de perto, pra não ‘comer bola’ com aqueles casos”.

Voltaram atrás porque alguns acreditaram que informações valiosas poderiam se perder. O coordenador acredita que a experiência da descentralização não deu certo, pois a forma talvez não tenha sido a melhor, a idéia não foi apropriada pela equipe, “passou na marra, mas não virou”, um assunto que foi muito polêmico. Mesmo assim alguns continuam acreditando que se deva incentivar a notificação por parte de todos os profissionais, tirar um pouco da mão dos médicos e do pessoal de enfermagem. Outra proposta que têm para maior valorização do SV2 é a utilização deste para registro dos resultados alterados de citologia oncótica. Em relação à TB foi combinado abrir um livro separado para os suspeitos, para acompanhar melhor quantos casos entraram no mês, e só registrar em SV2 os casos confirmados.

As DSTs, os desnutridos, as suspeitas de dengue no SV2, e colocamos se é positivo ou negativo na frente, tudo que é interessante[...]agora uma coisa que a assim, a gente identificou e precisa colocar é os papanicolau que vem, a gente tem livro separado deles[...]interessante colocar lá, tem uma proposta de mudar isso também.

O grupo conhece bem os fluxos da vigilância epidemiológica da maioria dos agravos sob notificação, pelo menos aqueles mais freqüentes na unidade. A notificação e o preenchimento da ficha fica a cargo dos médicos e da ‘moça da vigilância’ e as atividades de investigação e controle são assumidas pelas equipes de referência, principalmente enfermeiros e os agentes comunitários:

...vamos supor: um caso de hepatite, chega um resultado alterado lá, na mão do médico, o médico atende, procura a E.(moça da vigilância), daí ela preenche toda a papelada junto com o médico, a parte dela, a parte do médico, faz a notificação, se é preciso investigação, chamar comunicante aí a E. vai chama o agente responsável por aquela equipe de referência, por exemplo, da equipe amarela, vai fazer visita junto, chamar os comunicantes[...]se precisa fazer alguma ação na casa, de orientação aí sai ela, sai a enfermeira, mas ela fica responsável por preencher.

As atividades mais burocráticas da vigilância são de responsabilidade da ‘moça’, mas existe “rodízio”, também como forma de garantir que outros profissionais saibam o que fazer em relação à vigilância no caso da ausência da ‘moça’. Acreditam que a burocracia da vigilância é difícil e a organização é fundamental para não ocorrer perda de prazos nas coletas de exames ou causar algum prejuízo às ações de controle de doenças. Quando existem informações incompletas, o Distrito cobra, há um “feed-back” pra que se reprocessasse a informação.

Toda essa papelada da vigilância, é burocrático! Tem prazo pra entregar pra devolver, o resultado do exame vai lá[...]então a gente tem que deixar fixo uma pessoa responsável pela vigilância[...]o responsável assim pra passar os dados, mas pra registrar, pra controlar a entrega de prazo por escrito, receber, arquivar em pastas, cada um na sua pasta ter alguém responsável, pra não ta perdendo os dados.

Relataram uma experiência vivida recentemente com um caso de óbito por doença meningocócica em uma criança pequena, que sensibilizou toda a equipe do CS e colocou “todo mundo vigilante”. A equipe que fez a visita, mesmo penalizada, teve que obter informações importantes da mãe, como, por exemplo, a lista de convidados da festinha de aniversário que a criança freqüentara, para uma provável realização de um bloqueio através da quimioprofilaxia¹⁵ dos comunicantes. Esse caso foi muito bem sucedido, segundo eles, do ponto de vista da articulação interna do NSC com as equipes, com o Distrito e com outro Distrito da cidade, no qual residiam outras pessoas envolvidas na investigação do caso, e assim evitar o aparecimento de novos casos. Mesmo sem saber direito como fazer no início, eles se reuniram e organizaram tudo de forma muito ágil. Outra experiência positiva que tiveram foi com a vigilância das doenças exantemáticas, o Projeto VIGIFEX¹⁶, no qual o CS obteve um dos melhores desempenhos na região do Distrito e também da cidade. Desta forma, acreditam que o NSC contribuiu com o Distrito

¹⁵ Tratamento profilático com o antibiótico rifampicina para os comunicantes íntimos de um caso suspeito de doença meningocócica (meningite ou meningococcemia). Fonte: CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde - SP

¹⁶ VIGIFEX - sistema piloto implantado em Campinas, de vigilância das doenças febris exantemáticas, como parte do Projeto de Erradicação do Sarampo nas Américas. O Projeto envolve o município, o Estado (CVE), Ministério da Saúde e OPAS. Fonte: BARROS (2004).

e com a vigilância municipal no que diz respeito ao cumprimento das metas do referido Projeto.

Como avanços do NSC identificam principalmente a forma de trabalho, ou seja, as ações coletivas desenvolvidas no território antes do NSC não eram tão “pactuadas e tão articuladas” como agora. Essas ações eram geralmente centralizadas na pessoa do coordenador ou do enfermeiro. Com o núcleo “mudou essa referência”, existe um grupo maior que ajuda o coordenar e articular tudo isso “para dentro e para fora”.

Como dificuldades, algumas já foram apontadas antes, por exemplo, a necessidade se utilizar mais das informações, sistematizá-las e analisá-las, para ajudar na tomada de decisões. Nesse sentido acreditam que se deva buscar maior ajuda do Distrito, principalmente para desenvolver algumas habilidades para se trabalhar com informação, com epidemiologia: “a gente ta nesse patamar ainda, ainda com dificuldades de entender seu papel, com dificuldades de utilizar as fontes de informação que tem na unidade e operar a partir dela[...]núcleo tem que se capacitar melhor” .

Outros acreditam que eles já dispõem de muitos instrumentos e dados para avaliar o trabalho, o que falta é tempo. Alguns têm que levar trabalho para casa. Há também um excesso de tarefas: “sabe, pra poder fazer um levantamento, porque cada instrumento que a gente tem, às vezes não tem como fazer, às vezes não dá tempo[...]muita coisa, muito grupo, a gente acaba se perdendo[...]recursos humanos, né?”.

Quando fazem com calma descobrem coisas importantes, por exemplo, descobriu-se que o maior número de adolescentes grávidas não era de um bairro onde se suponha anteriormente. Isto pode ser determinante do ponto de vista do investimento nas ações educativas. Queixam-se também de outro item, o material básico para o trabalho do núcleo, tinta de impressora, papel para confecção de cartazes, cartilhas, entre outros. Outro fator que às vezes contribui para a sensação de sobrecarga é a demanda vinda do Distrito. Açam que a equipe distrital trabalha de forma fragmentada, com muitos especialistas cuidando de assuntos diversos, e às vezes, várias pessoas cobram do NSC coisas diferentes, todas geralmente com prazos apertados:

...às vezes aqui, das nossas propostas vem muita coisa do Distrito[...]cada parte do Distrito lá cuida de uma parte, um cuida de TB, outro cuida da dengue, outro cuida de não sei o quê[...]entende?Tem uma proposta e as vezes eles despejam tudo aqui, de uma vez e tem que dar prazo[...]e a gente fica louco pra dar contar e articular, né? É difícil isso!

Outro item já identificado antes é a falta de profissionais para fazer o trabalho. Isso traz uma dificuldade adicional, agregada à busca de identidade e reconhecimento nesse novo papel de ser do núcleo de saúde coletiva ao mesmo tempo em que se é um profissional com um núcleo de saber específico e ter as respectivas responsabilidades da tarefa 'primária'. Às vezes é complicado "transitar" nesses dois aspectos da atuação profissional, principalmente quando o cobertor é curto:

...não somos só núcleo de saúde coletiva, somos dentistas, somos cobrados; somos auxiliares de enfermagem, somos cobrados; somos agentes, somos coordenadores, somos cobrados[...]to dizendo isso dessa dualidade de ser uma categoria, ser uma função, exercer um papel e um dado momento estar num outro grupo em outro papel e perceber que esse caminhar não foi tranqüilo em várias funções[...]às vezes a S. não pode participar porque ela é a única dentista lá cobrindo aquele horário[...]aquilo que disse no começo, as vezes não sai redondinho...

Ao mesmo tempo em que se tem vontade, desejo e busca-se o compromisso com esse novo papel, há um "contexto maior", para além do NSC, o dificultador desse exercício. Dessa forma acreditam ser necessária uma organização que dê conta desse desafio, de exercer essa dupla função. Neste sentido acham que têm que fazer encontros para falar sobre esse assunto, de como se estruturar, elaborar um processo de trabalho melhor para o núcleo. Pensam em pedir ajuda ao Distrito para essa discussão. Foi lembrado o Seminário de Vigilância realizado em 2004 (**referido no cap. 3, p. 123**) para discutir o modelo de vigilância do município e fica a pergunta: será que o melhor é se estruturar para trabalhar em cima de algumas prioridades definidas previamente, por exemplo, dengue e tuberculose naquela região? Ainda não sabem direito como vão fazer. Estão em busca de respostas.

O núcleo ainda é um grupo em busca de uma identidade, estão construindo um projeto de núcleo de saúde coletiva. Acreditam que a “potência” vem do trilhar o caminho. Às vezes “é mais lento”, mas vai disseminando a articulação e a informação. Não fica centralizado “só com um indivíduo”, é um esforço coletivo.

Para facilitar posteriormente a discussão serão apresentadas a seguir o resumo da pauta de atividades dos NSC e a pauta de regularidades ou seja, os principais temas que surgiram nas entrevistas.

4.7- A pauta de atividades dos NSC

NSC 1

- controle do dengue;
- avaliação da cobertura de citologia oncótica;
- campanha de incentivo à coleta de papanicolau;
- inquérito populacional de citologia oncótica (projeto);
- oficinas para discussão e avaliação de tuberculose, cobertura vacinal e dengue;
- estudo dos óbitos e nascidos vivos;
- avaliação do programa de hipertensão;
- ensaios para avaliação da cobertura vacinal e projeto atual de oficinas abertas com os interessados sobre esse tema;
- oficinas e seminários sobre dengue, avaliação do controle da tuberculose;
- avaliação do programa de controle de hipertensão ;
- territorialização;
- vigilância das casas de repouso (projeto).

NSC 2

- organização da vigilância epidemiológica da unidade;
- territorialização;
- estudo, acompanhamento e intervenção sobre casos notificados de tuberculose, nascidos vivos, recém-nascidos de risco (as intervenções são discutidas com as pessoas das equipes de referência);
- estudo dos óbitos, cobertura vacinal, citologia oncótica, desnutrição;
- atividades da vigilância epidemiológica: notificação, investigação e controle de agravos de notificação compulsória;
- criação de bancos de dados e planilhas para acompanhamento dos óbitos e nascidos vivos.

NSC 3

- capacitação dos componentes do núcleo em alguns temas demandados pelas equipes ou pelo Distrito a partir de situações concretas: hepatite, raiva, controle de morcegos, infestação de pragas (caramujos, escorpiões, carrapatos), imunização, investigação de óbitos infantis, violência doméstica;
- investigação de óbitos infantis (junto com as equipes de referência);
- investigação de denúncias de violência doméstica contra crianças e adolescentes;
- controle do dengue;
- ações intersetoriais;
- campanhas educativas: AIDS, higiene corporal;
- grupos educativos sobre alimentação saudável dirigido a hipertensos, diabéticos, famílias de desnutridos, mulheres no climatério, deprimidos;

- trabalho com os dados produzidos pelas equipes e apresentação dos mesmos no colegiado gestor e em painéis (dados de citologia oncológica, câncer bucal, cobertura vacinal, doenças de notificação compulsória, pré-natal, entre outros)
- análise e disseminação da informação com participação nas reuniões de equipe (projeto atual).

NSC 4

- controle do dengue;
- levantamento de dados por equipe de referência relativos a: dados demográficos, produção de consultas, nascimentos, óbitos, entre outros;
- estudo dos óbitos, com periodicidade semestral para avaliação de risco para algumas patologias, principalmente cardiovasculares e neoplasias e direcionar ações, como por exemplo, dois projetos em andamento: o Sala de Espera e outro de intervenção para redução de riscos e situações de gravidade em pacientes hipertensos e diabéticos;
- estudo das DNV e intervenção sobre os casos (junto com as equipes de referência);
- visitas domiciliares a parturientes e RN (estímulo ao aleitamento, imunização e revisão pós-parto).

NSC 5

- controle do dengue;
- atividades de educação em saúde dirigidas às escolas e aos usuários do CS e discussão com as equipes de referência, a partir dos temas demandados pelo calendário oficial, a saber: campanhas de vacinação, tuberculose, tabagismo, amamentação, alcoolismo, dengue, meio ambiente, hanseníase
- planejamento de capacitação dos profissionais do NSC e da equipe da unidade nos temas: dengue, tuberculose e hanseníase (projeto cumprido em parte)

- elaboração de protocolos e fluxos a partir de capacitações realizadas pela vigilância distrital ou municipal para os seguintes agravos: tuberculose, DST e repasse de informações à algumas pessoas das equipes de referência.
- Descentralização do SV2 para as equipes de referência por ocasião da epidemia de dengue;
- Coordenação do controle de agravos de notificação compulsória;
- Organização das campanhas de vacinação;
- Elaboração de planilha para controle dos óbitos por equipes de referência e discussão das intervenções.

4.8- A pauta de regularidades

- 1) necessidade de capacitação ou formação para os profissionais dos NSC pois é um arranjo que opera um conjunto de tecnologias específicas na área de epidemiologia e informação em saúde;
- 2) NSC deve ser um arranjo mais estruturado, com sanitaria fixo, ou um arranjo mais fluido; outros recursos necessários para garantir estrutura para o núcleo operar: garantia de agenda, tempo, alguns insumos básicos, como microcomputador;
- 3) a relação com a gestão: interna e externamente; relação interna VISA X apoio em relação aos NSC;
- 4) autonomia dos NSC X direcionamento do trabalho (Distrito X núcleos)
- 5) relação NSC X equipes de referência;
- 6) ações básicas da vigilância X ousadia;
- 7) NSC, os agentes comunitários e o território;
- 8) núcleo do enfermeiro X NSC.

***CAPÍTULO 5- Da Regularidade do cotidiano à
Singularidade do Núcleo de Saúde Coletiva:
uma Discussão a partir do material empírico***

MUDANÇA

*O que muda na mudança,
se tudo em volta é uma dança
no trajeto da esperança,
junto ao que nunca se alcança?*

Carlos Drummond de Andrade
(do livro: “Corpo”)

Este capítulo será desenvolvido na forma de dois movimentos distintos. O primeiro será ordenado a partir da pauta de regularidades, ou blocos temáticos, conforme apresentado no final do capítulo anterior. Aqueles temas foram retrabalhados e transformados em questões, com o propósito de remeter às perguntas e hipóteses formuladas pelo estudo e, desta maneira, facilitar o posicionamento do pesquisador. A separação em questões é também um exercício de organização da discussão, uma vez que estes temas são imanentes entre si. Estas regularidades, ou seja, temas que apareceram de forma regular tanto no grupo focal com os representantes dos Distritos de Saúde como nas entrevistas com os cinco núcleos entrevistados, quando se discute a implantação dos NSC, podem ser explicadas a partir das dificuldades reais para se operar o arranjo NSC, tendo em vista **determinações** e os contextos organizacionais semelhantes entre as unidades. Para além da diretriz de governo, que é posta para todas as unidades, sempre coexistem alguns cenários comuns quando se observa a organização e o funcionamento das unidades, como por exemplo, a composição das equipes e os tipos de profissionais que as compõem, a falta de pessoal e a agenda que não dá conta de todas as tarefas, a falta de tempo, a pressão da demanda, entre outros aspectos, permitem afirmar que, a despeito de cada unidade ser singular no seu funcionamento, ela apresenta restrições e regras institucionais que são comuns às demais. Pode-se dizer, em resumo, que as unidades ficam parecidas entre si, apresentam regularidades porque estão submetidas a determinações comuns.

O segundo movimento diz respeito às singularidades, perceptíveis para além das regularidades, que emergem da trama da “micropolítica” do trabalho em saúde, no espaço também singular de cada Unidade. Esta singularidade nasce a partir da busca de identidade, de uma certa forma de fazer, o que conforma uma prática também própria. A

identidade coletiva e um certo jeito da equipe exercitar sua **autonomia** é que permitem apontar, como achado central desta investigação, que estaria ocorrendo a emergência de um novo **sujeito coletivo** (SADER, 1988), a “gente do núcleo”, como expressado por um dos entrevistados, com uma **matriz discursiva** própria, diferente daquela dos sujeitos especialistas da Saúde Pública ou da Saúde Coletiva.

Antes da apresentação das questões formuladas, a título de introdução, serão feitos alguns comentários gerais a partir da leitura do material empírico.

A implantação dos Núcleos de Saúde Coletiva no SUS Campinas é uma experiência ainda em curso, em fase de consolidação, quando se considera a existência do referido arranjo na maioria das Unidades Básicas de Saúde do município, conforme apresentado no **Quadro 1** (ver pág. 116). Do ponto de vista deste estudo, ao se levar em conta os aspectos qualitativos da experiência, é possível afirmar o quão desafiadora tem sido esta prática para os sujeitos envolvidos.

Tendo como referência os documentos oficiais da SMS sobre as atribuições dos NSC, é possível dizer que a realidade cotidiana ainda está distante do ‘ideário’ construído pela direção da Secretaria. Pelo menos no que diz respeito a três aspectos importantes: a organização e produção de dados, realização de análises e disseminação da informação; o apoio técnico e operacional às equipes de referência, matriciando-as e promovendo a articulação das ações coletivas interna e externamente à Unidade de Saúde, contribuindo inclusive com a organização de um sistema hierarquizado de vigilância em saúde no município. Por último, o conhecimento detalhado do território, seus problemas, riscos e recursos disponíveis, colaborando com a tomada de decisões junto às equipes de referência, acerca das intervenções necessárias nas áreas de abrangência das equipes e da Unidade como um todo, de preferência em conjunto com a comunidade.

O material do grupo focal deste estudo construído pelos apoiadores e coordenadores de VISA distritais e as proposições do estudo de NASCIMENTO (2004) compartilham, em grande medida, com o referido ‘ideário’.

A distância apontada no parágrafo anterior, da realidade em relação ao ideário deve-se, de um lado, ao curto período de tempo da experiência e, por outro, pelas indefinições ainda presentes sobre o papel dos NSC e as dificuldades para operar o arranjo, em particular o fato do NSC acumular um duplo papel: ser executor, posto que é formado por profissionais componentes das equipes de referência, portanto com responsabilidades no seu núcleo de saber e atuação específicos, ao mesmo tempo em que matricia ou funciona como apoio às equipes de referência.

Mesmo sem conseguir realizar plenamente o ideário formulado pela Secretaria Municipal de Saúde, o que se observa é uma busca incessante da melhor maneira de fazer e de acertar, o que pode ser constatado pela presença em todos os núcleos de propostas de recomposição e reformulação dos seus projetos. Sem desconsiderar a importância do referido ideário na implantação dos NSC, porém, levando-se em conta a pauta atual de atividades e a dinâmica dos núcleos estudados, talvez eles se aproximem mais da formulação feita por MATTOS (2004), que é um dispositivo dentro de um processo coletivo de trabalho que permite oferecer, para além de ações demandadas pela própria população, dentro de uma “experiência individual de sofrimento”, também ações voltadas para a prevenção. Ou seja, são “profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano” (MATTOS, 2004).

Como cumprir com a tarefa de se implementar as diretrizes do modelo de atenção, sem atropelar e ao mesmo tempo estimular e respeitar o ritmo e a priorização estabelecida pelas equipes? O que de fato muda com a implantação dos NSC? Alguns exemplos concretos, ‘pinçados’ dos depoimentos dos entrevistados, talvez possam ajudar nesta reflexão. Uma auxiliar de enfermagem e uma ginecologista que aprenderam a fazer um cálculo de cobertura de CO, analisaram este indicador, compreenderam a importância disso para a prática dos profissionais da unidade e os ganhos para os usuários e, além disso, poder compartilhar essa informação com demais pessoas das equipes, propor medidas para superar uma cobertura baixa. Ou ainda, uma pediatra preocupada em estimular os outros profissionais médicos a notificar os agravos relevantes para a vigilância da unidade básica; ou ainda agentes comunitários de saúde interessados em que as informações

epidemiológicas sejam valorizadas pelos profissionais de suas equipes, para conhecerem mais sobre a situação de saúde da região e melhor direcionar as ações, são exemplos de uma mudança de enfoque no processo de trabalho, com potencial para interferir na maior integração entre a clínica e epidemiologia e, conseqüentemente, conseguir uma atenção mais integral do cuidado e da atenção em saúde.

AS REGULARIDADES

Os oito temas (as regularidades) apresentados no final do capítulo anterior tornaram-se cinco questões, a saber:

- Qual deve ser o saber específico do NSC?
- Qual deve ser a estrutura do NSC?
- Qual relação a gestão deve estabelecer com o NSC e qual deve ser o grau de autonomia deste arranjo?
- Qual relação o NSC deve estabelecer com as Equipes de Referência?
- Qual deve ser a estratégia do NSC para conciliar as atividades tradicionais da vigilância epidemiológica com as outras ações coletivas?

Questão 1

Qual deve ser o saber específico do NSC?

O NSC é um arranjo que opera um conjunto de tecnologias “leve-duras” (MERHY, 1997) do campo disciplinar da epidemiologia e informação em saúde e, mais especificamente, os profissionais dos núcleos deveriam dominar minimamente as Tecnologias da Informação (TI). Qualquer que seja a estrutura do NSC, com a presença do especialista em saúde coletiva ou não, é inegável a necessidade da formação e capacitação nestes saberes específicos, conforme apontado por todos os NSC e pelos representantes dos Distritos de Saúde.

Um dos núcleos questionou se o Distrito tem realmente noção da lacuna existente acerca destes conhecimentos, principalmente as TI, entre os profissionais membros dos NSC. Outro se queixou da ausência de apoio para esta temática, ninguém os ensinou a “lidar com dados”; alguns se ‘viraram’ e estão achando a saída com a presença do especialista, o sanitarista, pois consideram que este assunto é a “praia deles”. Um dos NSC contou com o apoio pontual do Distrito e, o último pretende pedir ajuda à equipe distrital para obter maiores conhecimentos acerca de epidemiologia e informação. A necessidade se traduz, ao que parece, em uma formação em serviço, através do apoio cotidiano dos especialistas, sejam eles do Distrito ou do nível central da Secretaria de Saúde, mais do que capacitações esporádicas sem aplicação na prática dos NSC, talvez na linha da educação permanente (BRASIL, 2004).

Qualquer que seja o caminho adotado em relação à formação e capacitação dos NSC sobre as questões da epidemiologia e da informação em saúde, é importante se levar em conta um aspecto paradoxal que este tema suscita. Se forem tomadas como referência as concepções da epidemiologia e da informação em saúde na “intimidade” local, conforme sugeridas por DRUMOND JR (2003) e FIALHO JR (2004), os NSC praticam e exercitam aquela epidemiologia. Explicando melhor, a partir da análise da pauta de atividades, percebe-se que uma das principais tarefas dos NSC é o trabalho com dados e informações, principalmente aquelas relativas à mortalidade e nascidos vivos. Fazem-no usando e abusando dos dados brutos, utilizando-se de eventos sentinela, fazendo a releitura dos bancos de dados oficiais ou não, de forma mais “caseira”, avaliando e intervindo sobre casos concretos, aproximando-os da realidade de cada área e micro-área das equipes de referência. E mais, o uso dos dados disponíveis parece trazer segurança ao apontarem como avanços, a partir da implantação dos NSC um “norte”, não andam mais “no escuro” ou ainda, o conhecimento da “situação da saúde da nossa unidade”. Ou seja, o tipo de informação disponível tem permitido às equipes direcionar algumas ações consideradas relevantes pelas Unidades. Em suma, apesar da apontada limitação das pessoas para o uso das ferramentas da epidemiologia e da informação em saúde, principalmente no que diz respeito à dominar algumas tecnologias, os NSC têm se apropriado de alguns dados produzidos pelas equipes e trabalhado com esta temática no limite de suas possibilidades, com alguns resultados satisfatórios.

Onde reside a sensação de insuficiência então? Parece estar localizada no campo da necessidade de se aprimorarem em relação aos instrumentais da epidemiologia e da informação para desempenhar a contento aquele papel assessor, de matriciar e ser referência técnica para as equipes e o coordenador, no que diz respeito à ‘alimentá-los’ – no dia-a-dia ou nos momentos dos planejamentos ou avaliações destes – com dados e informações e, dessa forma, contribuir na definição das intervenções. Essa insuficiência parece sinalizar também um desejo de aprender como trabalhar, de maneira mais apurada, com a apresentação dos dados do ponto de vista gráfico. E ainda, tornar essa “lida” com os dados uma prática menos sofrida, sem ‘quebrar tanto a cabeça’. Para este aprimoramento, o foco parece estar na organização, sistematização e análise dos dados. A disseminação das informações tenderia a estar mais relacionada à gestão do processo de trabalho e não meramente a um aspecto técnico ligado à informação em saúde.

Outra percepção advinda desta temática é uma certa sensação de inferioridade das pessoas dos NSC em relação ao trabalho que realizam com dados e informações, na medida em que acreditam que ele não seja “com método, certinho”, ou ainda que “ficam patinando, não sai muito do lugar”. É como se existisse um ‘glamour’, um mito acerca do método, um ritual restrito a poucos iluminados, no qual se poderia aplicar um tratamento adequado aos dados para que se tornassem, enfim, “fontes de informação, indicadores”. DRUMOND JR (2003) já se referia ao risco do “fetiche” exercido pelo método epidemiológico. O método epidemiológico e as TI são fundamentais para os que se dispõem a trabalhar com informação em saúde. O que parece ser necessário focar, ainda sobre a formação dos NSC quanto à epidemiologia e informação, são três questões: em primeiro lugar, a urgência em desmistificar a questão do método, o seu papel assessor em relação ao conteúdo do que se espera obter com o trabalho com dados e informações. Em decorrência disso, o segundo movimento deveria ser no sentido de se esclarecer conceitos, como, por exemplo, o que são indicadores – mais do que explicitar os mais tradicionalmente utilizados ou os que podem ser construídos é fundamental definir a sua finalidade e utilidade no processo de trabalho com epidemiologia e informação – ou ainda, esclarecer quais as fontes de informação já disponíveis, como acessá-las, qual a finalidade de se criar um banco de dados, em que situações isto deve ocorrer. E, por último e, acima de tudo, conhecer, valorizar e divulgar o que já está sendo produzido pelos NSC.

Finalmente, deve-se ficar atento para uma tendência, observada em alguns NSC, em se produzir dados ou fazer uma “estatística tremenda” – algumas atividades realizadas com certo grau de sofisticação, porém de difícil operacionalização, como por exemplo, o inquérito populacional amostral acerca de cobertura de citologia oncótica – e o risco de não se desencadear nenhuma ação a partir desses levantamentos, ou seja, perde-se o sentido da informação em saúde e deslegitima-se o trabalho do NSC.

Nunca é demais lembrar e ressaltar a importância de se promover debates, sempre que possível, sobre o uso da epidemiologia e da informação em saúde com as equipes de referência, os NSC, os gestores locais, distritais e da Secretaria como um todo, até para se evitar uma tendência observada por FIALHO JR (2004) de fragmentação das práticas e dos serviços. No nível local, o uso da informação não deve ser, em hipótese alguma, exclusividade do NSC, apesar do seu papel chave em relação a este tema. A informação é gerada em todos os espaços do sistema de saúde e como tal deveria ser apropriada o mais possível por aqueles que a produzem, posto que ela é uma ferramenta do trabalho em saúde. Neste sentido, o espaço do NSC é mais um espaço, privilegiado sem dúvida, para se conhecer a realidade de saúde e doença. Este conhecimento da realidade nunca estará acabado, ele é um ‘mix’, um entrecruzamento entre várias informações, oficiais ou não, sensações que devem ser avaliadas, estudadas para se conseguir maior clareza e alguma direção para o trabalho em saúde. Apesar das limitações, os NSC estudados têm demonstrado que não são periféricos nesta discussão.

Questão 2

Qual deve ser a estrutura do NSC?

O arranjo NSC foi concebido como um Espaço Coletivo (CAMPOS, 2000b) e, segundo NASCIMENTO (2004) deveria ser instituído de forma permanente, uma vez que as “ações coletivas não cessam”. Os documentos oficiais recomendavam a representação de todas as equipes de referência entre seus membros, de preferência composto por profissionais de várias categorias, de forma a possibilitar a troca de experiências e contemplar a multiplicidade de saberes dos profissionais da unidade. Os documentos apontavam, ainda, por um lado, a destinação de parte da carga horária semanal dos

participantes para as atividades do NSC e, por outro, a presença de um profissional especialista em saúde pública ou saúde coletiva com carga horária fixa para o NSC. A sugestão de NASCIMENTO (2004) sobre este último item é que este profissional especialista pudesse matriciar uma ou mais UBS. Com pequenas variações em sua composição, os núcleos estudados tentaram seguir as recomendações sugeridas.

O principal aspecto apontado pelos entrevistados sobre esta questão da estrutura diz respeito ao NSC ser um arranjo mais estruturado ou mais ‘fluido’ dentro da Unidade. Mais estruturado significa ter um especialista fixo, com a responsabilidade de coordenar as atividades. Os representantes distritais chegaram a indicar como ‘critério de qualidade’ dos NSC a presença do sanitarista. Dois outros núcleos também destacaram a importância deste profissional na equipe, o primeiro ressaltando o quanto o sanitarista foi essencial na organização do arranjo e o segundo valorizando a sua chegada no sentido de dar mais oficialidade àquele NSC. Ser mais ‘fluido’ significa não ter ninguém fixo, ou seja, ser um arranjo mais virtual, no qual as pessoas continuam tendo suas tarefas primárias, com as reuniões regulares, semanais ou quinzenais, sendo possível entre uma reunião e outra desenvolver aquelas atividades consideradas essenciais ou estratégicas para a continuidade do trabalho do NSC. Difícil abordar esta questão sem remeter imediatamente a duas outras: o que se espera do NSC, ou seja, qual o seu papel e quais os saberes devem estar envolvidos com a sua prática.

Em relação ao tipo de saber, em parte já foi discutido na questão 1. O núcleo deve operar um saber específico dos campos da epidemiologia e informação em saúde e, obviamente, conhecer e operar com outros saberes não específicos do NSC, como por exemplo, as práticas da vigilância em saúde – além da vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância ambiental – educação em saúde, a clínica, estatística, entre outras (FIALHO JR, 2004; NASCIMENTO, 2004). Nesse sentido, ao se considerar o saber específico da epidemiologia e informação em saúde, a presença do especialista no NSC seria um ganho, pois sua grade curricular já contempla estes saberes específicos. Porém, ser especialista não é garantia de habilidade para exercitar aqueles saberes. Por outro lado, poder formar em epidemiologia e informação em saúde outros profissionais interessados e tradicionalmente mais envolvidos com a clínica, como

médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem e enfermeiros também é um ganho para a equipe, sob o ponto de vista da satisfação para o trabalhador em saúde e sob o ponto de vista ético, pois se torna um exercício concreto de democratização do saber e da informação. É a epidemiologia influenciando e sendo usada em serviço sem ser por epidemiologistas ou especialistas.

Ao se considerar o papel ou o que se espera do NSC, ao que parece, depende muito da complexidade da unidade de saúde, dos tipos de problemas a serem enfrentados e as escolhas tecnológicas feitas pela gestão e pela equipe para operar o processo de trabalho. Dentro desta perspectiva cabe também definir se o NSC terá características mais executoras ou mais assessoras. As vantagens em poder contar com um especialista fixo podem ser: maior disponibilidade de tempo para articular reuniões, principalmente se a unidade de saúde opta em desenvolver um trabalho intersetorial de forma permanente; maior possibilidade de oferecer dados e informações melhor trabalhadas para as equipes de referência; envolver-se mais nos projetos coletivos das equipes; contribuir na operacionalização das tarefas e a interface com o Distrito de Saúde. Dependendo do problema a ser enfrentado o melhor pode ser contar com o especialista do Distrito e não do NSC.

O que se observa a partir dos NSC estudados é uma grande riqueza de possibilidades quando se mesclam vários olhares sobre uma mesma problemática, principalmente a novidade do olhar dos agentes comunitários de saúde, não se constituindo, portanto, em valoração melhor ou pior NSC aquele com ou sem o especialista em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Um risco que se corre com o especialista fixo é uma certa delegação de atribuições a ponto de se configurar a preocupação apontada nos documentos oficiais, nos quais se alertava: “o que é coletivo é do Núcleo, não”. Pôde ser observado em alguns NSC estudados esta tendência de fragmentação das práticas individuais e coletivas quando o arranjo se estrutura em torno da figura do sanitarista, o risco de tornar-se uma “coisa paralela”, podendo se constituir até em uma espécie de “visinha” (pequena VISA), como expressado por um dos entrevistados do grupo focal.

De qualquer modo, o grande desafio continua sendo a dualidade de papéis, ou seja, os participantes do NSC são trabalhadores com atribuições específicas e núcleos de saberes específicos e, ao mesmo tempo, apoiam e matriciam as equipes de referência. O “apoiador matricial” com função de dar suporte técnico de forma horizontal à várias equipes em seu saber específico como apontado por CAMPOS (1999, 2000b, 2003) tem uma grande importância na elaboração de Projetos Terapêuticos e na produção de interdisciplinaridade e da integralidade da atenção (SOMBINI, 2004). Porém, estes apoiadores são pessoas externas às equipes, também com uma função terapêutica quando trazem esse olhar externo, segundo o autor. Exercer esse papel internamente, com a sua própria equipe talvez traga outros componentes que deveriam ser melhor analisados. Recomendável seria discutir essa característica matricial do NSC e atribuir-lhe um papel mais ‘assessor’, ou apenas de apoio, um grupo dentro da UBS que tem responsabilidades mais específicas, no campo da epidemiologia e informação em saúde, porém sem este peso do ‘matriciamento’.

Independentemente da opção feita, do arranjo mais fluido ou mais estruturado, é importante destacar outro aspecto de interface com a gestão que é a produção de atos de saúde (MERHY, 2002) em consonância sempre com as necessidades dos usuários. Se estiverem claras as finalidades do NSC e pactuadas a sua forma de operar, haverá ganhos advindos para os usuários e trabalhadores. Para aqueles, porque terão a possibilidade de melhores ofertas de ações preventivas e de promoção de saúde. Para estes, por enriquecer sua clínica, conforme apontado por vários entrevistados. Dessa forma, talvez, a partir dessa base comunicativa seja mais fácil tentar superar pelo menos alguns dos inúmeros obstáculos apontados pelos participantes dos NSC em relação a sua estrutura de trabalho cotidiano como, por exemplo, a falta de tempo, de pessoas, de agenda, de valorização, de equipamentos e insumos, condições básicas para um trabalho de qualidade. E assim continuar a construção desse “agir em saúde” que “fez a diferença”, com uma história de idas e vindas, mas com grande potencial de satisfação. Pelo menos foi este o sentimento de vários entrevistados, maior do que a frustração para aqueles que desejaram se envolver nas questões coletivas como tentativa de sair do isolamento da clínica individual.

Questão 3

Qual relação a Gestão deve estabelecer com o NSC e qual deve ser o grau de autonomia deste arranjo?

Dois temas sobressaem ao abordar esta questão. O primeiro diz respeito ao NSC como analisador¹ da relação entre o apoio institucional e a VISA dos Distritos de Saúde e o segundo trata-se da autonomia dos NSC em relação ao Distrito e internamente à gestão da Unidade.

Em relação ao primeiro item, ao se tomar a VISA como representante da epidemiologia no serviço e o apoio como representante da clínica e, ao se compreender uma das ‘missões’ do NSC como a de tentar integrar a clínica e a epidemiologia na prática das unidades básicas de saúde, essa tensão observada entre a VISA e o apoio institucional na constituição e implantação dos NSC pode ser atribuída justamente pela dificuldade histórica da junção entre estes dois campos de práticas. VILELA (1999) apontava a existência do mundo da vigilância e o mundo da assistência. A fragmentação das práticas existe dentro dos próprios campos, como foi observado, por exemplo, entre a estruturação dos serviços de vigilância na esfera federal, ou como constatado por FIALHO JR (2004) entre os próprios serviços municipais, utilizando-se da metáfora “da avenida” que separa o mundo da Informação e o mundo da SMS. De qualquer modo, esses dois mundos tentam se integrar no dia a dia da gestão dos serviços em um Distrito de Saúde e, mais ainda, no cotidiano das Unidades, nas quais o NSC é um espaço privilegiado para tal empreitada.

Se o NSC é um dispositivo com potência para desencadear mudanças no processo de trabalho e contribuir para a mudança do modelo assistencial, um “espaço de gestão”, como foi expresso por um dos entrevistados, o investimento realizado pela Gestão parece ter ficado aquém do que esperavam os representantes dos Distritos de Saúde, quando afirmam que “a gente pediu pra eles se formarem e a gente não apoiou”. Este sentimento não está necessariamente ligado àquela tensão apontada no parágrafo anterior, mas

¹ Segundo BAREMBLIT (1996) “analisadores espontâneos ou naturais são analisadores de fatos produzidos ‘espontaneamente’ pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade”.

relacionado à forma como os apoiadores e os técnicos das VISAS conduziram seus distintos processos de trabalho no Governo.

O governo municipal iniciado em 2001 trouxe várias novidades, diretrizes com alto poder instituinte, como já apontado no capítulo 4, e o apoiador institucional foi uma delas. Vários destes apoiadores eram antigos supervisores, com outra tarefa política e passaram, naquele momento, por uma transformação muito grande em suas práticas. MOURA et al (2003) destacam alguns dos desafios enfrentados por estes sujeitos, quando da realização de uma intervenção “híbrida” entre análise institucional e gestão ofertada aos apoiadores institucionais: dilema entre o velho e o novo; contradição entre ser governo e ser apoio às equipes locais que, que por sua vez resistiam às mudanças e viam os apoiadores como fiscais do governo; mal-estar advindo dos conflitos na relação com as equipes locais e a coordenação dos serviços; a pressão para promover mudanças em curto espaço de tempo; dificuldade em construir sua grupalidade e assumirem a condição de sujeitos no processo, permanecendo aprisionados na ‘roda viva’ das tarefas; função de apoiadores e gerentes ao mesmo tempo. Várias tarefas da gestão ocuparam a agenda dos apoiadores institucionais, como por exemplo, a constituição das equipes de referência, implantação dos colegiados gestores e dos NSC, a realização das capacitações, estímulo ao fortalecimento do controle social, entre outras (SMS, 2004h). Um outro aspecto ressaltado por um dos entrevistados diz respeito ao conhecimento técnico dos saberes e práticas dos NSC, aparentemente mais afetos às VISAs. Soa paradoxal esta afirmação, pois a maior parte dos apoiadores institucionais da SMS fez especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, ou seja, têm conhecimento sobre epidemiologia e informação em saúde, mas naquele momento foram absorvidos por outra tarefa política, não priorizando o arranjo NSC, ao que tudo indica.

Os sujeitos da VISA, por sua vez, representados pelos Coordenadores das VISAs distritais, o conjunto de trabalhadores técnicos e a equipe do nível central, a CoViSA também foram ‘chacoalhados’ pelas novas diretrizes do governo. Sofreram críticas por parte da alta Direção da Secretaria Municipal sobre o ‘jeito vigilante de ser’, no que diz respeito a fazer vigilância de forma tradicional, ‘velha’, sem protagonismo por parte dos sujeitos, instituições ou comunidades que sofriam suas ações e, ainda, era uma

vigilância concebida para apagar incêndios e realizar ações fiscalizatórias de caráter pontual. Muitos atores da vigilância também concordavam com tais críticas, porém, uma forma de disputar espaço e tentar fazer diferente, foi sem dúvida tomar para si o projeto dos NSC. Por dois motivos, o primeiro em função de uma delegação de responsabilidades do Secretário Municipal à equipe representante da saúde coletiva – saúde coletiva aqui entendida como uma distinção em relação à atenção individual, não à Saúde Coletiva, como um campo de saberes e práticas – do município, o que era no momento a Vigilância. A maioria dos documentos analisados pode atestar este fato, uma vez que estes foram formulados pela CoViSA, com apoio das VISAs distritais. No estudo de NASCIMENTO (2004) quase todas as referências técnicas se dão também em relação às VISAs. Em segundo, a despeito da diretriz e das determinações, estes sujeitos disputaram com seu ('g'), seus **autogoverno** e o exercício de suas autonomias. Aí se depararam com vários problemas, um deles apontado pelos entrevistados, o de lidar com outras pessoas além das 'moças da vigilância', os sujeitos dos NSC também disputando com seus 'autogovernos', com saberes e lógicas diferentes daquela já conhecida pelos trabalhadores da VISA.

Outra característica 'analisadora' da fragmentação que operam os sujeitos em relação à missão do NSC em juntar os mundos da assistência e da vigilância pode ser percebida na forma como os NSC demandam petições aos Distritos. Ao que parece, quando os temas se referem à informação em saúde, ou abordagem de doenças crônicas, ou ainda outros temas coletivos que não sejam objeto específico das vigilâncias, como por exemplo, ações de incentivo ao aleitamento materno, a demanda recai mais sobre os apoiadores institucionais. Por outro lado, quando o assunto é relativo à vigilância, qual seja, controle de doenças e agravos de notificação compulsória, vigilância dos óbitos e dos nascidos vivos, problemas ambientais, a demanda é para a VISA. Alguns entrevistados relataram experiências de se fazer o apoio aos NSC em parceria do apoio institucional com a VISA, com resultados satisfatórios para os envolvidos.

Portanto, a afirmação de que o NSC passou a ser "problema da VISA", como afirmado pelos entrevistados tem sua explicação histórico-política, não a única, mas aquela baseada no estudo e na vivência do pesquisador, tratando-se, então, de uma explicação também situacional (MATUS, 1993).

As percepções dos representantes dos Distritos são bem distintas daquela dos trabalhadores que atuam nos núcleos no que diz respeito às expectativas deste Espaço Coletivo, o NSC, pelo menos no que diz respeito aos seguintes itens: sobreposição de participação nos espaços de gestão; a presença ou não do sanitarista; o atraso ou não na compreensão e desenvolvimento do trabalho e a percepção das necessidades dos NSC. As condições políticas e técnicas que se apresentaram para os sujeitos dos Distritos, aliadas ao ideário construído parece ter criado uma certa ‘dureza’ e uma expectativa às vezes extremada em relação ao NSC. Expressões do tipo, “não se apropriou do território” ou “tem que pegar na mão” ou “ser conduzido”, “quando a gente não ta junto não funciona legal” ou ainda “não acabou de tudo porque tem sido fomentado dia e noite pela vigilância distrital” podem demonstrar uma dificuldade de percepção em enxergar os NSC também como sujeitos, que operam com possibilidades de encontrar caminhos diferentes daqueles preconizados pela Direção para desenvolver seus processos de trabalho, sempre precisando de ajuda e de apoio e não de direcionamento. Pelos relatos dos entrevistados percebe-se que na maioria das vezes o Distrito não conseguiu identificar o tipo de ajuda que os NSC realmente necessitavam, se de capacitação, referência técnica, ajuda na implantação do processo, nas relações e conflitos que se estabeleceram. Os NSC manifestaram este sentimento em relação aos Distritos com expressões como: “eles nos viam como tarefeiros”, ou “despejam tudo de uma vez” ou ainda “nunca ninguém veio aqui”.

Mesmo com crítica, os Distritos desenvolveram, em alguns momentos, uma prática de ser o formulador e o NSC o executor. Esta mesma tendência pode ser reproduzida internamente nas unidades, como será visto na próxima questão, a da relação do NSC com as equipes de referência. Como foi também afirmado pelos entrevistados, há que se buscar o equilíbrio entre demanda e oferta entre estes distintos espaços de poder técnico e político.

Talvez em um ponto parece haver concordância entre os representantes dos Distritos e dos NSC: sobre o papel dos coordenadores locais. Estes tiveram e têm uma importância fundamental na implantação e na manutenção do processo de trabalho dos NSC estudados. Ao mesmo tempo em que têm atribuições de controle e de organização do processo de trabalho na unidade como um todo, como por exemplo, ao redefinir a pauta de

atividades ou a composição NSC em função das prioridades políticas e gerenciais, por outro lado desempenharam o papel de persistentes estimuladores da gestão e da ação dos NSC. Esta discussão remete novamente aos temas da **autonomia** e **determinação**, como concebidas pelos autores no capítulo das reflexões teóricas e por SADER (1988), quando este afirma que “sujeito autônomo não é aquele livre de todas as determinações externas, mas aquele que é capaz de reelaborá-las em função daquilo que define como sua vontade”. No caso dos NSC a diretriz de governo ou o dirigente local, muitas vezes entendido como representante do Governo (CAMPOS, 2000b) puderam funcionar como propulsores de algumas mudanças do processo de trabalho, ao se optar pela gestão participativa e o exercício da autonomia, pois, como expresso por um dos entrevistados, as coisas não brotam “do nada”. Foram apontados os avanços trazidos pelo NSC, assim como o colegiado gestor, como um espaço de reflexão da prática, de aumento da ‘grupalidade’ e do exercício de gerir a própria prática, ao se planejar as ações e tentar buscar estrategicamente o melhor caminho para se operar o arranjo.

E por último, outra discussão trazida à tona sobre essa temática da gestão diz respeito à expectativa dos gestores locais em relação ao NSC. Parte deste tema já foi abordado nas questões 1 e 2, porém vale ressaltar alguns aspectos. Aquelas unidades nas quais não se constituíram os colegiados gestores parecem ter uma expectativa maior do NSC como instância assessora para avaliar as ações planejadas, subsidiando a coordenação e as equipes com informações de maneira sistemática, não apenas somente por ocasião do planejamento anual da Unidade. Nas outras unidades, cujos colegiados gestores foram constituídos, essas tarefas assessoras em relação ao diagnóstico da situação de saúde e avaliação do plano de ação estão mais diluídas entre a coordenação, as equipes de referência, o colegiado gestor e o NSC.

De uma maneira geral as unidades produzem muitos dados e informações, principalmente em planilhas paralelas, para consumo interno de suas atividades cotidianas, poucas delas sendo apropriadas pelos NSC, bem como aquelas dos sistemas de informação oficiais, que poderiam subsidiar a gestão local com informações estratégicas. Aos coordenadores locais ainda é delegada a maioria das tarefas acerca das informações gerenciais, pelo menos daquilo que é definido como responsabilidade do nível local, quais

sejam, a gestão dos sistemas, uso e disseminação das informações para as equipes. Estas tarefas são desenvolvidas, na maior parte das vezes, com limitações e desconfiança sobre os sistemas oficiais, principalmente no caso do SIGAB. Como afirmado por FIALHO JR (2004) essa discussão é sempre premente e talvez valha a pena aprofundá-la entre os vários níveis de gestão da Secretaria tomando por base experiências bem sucedidas, como a do CS Vila Ipê², no qual cabe ao colegiado gestor e à coordenação da unidade fazer a gestão do plano de ação, contando com as informações epidemiológicas e gerenciais disponíveis. Como essa experiência do planejamento local naquela unidade é longa, de quase dez anos, as equipes já desenvolveram um ‘traquejo’ com a epidemiologia em serviço, sendo de sua responsabilidade a elaboração do diagnóstico de saúde bem como as propostas de ação para as suas áreas de atuação. Essas propostas posteriormente serão analisadas em conjunto e construído estrategicamente o plano de trabalho para o ano seguinte. Cabe ao NSC naquela unidade a execução de algumas ações coletivas, entre elas, a vigilância epidemiológica.

Questão 4

Qual relação o NSC deve estabelecer com as Equipes de Referência?

Os documentos oficiais e o estudo de NASCIMENTO (2004) creditam ao NSC um papel matriciador, de apoio técnico para as equipes de referência, articulando e coordenando as ações coletivas na unidade básica, com retaguarda técnica do Distrito de Saúde. Essa referência técnica consistiria, principalmente na análise e disseminação de informações para subsidiar as propostas de intervenções, algumas delas realizadas em conjunto com as equipes. Como foi apontado na discussão da questão 2, sobre a estrutura, existem dificuldades conceituais e práticas para desenvolver a contento esta finalidade do NSC, e uma delas consiste em desenvolver o tal ‘olhar interno’ e ‘olhar externo’ às equipes na medida em que os participantes dos núcleos têm praticamente o mesmo tipo de imersão no cotidiano que os outros membros da equipe de referência. Se não são prerrogativas exclusivas dos NSC trabalhar com informação, conhecer o território, nem ser o único formulador e executor das ações coletivas, até para não realçar as tendências de fragmentação das práticas – como também já observados nas discussões das outras questões

² CS VILA IPÊ. Plano de Ação do CS Vila Ipê para 2002. Campinas, 2002.

– o que o diferencia, então, do colegiado gestor, da Coordenação e das equipes de referência? Ao que tudo indica, é a possibilidade de desenvolver nos trabalhadores e no trabalho em equipe o raciocínio epidemiológico e clínico-epidemiológico, o “olhar diferenciado”, este sim, com muita chance de qualificar o trabalho em saúde. Como apontado por MATTOS (2004), oferecer ações preventivas, a partir de um conhecimento técnico, de uma percepção desenvolvida pelo trabalho coletivo.

Para exemplificar tal afirmação e direcionar a discussão sobre outro aspecto, como as equipes enxergam o NSC, será tomado emprestado o depoimento de uma médica do NSC 1, uma ginecologista, sem nenhuma experiência em saúde pública, que não participava do NSC, mas uma profissional curiosa em saber se a sua prática clínica e a da equipe como um todo estavam modificando o perfil de saúde/doença na sua área de atuação. Ela se fez algumas perguntas e iniciou a coleta de dados, avaliando, por exemplo, os resultados de citologia oncológica, qual a ocorrência de câncer de colo de útero nos últimos três anos, qual o tipo de doença era mais freqüente, a qualidade do material coletado e finalmente, qual o interesse das mulheres pela prevenção, uma vez que a cobertura estava baixa. No momento em que se iniciou este levantamento ela tinha em mãos a avaliação feita pelo NSC acerca da baixa cobertura de CO na área de abrangência da unidade como um todo. A partir desse trabalho individual ela foi convidada pela Coordenadora da Unidade a fazer parte do NSC, pois esta entendeu que o trabalho da referida médica tinha relação com o objeto do núcleo e, além do mais, estava saindo o representante daquela equipe de referência. Até aceitar este convite, ela era uma das pessoas da Unidade que não entendia direito o trabalho do NSC, considerava-o uma “coisa meio separada”, pois o seu representante acabava trazendo as ‘coisas’ do núcleo a título de informe, então parecia que o NSC era uma ‘agência de notícias’, ou demandadores de tarefas, como criticado pelos próprios NSC em relação ao Distrito.

Nem todos os profissionais são como esta médica, curiosos. Também por causa disso, parece clara a importância do NSC em despertar o interesse das pessoas em fazer uma reflexão sobre as suas práticas, apresentando, por exemplo, as clássicas perguntas da epidemiologia descritiva, sobre os problemas de saúde: quem está sendo acometido, onde, em que tempo? (VAUGHAN e MORROW, 1997). Ou ainda, interrogar se as crianças

acompanhadas no programa de desnutridos estão se recuperando do ponto de vista nutricional ou continuam com anemia? O gráfico está sendo preenchido, para poder fazer esta avaliação básica? Os casos de maior gravidade conseguem uma priorização na agenda? E os hipertensos, existem os casos ‘escondidos’ (FIALHO JR, 2004), aqueles que mesmo acompanhados pela equipe têm freqüentemente episódios de gravidade e procuram o Pronto-Socorro? E tantas outras perguntas que devem ser feitas constantemente pelas equipes, estimuladas pelo NSC, pois diferentemente do Distrito de Saúde, são as equipes locais as que conhecem em detalhe a área e a micro-área. Outra estratégia, também nesta linha, seria a de estimular a discussão entre as equipes daquilo que não é desejável que ocorra, por exemplo, eventos – morte ou gravidade em paciente jovem diabético – como sinalizadores ou indicadores que poderiam ser construídos pelas equipes, como forma de focar melhor as ações, redefinir prioridades, entre outros objetivos. Como citado por DRUMOND JR (2003), os diagnósticos epidemiológicos devem servir para mobilizar as equipes, e com isso, trazer outro ganho secundário deste exercício do raciocínio epidemiológico, qual seja, a possibilidade das equipes, na prática, valorizarem o trabalho com epidemiologia e informação e sua importância no trabalho clínico.

Essa necessidade de reflexão e avaliação sobre a prática das equipes não significa imobilização, ou seja, qualquer ação só será desencadeada após profundas sessões de ‘reflexão epidemiológica’. Senão correr-se-ia o risco do esvaziamento de sentido tanto para o NSC quanto para as equipes. Algumas ações são elaboradas a partir do *feeling* das pessoas e das informações disponíveis, sejam elas oriundas de onde for. Determinadas intervenções são quase óbvias, de tão flagrantes são os efeitos daquele problema na vida dos usuários. As ações coletivas devem ser ofertadas pelas equipes de referência tanto quanto as ações individuais, tendo NSC ou não, por tratar-se de uma tarefa primária de uma Unidade Básica de Saúde, previsto inclusive nas diretrizes do SUS. O que o NSC pode contribuir é para que essas ações sejam melhor focadas, para que os ‘tiros’ acertem bem os seus alvos, aproveitando ao máximo o potencial das equipes de referência para resolver problemas de saúde e centrar a atenção e o cuidado nos usuários. O NSC com um exercício de uma cultura de síntese, sem fragmentação entre o preventivo e o curativo, o “fermento da massa” como expressado por um dos entrevistados.

A maioria das equipes de referência dos vários CS da cidade tem desencadeado ações coletivas em seus territórios, voltadas para o enfrentamento de problemas mais prevalentes, como, por exemplo, lombalgias/dores articulares, hipertensão, vida sedentária e depressão, para os quais são ofertadas atividades físicas, lúdicas, grupos de convivência, *lian gong*³, entre outras práticas de educação em saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças. A diversidade destas experiências se deu principalmente a partir da chegada dos agentes comunitários de saúde (OLIVEIRA, 2005). Uma experiência positiva relatada no estudo de NASCIMENTO (2004) foi o “Baile da Idade Feliz” direcionado àqueles usuários sempre ‘engrossando’ a fila do CS à espera de ‘ver a pressão’, ou ‘passar no médico’. O incômodo da equipe motivou o NSC a tratar do tema, pautando-o junto com a coordenação na reunião do Conselho Local de Saúde. A idéia foi tão bem aceita que acontece até hoje, já assumida pela comunidade, que tem um compromisso toda sexta à tarde de dançar prazerosamente.

Talvez seja tarefa dos NSC, pelo menos como meta futura, avaliar as intervenções realizadas, juntamente com as equipes, os usuários das práticas (OLIVEIRA, 2005) e com o apoio dos Distritos. No caso do exemplo citado acima, houve redução da fila, reduziu-se o uso de medicamentos anti-inflamatórios ou anti-hipertensivos? Teve impacto positivo na vida daquelas pessoas? É importante discutir isso? Talvez sejam perguntas que os NSC devam se fazer ao pensar no seu papel de articulador das ações coletivas, junto com as equipes de referência, propiciando uma “visão global” das experiências, ao invés de uma “visão local” das equipes de referência, como expressado por um dos entrevistados. Os NSC conhecem o conjunto das ações que são ofertadas pela Unidade? Deveriam conhecer na medida em que existem representantes de todas as equipes no NSC. O inverso deveria ser perguntado também, as equipes sabem o que está sendo feito pelos NSC? Também depende, se o núcleo tiver um perfil mais executor, a chance do conjunto dos trabalhadores conhecerem suas atividades é menor, ou não, dependendo da gestão do processo de trabalho. Se, ao contrário, o perfil for mais assessor, a troca entre as equipes e NSC talvez possa se dar mais amiúde, facilitando a comunicação. Isto também não quer dizer que o NSC nunca terá um caráter executor das ações. Ao contrário, ao se

³ Ginástica chinesa direcionada à prevenção e tratamento de dores osteomusculares (OLIVEIRA, 2005)

estimulem ambos, núcleos e equipes, sem sombra de dúvida surgirão propostas de intervenção, cabendo sempre uma parcela executora para o NSC, e isto não é nenhum ‘pecado’.

O que se observa a partir do relato de quase todos os entrevistados é uma preocupação em se definir estratégias de maior aproximação com as equipes de referência, seja através de capacitações, realização de reuniões temáticas, rediscussão do papel do NSC, com vistas à recomposição do grupo, ou ainda, a visita ‘oficial’ do NSC nas reuniões das equipes. Um dos NSC está experimentando uma alteração em sua estrutura, ao criar o “núcleo do núcleo” ou “núcleo fixo”, com a finalidade de organizar a agenda de atividades e os dados para as reuniões do NSC que passariam a ser temáticas e abertas a todos os interessados das equipes de referência ou convidados. Os temas, sempre relevantes, poderiam ser demandados do coletivo do núcleo, das equipes ou de outros parceiros externos, como o Distrito, por exemplo. O cuidado a ser tomado, neste caso, é de não se reproduzir para dentro da unidade um modelo parecido com o do Distrito, em que se propiciam ‘rodas’, mas fica a sensação de que poucas coisas podem ‘sensibilizar’ realmente a prática desses trabalhadores, se os temas apresentados ficarem só na consistência de palestra ou apresentação de dados. Nesse sentido, a outra estratégia apresentada, de ir até as reuniões de equipe, com membros do NSC participantes de outras equipes, com o objetivo de discutir o que já produzem, quais são os seus projetos, estimular o raciocínio epidemiológico parece ser mais ‘íntimo’ e promissor. Porém, outro cuidado a se tomar é quanto a levar os dados já analisados, o que pode gerar um movimento de acomodação por parte das equipes, ao receberem a informação pronta, ao não se fazer muito a reflexão dos passos dados até se chegar à análise, ao não se saber, por exemplo, com quais dados e informações as equipes já trabalham, se trabalham, ou ainda, se acham esse tema importante.

Essa preocupação com a aproximação com as equipes pode estar demonstrando que o mecanismo de representação por equipe de referência e a multidisciplinaridade, apesar da sua riqueza e potência, não esgota e não dá conta de toda a tarefa comunicativa e decisória que se exige para o projeto do NSC. Em apenas um dos NSC estudados esse mecanismo parece estar funcionando a contento.

Talvez fosse interessante de uma forma mais aprofundada e não neste estudo, buscar entender por que as pessoas se interessam pelo trabalho do NSC e em seguida se afastam tão rapidamente, apesar do compromisso e dos contratos feitos, como foi o caso dos generalistas. Em apenas um dos núcleos entrevistados há a participação deste profissional, porém já negociando sua saída. Diferentemente dos agentes comunitários de saúde, que ao contrário, só não participam de um dos NSC e foram atraídos prontamente pela proposta da saúde coletiva e da “prevenção” oferecida pelo NSC, os generalistas não se fixaram, apesar da sua ferramenta principal ser a clínica ampliada, com forte componente nas ações coletivas. Alguns dos entrevistados buscam em seu cotidiano respostas para essa pergunta – algumas já discutidas em questões anteriores – ao apontarem a desmotivação para se atuar no NSC, segundo eles, ocasionada pela descontinuidade das tarefas e a falta de sentido no trabalho do NSC representada, por um lado por ações identificadas como ‘não trabalho’ e de outro a pressão da demanda batendo na porta. O exemplo dos enfermeiros que se afastaram de um dos NSC estudados parece clara, pois ao se ignorar a história de formação daquele arranjo criado inicialmente por iniciativa, principalmente destes profissionais e em seguida, centralizar o trabalho no sanitário, pode ser uma das explicações para o fato, não a única, porém a ser considerada na compreensão da ‘micropolítica’ daquela unidade. Ou, ao contrário, os agentes daquela mesma unidade se aglutinaram em torno do NSC – às vezes se confundindo com o próprio núcleo – por não se sentirem devidamente valorizados nas suas respectivas equipes de referência? Também são indagações que remetem à ‘micropolítica’ do trabalho em saúde.

Questão 5

Qual deve ser a estratégia do NSC para conciliar as atividades tradicionais da VE com as outras ações coletivas?

A partir da leitura do material empírico é possível afirmar que todos os NSC estão em busca de um ponto de equilíbrio, de maior aprofundamento sobre a realidade epidemiológica no sentido de se pensar em intervenções que possam trazer mudanças no quadro de saúde/doença e desejam fazer esta reflexão sobre as práticas de saúde, ou pelo menos de alguns rumos a serem adotados, aproximando-se cada vez mais das equipes de referência. Todos estão fazendo escolhas metodológicas e tecnológicas para

perseguir este caminho de alterar o perfil de saúde/doença para melhor, em seus territórios de atuação.

Uma das hipóteses deste estudo, também compartilhada pelos representantes distritais, diz respeito à possibilidade de – a partir destas escolhas tecnológicas dos NSC – estar ocorrendo uma desresponsabilização por parte das unidades básicas para com algumas práticas consideradas já consolidadas, quais sejam, a vigilância epidemiológica e outras ações tradicionais da saúde pública, como por exemplo, as atividades de imunização e algumas ações programáticas. FIALHO JR (2004) também sinaliza esta preocupação das equipes distritais e centrais da Vigilância⁴ do município com a possibilidade destas práticas sempre realizadas com compromisso e qualidade ficarem “esquecidas” ou com uma “atuação mais displicente”. O autor reafirma então a necessidade de apoio técnico das VISAs e também da Coordenadoria de Informação e Informática (CII) no sentido de se fortalecer a práticas dos NSC e reduzir o risco apontado. Os participantes do grupo focal acreditam que se deva buscar o equilíbrio entre o que denominaram de “básico” da vigilância, o “feijão com arroz” e a “ousadia” ou novidade, aquelas ações incorporadas à prática dos NSC além daquelas já realizadas pela unidade.

Em um estudo sobre mortalidade infantil na região Noroeste de Campinas, CASTRO (2003) conclui sobre a dificuldade das unidades de saúde em relação aos fluxos, organização e sistematização dos dados referentes à DNV e declaração de óbitos para efetivamente fazer a vigilância das crianças de risco e dos óbitos infantis. Apesar dos dados serem utilizados por boa parte das unidades de saúde da região estudada, inclusive pelos NSC, persistem problemas, segundo a autora, relativos à gestão dos processos de trabalho no sentido da valorização destas informações como ferramenta importante para o conhecimento dos casos e óbitos e a intervenção no sentido de preveni-los, garantindo, por exemplo, acesso diferenciado a crianças ou gestantes de risco e/ou garantia de um pré-natal mais qualificado. Outros problemas de falhas de preenchimento naqueles documentos são referentes à qualidade do registro no hospital, que também dificulta a avaliação das intervenções. Outra autora, BARROS (2004) também detectou falhas no sistema de

⁴ Quando houver referência à Vigilância significa o conjunto de profissionais que compõem as vigilâncias epidemiológica, sanitária, vigilância ambiental dos níveis centrais e distritais do Município, denominada Vigilância em Saúde, neste estudo muitas vezes referida como Vigilância ou vigilância ou ainda VISA.

vigilância de Campinas, ao fazer a avaliação do sistema de vigilância das doenças febris exantemáticas – por ocasião da implantação do Projeto VIGIFEX⁵ – a partir do SINAN no período de 1999 a 2003, principalmente no que diz respeito ao preenchimento de campos da ficha epidemiológica considerados importantes, como também falhas relativas ao envio oportuno de amostras ao laboratório e resultado oportuno dos exames. A autora identifica problemas estruturais na explicação destes resultados e um deles é atribuído a presença de uma pessoa de referência nas unidades de saúde, a ‘moça’ da vigilância’, o que pode gerar algumas vezes descompromisso de outros profissionais com as ações de vigilância epidemiológica, a despeito da criação dos NSC. A autora conclui que apesar dos avanços no sistema de vigilância de Campinas, “ainda não se alteraram significativamente as maneiras de ver e de fazer em VE”.

Será possível atribuir ao advento do arranjo NSC algumas dessas falhas que ainda persistem no sistema de vigilância epidemiológica municipal? Será que pelo fato de estarem envolvidos em novos projetos, aqueles ousados, as tarefas da VE ficaram mais soltas? É mesmo da responsabilidade do NSC as atividades da VE? As perguntas merecem uma reflexão um pouco mais aprofundada. Seguindo a lógica das questões já discutidas anteriormente, assim como não é prerrogativa dos NSC trabalhar com informação nem desenvolver ações coletivas, também em relação à vigilância epidemiológica e outras tarefas tradicionais da saúde pública isto é verdadeiro.

Em todas as unidades estudadas as equipes de referência já assumem as tarefas de notificação, investigação e controle de doenças e agravos de notificação compulsória e/ou outros agravos definidos como relevantes, como por exemplo, investigação de óbitos e vigilância de crianças de risco. Em algumas unidades o NSC assumiu para si a coordenação destas tarefas e em outros a responsabilidade continua sendo da ‘moça da vigilância’, geralmente os enfermeiros, com pouca ou nenhuma participação dos NSC. Em outro foi identificado um modelo híbrido, no qual as ‘moças da vigilância’ realizam as tarefas administrativas e burocráticas da VE e passam para o NSC os casos para serem providenciadas visitas pelos agentes comunitários de saúde. Em outra unidade, o NSC está discutindo a entrada da ‘moça da vigilância’ no grupo para “interagir” nas questões da

⁵ Referido no capítulo 4 pag. 178.

saúde coletiva local. Talvez o que esteja faltando sejam alguns ajustes nestes modelos, a despeito da grande experimentação observada.

Os documentos oficiais referem como responsabilidade do NSC a análise de todos os agravos ou doenças de notificação consideradas relevantes pela unidade. Isso significa a continuidade da delegação da execução de ações de controle de doenças para as equipes locais, como tem sido nos últimos quinze anos de descentralização desta atividade. O estudo de NASCIMENTO (2004) sugere que os NSC tenham alguma parcela executora das ações de vigilância, ao ser referência técnica e administrativa no registro e trato dos agravos de notificação compulsória, o que pôde ser comprovado pela prática de alguns dos NSC estudados. Se não existir esta referência técnica/administrativa para as atividades da VE através do NSC ou da ‘moça da vigilância’ corre-se o risco sim da diluição de responsabilidades, uma vez que são várias equipes em uma mesma unidade, cada uma com seus projetos e agendas específicas, o que também pôde ser constatado em um dos NSC em que não existe a “menina da notificação” e o NSC também não tomou para si estas tarefas.

Esta necessidade da referência, diz respeito, ao que parece, por um lado garantir a organização da atividade, sem perda de documentos valiosos e, por outro, manter a relação com o Distrito de Saúde no que diz respeito aos fluxos da VE. Nesse sentido, o modelo do NSC 5 e, em parte, o do NSC 2 – este último com a particularidade de ser ele mesmo um núcleo de vigilância epidemiológica – parecem ser os mais adequados quando se pensam nos ajustes necessários para se garantir uma vigilância de qualidade, ágil e comprometida com a proteção da saúde das pessoas. Além do mais, a incorporação da ‘moça da vigilância’ ao NSC traz como ganho secundário a possibilidade de se valorizar o instrumental de trabalho da vigilância epidemiológica, como por exemplo, o SV2, conferindo sentido às ações e desta forma desburocratizando-as. Outro aspecto importante é que estas tarefas da vigilância não fiquem com um único profissional, apesar de existir a referência, para não haver descontinuidade das ações no caso da ausência dos responsáveis. Incorpora-la ao núcleo também traz valorização do papel da ‘moça da vigilância’ nas ações coletivas da unidade, a importância da atuação permanente das ações de saúde pública. É também uma forma de atribuir sentido ao seu trabalho e qualificar suas ações, na medida em que estão envolvidos em um conjunto de ações coletivas e da assistência individual. Quem

sabe, desta maneira, fica mais fácil para algumas ‘moças da vigilância’, aquelas que não gostam de clínica (NASCIMENTO, 2004) perceberem um fervilhante mundo à sua volta e, assim, deixarem de acreditar que existe só aquele mundo da escrivanhinha, da ficha epidemiológica, dos campos mal preenchidos e as ‘moças da vigilância’ do nível distrital e central que não ‘largam do seu pé’ cobrando as informações.

Outro aspecto que emerge da discussão sobre esta questão diz respeito a um certo mito construído sobre o período da ‘moça da vigilância’, como se as ações tradicionais da saúde pública fossem mais valorizadas, ou ainda, melhor estruturadas naquele momento nas unidades básicas, conforme relato de alguns entrevistados. Em estudo sobre a epidemia de sarampo de 1997, no município de Campinas e na região, VILELA (1999) já detectava, sobre uma prática tradicional da saúde pública, qual seja, as atividades de vacinação, que as mesmas não eram avaliadas, ou seja, a elaboração da cobertura vacinal mês a mês que sempre fora uma prática dos enfermeiros ou dos auxiliares de enfermagem da sala de vacina da rede básica, estava abandonada em alguns dos serviços estudados. As pessoas, mesmo em período pós-epidêmico, não conheciam as suas coberturas vacinais, aguardavam os relatórios do Distrito ou do nível central. Logicamente aquele estudo teve um caráter circunstancial, não se podendo generalizar a afirmação. Este tema não será aprofundado, pois tangencia outro e diz respeito ao núcleo de saber do enfermeiro, que na opinião de alguns entrevistados não estaria sendo aproveitado com toda sua potência no modelo atual. Com certeza são temas que devam ser melhor investigados, mas não são objeto deste estudo. Talvez valha a pena realçar apenas um aspecto sobre o papel da enfermagem e dos agentes comunitários nas ações coletivas desenvolvidas pelas equipes de referência e pelos NSC, referidas por alguns entrevistados. Chamou atenção um certo excesso de delegação de responsabilidades para os agentes no que diz respeito ao controle de doenças e agravos. Não se está afirmando em hipótese alguma que eles não as cumpram de forma adequada, pelo contrário, os exemplos de depoimentos atestam o envolvimento, o compromisso e o exercício da integralidade na prática destes trabalhadores de saúde. O que se está querendo ressaltar é se não estaria ocorrendo um afastamento da enfermagem em relação às atividades coletivas, particularmente aquelas que dizem respeito à visita domiciliar para os casos de doenças e agravos de notificação e/ou outras atividades relacionadas ao controle de doenças, como hipertensão, diabetes, entre outros.

Tomando-se como referência a pauta de atividades dos NSC estudados a impressão que se tem é que todos se esforçam para fazer o “básico”, nem tão básico assim, quando se leva em conta os contextos organizacionais das unidades, a complexidade cada vez maior dos problemas de saúde, como por exemplo a violência, ou o controle das doenças crônicas. De qualquer modo, parece estar bem temperadas as atividades da vigilância epidemiológica e aquelas mais tradicionais da saúde pública com uma boa dose de criatividade, como por exemplo, a partir do tema dengue, quase todos os NSC estudados foram extremamente atuantes, inovando com elaboração de painéis, SV2 ‘descentralizado’, confecção de mapas para identificação de risco para a doença, ou ainda utilizando o tema dengue para organização do próprio NSC e a realização de várias atividades integradas com outros setores do território. Ou ainda, re-significando as campanhas de saúde pública e de vacinação como estratégia para abordar outros temas importantes, como por exemplo, a relação com as equipes e a capacitação dos profissionais do NSC. Ou se esforçando para garantir o “feijão com arroz” com compromisso e qualidade, ao se manter as visitas aos RN de risco, visitar os pacientes de TB e seus comunicantes, melhorar a suspeita da doença na unidade, intervir a partir do conhecimento dos óbitos, para evitar novas mortes. Outra novidade foram as tarefas relativas à territorialização, terreno no qual houve grandes avanços na Secretaria Municipal de Saúde no período estudado, com incorporação de novas tecnologias, como por exemplo, o georeferenciamento, abrindo-se múltiplas possibilidades de compreensão do trabalho no território (FIALHO JR, 2004.).

Sobre este aspecto, o do território e o trabalho intersetorial, são temas que devem ser melhor aprofundados pelos núcleos e os Distritos, sobre o papel dos NSC em relação ao fortalecimento da intersetorialidade, como apontam os documentos oficiais e o estudo de Nascimento (2004). De uma forma geral as experiências relatadas são tímidas e pontuais, relativas a intervenções no meio ambiente, geralmente relacionadas ao controle de surtos. O trabalho intersetorial compreendido na sua radicalidade⁶ como mudança do modelo de gestão pública e participação popular não foi mencionado.

⁶ Integralidade compreendida como mecanismo de um trabalho transectorial, de exercício de descentralização na gestão participativa das políticas públicas tendo o território político como centro da ação
fonte: GRUPO INTERSETORIAL NOROESTE. **Um novo olhar sobre o território: a experiência intersetorial da região Noroeste – Campinas**. Campinas, novembro de 2004. Edição especial do Jornal ABALÔNORÔ.

A partir dos NSC estudados não foi possível confirmar a hipótese de desresponsabilização em relação às atividades de vigilância epidemiológica nas unidades. A título de sugestão foram apontados alguns ajustes a serem feitos nos modelos estudados.

Talvez a maior ousadia seja a de “trilhar o caminho” em busca da identidade coletiva. Estes novos sujeitos estão descobrindo a potência na ousadia de construir-se como mais um espaço na cena da Saúde Coletiva.

AS SINGULARIDADES

A análise do material empírico permite apontar, em princípio, para o que se poderia denominar da emergência de novas práticas discursivas – com o mesmo sentido dado por Eder Sader como comentado anteriormente, nos coletivos mais ou menos estáveis que se aglutinam em torno do projeto do NSC. Segundo este autor, tal fato permitiria falar da identificação de novos sujeitos coletivos, que emergem da trama do instituído (a diretriz de governo, as dificuldades do contexto para se operar o arranjo), nascidos do exercício de suas autonomias, na ‘micropolítica’ do trabalho em saúde nas distintas unidades estudadas. Foi possível esboçar cinco tipos ideais, no sentido ‘weberiano’ do termo, compondo uma tipologia dos NSC. Tal tipologia, menos que uma pretensão classificatória, foi pensada como forma de colocar em evidência a singularidade e a diversidade destes novos sujeitos que estariam se constituindo no território da rede básica do município. Para se traçar estas tipologias, serão descritas as **configurações tecnológicas** que estes sujeitos operam, as **questões** ou os valores que transparecem de suas práticas e as falas mais representativas do seu modo de enunciar o mundo. Essas tipologias são as seguintes:

I. O núcleo de saúde coletiva do tipo **experimental-‘analista’**

- a) **Configuração tecnológica:** a estatística, a epidemiologia e a informação em saúde são as ‘ferramentas’ mais usuais do trabalho para as atividades realizadas, que se constituem basicamente em: coleta de dados, realização de estudos/levantamentos para avaliação dos ‘programas’ (controle de câncer cérvico-uterino; tuberculose, hipertensão/diabetes, imunização). Algumas intervenções foram desencadeadas a partir destes estudos,

prioritariamente ações para elevar a cobertura de citologia oncótica. O caráter **experimental** aparece desde o início, no momento da formação do NSC, no qual a partir do tema dengue foram realizadas várias oficinas para sua constituição, evidenciando o caráter demonstrativo da experiência, levado inclusive para várias capacitações do Projeto Paidéia. Enfrentaram o desafio de implantar o NSC, mesmo sem saber direito como fazer, em um momento de várias novidades e riscos trazidos por um projeto instigante como o Paidéia. Experimentaram e ensaiaram várias formas de desenvolver o projeto do NSC e as atividades, como, por exemplo, o projeto de inquérito para levantamento da cobertura de citologia oncótica na população da área de abrangência do CS; experimentaram assumir a vigilância de casas de repouso; ensaiaram uma avaliação do programa de imunização. O principal ‘experimento’ está sendo a mudança do desenho da estrutura do grupo, como forma de motivação para o trabalho, revalorização do espaço do NSC e aproximação com as equipes de referência. O caráter ‘analista’ fica evidenciado pela preocupação constante com a subjetividade e a **capacidade de análise** do próprio grupo, o compromisso e os contratos estabelecidos com os participantes do NSC ao optarem por compor este espaço coletivo, a preocupação com as crises permanentes de sentido e o desejo de supera-las. As crises foram objeto de reflexão do grupo na tentativa de explicá-las a partir de duas causas principais: saída e entrada de atores importantes no grupo e a frustração/desmotivação com o excesso de tarefas, o que ocasionou o início e não conclusão de algumas.

- b) **Questões** colocadas pelo grupo: negociação e pactuação nas equipes de referência ao se definir os representantes para o NSC; contrato e compromisso entre os participantes do NSC; preocupação em manter vivo o núcleo, como espaço de reflexão, gestão e amadurecimento; núcleo significa atitude mais ativa para enfrentamento de problemas; permitiu visão de eventos como sentinela e possibilidade de intervenção; enfrentamento da crise de ‘sentido’; valor da experimentação; redefinição do desenho do NSC,

relação com as equipes de referência; preocupação com o direcionamento técnico (do sanitário ou do Distrito), porém com preservação da autonomia do grupo em relação ao Distrito; importância da coordenação da unidade na motivação do grupo.

c) Falas mais representativas:

- sobre os contratos: “a gente colocou algumas regras para isso”;
- sobre as crises: “altos e baixos”;
- sobre a mudança da estrutura ou desenho: criação do “núcleo do núcleo”, ou o “núcleo fixo”;
- sobre a importância da diretriz e da condução técnica do especialista: “era a praia dele”; “porque não dá pra você fazer do nada...você tem que ter uma linha mesmo”;
- sobre a visão das equipes em relação ao NSC: “coisa relativamente separada”;
- sobre as frustrações: “falta de pernas” e “ficou pro vento, entendeu?”;
- sobre a ‘crise de sentido’: “eu ficava aqui, ficava numa estatística tremenda aí, conta lá, conta cá...eu não fazia nada!”;
- sobre a visão do NSC em relação ao Distrito: “nós pedimos ajuda pro Distrito na vigilância várias vezes...chegavam assim muito tarefeiros, nós éramos tarefeiros...então a gente era atropelado”;
- sobre a valorização do espaço do núcleo: “fez a diferença”;

II. O núcleo de saúde coletiva do tipo **vigilante-epidemiológico**:

a) Configuração tecnológica: as ferramentas de trabalho são os instrumentais da vigilância epidemiológica e da informação em saúde. Através da notificação de casos de doenças e agravos e da informação de nascidos vivos ou óbitos são desencadeadas ações de controle e monitoramento. Utilizam-se do SV2, do livro de TB, das fichas de óbitos e nascidos vivos. Além da discussão dos casos e encaminhamentos são elaboradas planilhas para posteriores estudos e análises. A aposta e o caminho escolhido desde o início foram estruturar melhor a vigilância epidemiológica da unidade, um projeto de certa forma mais seguro, de qualificar as ações já em curso. O importante é que o objetivo foi claro para o grupo. Conhecem os seus limites para desempenhar a contento o trabalho com informática e informação, mas estão em busca de ajuda. Sabem também dos seus limites em relação à abrangência de suas ações coletivas, mas o suficiente para identificar avanços na sensibilização dos profissionais para a notificação, a ampliação do olhar e da clínica dos profissionais para os problemas da população e o direcionamento de algumas ações.

b) Questões colocadas pelo grupo: valorização dos temas coletivos na agenda dos profissionais; manutenção da reunião mesmo com dificuldades de agendas comuns; trabalhar o básico da vigilância e organizar a vigilância do ponto de vista administrativo; valorização do papel do enfermeiro; valorização da prática da notificação por parte dos profissionais; apropriar-se da situação de saúde e definir intervenções; capacitar-se para o trabalho com informática e informação em saúde; NSC como espaço para sistematizar as informações; núcleo como norteador para as ações das equipes e para entendimento dos problemas da população.

c) Falas mais representativas:

- sobre o trabalho coletivo na agenda dos profissionais: “não era oficializado o núcleo mas a gente tinha uma forma de trabalho assim”

- sobre a organização da vigilância: “a gente queria ter uma vigilância bem organizada, era o nosso sonho, é o nosso sonho”; “o ponto de partida foi a gente organizar o básico da vigilância, não pensamos em grandes projetos não”
- sobre apropriar-se da informação: “as próprias estatísticas, quantas tem, o que dá pra fazer”
- sobre capacitar-se para trabalhar com informática e informação: “nenhum dos participantes trabalha legal o computador”; “até então ninguém nunca mexeu com isso...então saber interpretar esses dados, transformar esse dado em informação que é o X da questão”;
- sobre o papel da enfermagem: “ela é exatamente a que fica, é o eixo de todo o sistema”
- sobre o ‘espírito’ da notificação: “as enfermeiras ficam em alerta”
- sobre a sistematização da informação: “sentar e organizar...antes eram um pouco perdidas”
- sobre o direcionamento das ações: “acho que ele norteia bastante coisa pra gente”

III. Sanitarista-comunitário:

- a) Configuração tecnológica:** a partir da ‘micropolítica’ do trabalho naquela unidade configurou-se um desenho de NSC composto pelo especialista e os agentes comunitários, o primeiro com função de referência técnica e coordenação do trabalho dos agentes. A presença do especialista, o sanitário, confere uma conformação tecnológica diferenciada, pois algumas tarefas são delegadas à este profissional, como aquelas relativas ao uso do instrumental da estatística, epidemiologia e da informação em saúde, para a realização de levantamentos e análises dos dados produzidos pelas equipes de referência. A sua presença confere uma certa oficialidade ao trabalho do NSC, sentimento que os representantes não percebiam antes da chegada deste profissional. Os agentes têm um papel de ajudar o especialista

nestes levantamentos realizados com periodicidade geralmente mensal. Outra ferramenta de trabalho utilizada pelo grupo refere-se às práticas de educação em saúde, através do componente do trabalho dos agentes. De qualquer modo, o perfil mais tradicional do trabalho do especialista mesclado ao encantamento e o compromisso dos agentes comunitários, configuram um fazer coletivo diferente, no qual a compreensão do grupo acerca da saúde coletiva refere-se à radicalidade nas ações preventivas, um certo discurso ‘higienista’. Prevenir doenças, de preferência em contato direto com a comunidade, no espaço externo da unidade, em campo, no trabalho casa a casa. Neste sentido algumas campanhas preventivas e de educação em saúde foram desencadeadas, uma delas questionável do ponto de vista ético, dirigida à higiene corporal e sua importância na saúde das pessoas. A principal marca do trabalho são as intervenções, as ações, geralmente desencadeados para enfrentar problemas detectados no território de atuação do CS, não necessariamente definidos pelo NSC a partir dos seus diagnósticos, mas oriundos da percepção em geral dos agentes no trabalho de campo, ou demandados pelo Distrito de Saúde, ou outros agentes externos, como o conselho tutelar; ou ainda, a partir da pauta de doenças e agravos de notificação compulsória – estas últimas ações realizadas em parceria com as equipes de referência. O elo de ligação com a clínica se dá pelo trabalho dos agentes, que desenvolvem os grupos educativos, ora coordenando os grupos, outras vezes realizados em parceria com outros profissionais da unidade de saúde. O grau de autonomia que o grupo opera às vezes o faz assemelhar-se com uma pequena VISA dentro da unidade, trabalhando de forma paralela às equipes. Nesse sentido, para evitar a fragmentação das práticas, estão experimentando uma reformulação no seu projeto, a partir de um certo direcionamento da coordenação da unidade, com vistas a se trabalhar com dados e informações como estratégia de aproximação das equipes, principalmente com os enfermeiros, e melhorar o direcionamento das ações.

b) Questões colocadas pelo grupo: importância do trabalho dos agentes; saúde coletiva é fazer prevenção de doenças e promoção de saúde; valorização do trabalho intersetorial e com a comunidade; participação nos grupos educativos direcionados a usuários considerados mais vulneráveis; preocupação com a formação e valorização dos agentes comunitários; evitar o trabalho fragmentado entre NSC e equipes; preocupação com a autonomia no sentido de ter liberdade para traçar seus rumos e projetos; caráter mais oficial do NSC com a presença do sanitarista.

c) Falas mais representativas:

- sobre o trabalho dos agentes: “faz parte realmente do agente essa saúde preventiva aí”; “como a gente está lá em contato direto com o povo, está lá na base, é interessante essa participação do agente”
- sobre prevenção de doenças: “aí a gente faz o trabalho da prevenção...a gente tem que fazer o cerco...ver toda a família, fazer uma investigação mais detalhada”;
- sobre o trabalho intersetorial: “eventos grandes, com pessoal da defesa civil, educação”
- sobre os agentes assumirem os grupos educativos: “a gente vai abraçar o grupo, vamos tomar conta do grupo”
- sobre o trabalho comunitário: “foi muito legal mesmo em termos de conhecimento assim, a população aprovou muito, a população cobra as ações coletivas que a gente faz”; “tudo que era discutido era levado pro povo, então não era uma coisa que ficava só aqui dentro”; “chegava pro povão”
- sobre a autonomia e direcionamento do trabalho por parte da direção da unidade: “daí a gente ficou muito chateado com isso...então nós tivemos que mudar”
- sobre a diferença de visão do NSC e da equipe sobre os problemas coletivos: “ele está vendo o que está na frente dele”

IV. Clínico-epidemiológico

a) **Configuração tecnológica:** diferentes dos demais, os agentes não participam deste NSC. Sua composição basicamente de profissionais de nível universitário, conferiu ao grupo uma característica mais clínica, ou seja, mesmo utilizando-se dos instrumentais da epidemiologia, da estatística e da informação em saúde no trabalho cotidiano do NSC, ao se fazer o estudo de óbitos e das declarações de nascidos vivos, avaliando riscos por equipe de referência e dessa forma direcionar as intervenções, estas quando planejadas e projetadas têm sempre um componente ligado à atenção individual, uma preocupação com a abordagem integral na atenção ao paciente. O grupo apresenta uma preocupação com a intervenção precoce sobre os casos, principalmente para prevenir câncer de próstata, câncer de mama e complicações da hipertensão e diabetes, com abordagem semelhante ao esquema proposto por LEAVELL e CLARK (1978), na linha da Medicina Preventiva. É a epidemiologia influenciando a clínica, com a preocupação de focar a ação para problemas específicos, a partir de fatores de risco identificados, elaborando-se programas de intervenção mais direcionados, porém sempre com enfoque no trabalho clínico. Por exemplo, a estratégia utilizada para aumentar a adesão dos pacientes ao programa de hipertensão e diabetes será a oferta do exame diagnóstico de fundo de olho, ou seja, um procedimento clínico. Apostam também na cultura das pessoas em procurar o serviço de saúde para consumir consultas e procedimentos médicos. A intenção parece válida, pois no fundo, querem oferecer cuidados mais integrais, quando da procura das pessoas pelo serviço, aproveitando inclusive o potencial dos próprios especialistas do NSC. Manifestam, desta forma, o desejo de conferir ao trabalho do NSC um caráter mais executor, pois incomoda ao grupo realizar levantamentos e mais levantamentos e não intervir. É a crítica que têm ao núcleo ‘antigo’, grupo que existia antes da recente reformulação – após viver uma crise com a saída de alguns atores-chave no processo de trabalho – cujo perfil era mais parecido com um núcleo de informação, com pouca ação concreta sobre a realidade estudada.

Sobre essa reformulação, o coordenador da unidade teve um papel ativo em alguns momentos de redefinição da composição do grupo em função de outras prioridades da unidade, o que não representou necessariamente a desvalorização do trabalho do grupo, pelo contrário, parecem estar mais motivados com o trabalho neste novo modelo, apesar do número reduzido de profissionais que conseguem participar. Gostariam de trabalhar os dados com um método, de forma mais organizada. Têm um sonho de que um dia possam informar com mais segurança para as equipes, o que está ocorrendo em suas áreas de abrangência. Acreditam ser importante a presença de alguém no grupo que tenha esse saber mais aprofundado, no sentido de reduzir o amadorismo do grupo para os temas da epidemiologia e informação em saúde.

b) Questões colocadas pelo grupo: preocupação com a intervenção precoce e abordagem mais integral da atenção e do cuidado, o diagnóstico epidemiológico deve servir para direcionar as ações para os problemas mais prevalentes; preocupação com a demanda, com a organização do serviço; conhecer o método epidemiológico no sentido de ter mais segurança para ‘assessorar’ as equipes e coordenação; núcleo como possibilidade de acender sinais de alerta em relação a problemas de saúde, ter olhar direcionado; o NSC pode melhorar a clínica dos profissionais; cultura de registrar o que fazem; valorização do NSC; coordenação tem um papel ativo no direcionamento do trabalho e ao mesmo tempo o grupo tem liberdade para criar sozinho.

c) Falas mais representativas:

- sobre o diagnóstico epidemiológico: “pra juntar no final e fazermos um gráfico pra direcionar as campanhas de prevenção”
- sobre a abordagem centrada na pessoa e não no especialista: “o objetivo é amarrar eles, pegar tudo de uma vez”

- sobre a coordenação e o NSC: “o coordenador nunca entra, só entra quando eles precisam”; “o grupo pode caminhar sozinho”
- sobre os sinais de alerta: “difícil saber como caminhar, se não anda no escuro”
- sobre o método epidemiológico como segurança em trabalhar com informação: “olha, na tua área aconteceu isso, isso, isso...”

V. Gestor-vigilante

a) Configuração tecnológica: as “ferramentas” de trabalho são os saberes da educação em saúde e da vigilância epidemiológica, porém as ações, para além da proteção e do cuidado coletivos, têm sempre um cunho estratégico na busca da melhor forma de operar, o que confere ao grupo uma característica muito gestora da sua prática. O planejamento das atividades está incorporado ao cotidiano do NSC, como forma de se estruturar, melhorar o processo de trabalho. O grupo aproveitou-se do calendário oficial de eventos e de campanhas, como ações mais palpáveis, já incluídas na agenda das unidades e dessa forma re-significou algumas campanhas tradicionais da saúde pública, tendo em mente obter ganhos secundários, quais sejam, possibilitar a capacitação do núcleo sobre alguns dos temas considerados relevantes pela unidade e também envolver as equipes com outros setores que atuam no território das áreas de abrangência, como escolas, a comunidade, entre outros. O grupo valoriza as atividades de controle de doenças e o monitoramento dos óbitos e acompanhamento dos nascidos vivos, como forma de desenvolver em toda a equipe do CS uma postura “vigilante”. E também neste campo inovaram e ousaram experimentar. Ao trabalhar de forma criativa com o SV2 e, em seguida voltar atrás, o que está em jogo é a discussão aberta e democrática nos fóruns colegiados sobre a forma de fazer, mais do que o conteúdo ou a

mudança radical da prática. Utilizaram pouco as informações disponíveis para a tomada de decisão, mas nem por isso o trabalho ficou sem direção. De qualquer modo é chegada a hora do NSC capacitar-se nos saberes da epidemiologia e da informação em saúde. As inúmeras dificuldades para viabilizar o trabalho do NSC não são paralisantes para o grupo, pelo contrário, sabem que estão construindo um projeto de NSC, sabem que têm que enfrentar o desafio de ser ‘dual’, ao mesmo tempo ser NSC e também um profissional com responsabilidades específicas em determinado núcleo de saber. Porém é neste trilhar o caminho que emerge a potência. O processo pode ser mais lento, mas é dessa forma que se fortalece o trabalho coletivo. Ação e comunicação estratégicas na prática.

b) Questões colocadas pelo grupo: busca da identidade, da melhor forma de operar; realizar ações concretas da saúde pública tradicional como estratégia de sair para o território; reconhecimento do trabalho do NSC e integração com os outros espaços coletivos: CLS, equipes de referência, colegiado gestor; gestão colegiada para a tomada de decisões; valorização da ‘moça da vigilância’ e das atividades de vigilância de uma forma geral; agilidade nas decisões e o desenvolvimento na equipe de uma postura “vigilante” na vigência de controle de doenças; preocupação com os protocolos de atendimento das doenças sob vigilância; trabalho de parceria com o Distrito apesar da crítica acerca do excesso de demandas; mescla de vários saberes no NSC, tornando-se espaço de crescimento e contribuição; não levar dados prontos para a equipe, mas compartilhar o saber.

c) Falas mais representativas:

- sobre a busca da identidade: “exercer um papel e um dado momento estar num outro grupo em outro papel e perceber que esse caminhar não foi tranquilo em várias funções”
- sobre a integração com outros espaços coletivos: “sempre se avisa, sempre se passa aquilo que aconteceu, sempre se corre atrás daquilo que aparece”

- sobre a relação com o distrito: “feed-back para que se reprocessasse a informação”; “às vezes eles despejam tudo aqui...a gente fica louco pra dar conta e articular”
- sobre a incorporação da ‘moça da vigilância’: “toda essa papelada da vigilância é burocrático!...então a gente tem que deixar fixo uma pessoa responsável pra não ta perdendo os dados”
- sobre a postura vigilante: “colocou todo mundo vigilante”
- sobre a gestão colegiada e a tomada de decisões: “alguma coisa nós fizemos...algumas capacitações não conseguimos fazer na equipe geral mas algumas a gente conseguiu fazer nas equipes de referência”; “aquilo que disse no começo, às vezes não sai redondinho...”

A pergunta título deste estudo indaga sobre as novidades no modelo assistencial de Campinas após a implantação dos NSC. É possível afirmar, sim, que há novidades. A principal delas é que emerge da trama do instituído um novo sujeito coletivo, nascido da micropolítica do trabalho em saúde, no espaço singular da unidade de saúde. Estes sujeitos são diferentes dos especialistas da saúde pública ou da saúde coletiva, uma vez que a sua constituição se dá a partir de vários matizes, da multiplicidade de olhares e saberes fincados na clínica, na epidemiologia e na gestão e, em grande medida, na mescla com a experimentação e intuição dos trabalhadores de saúde. A busca de identidade destes sujeitos aproxima-os do seu objeto, aqueles se constituindo neste. O que gera novas práticas e um novo discurso.

A diretriz de governo no período estudado, com alto poder instituinte, construiu um ideário acerca dos NSC, o qual ao atravessar o campo da micropolítica é transformado e reinventado pelos trabalhadores no território dos seus ‘autogovernos’ e no exercício de suas autonomias. Cabe à gestão, se disposta a caminhar no sentido da mudança do modelo de atenção e de gestão – centrado no usuário e em defesa da vida – ter a sensibilidade para lidar com as ‘tensões’ e as diferenças constitutivas do processo de trabalho em saúde, publicizá-las e reconhecê-las com potência também instituinte. Neste sentido os NSC são o

fruto da reelaboração prática do referido ideário, com potencial para operar mudanças, tanto no modelo de atenção quanto no modelo de gestão. As mudanças perceptíveis no modelo de atenção, logicamente restritas aos NSC estudados, dizem respeito ao exercício da integralidade na prática destes sujeitos, à maior aproximação da clínica e da epidemiologia e o conseqüente aumento da oferta de cuidados coletivos com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde. As mudanças observadas no modelo de gestão dizem respeito à confirmação deste espaço coletivo, o NSC, como espaço de gestão colegiada, de exercício da democracia e participação institucional, no qual é possível refletir sobre a prática, redefinir rumos e gerir o próprio trabalho.

Diante do exposto é possível confirmar as duas hipóteses deste estudo, quais sejam, a diretriz de governo foi re-elaborada pelos trabalhadores nos espaços singulares das unidades de saúde, coexistindo múltiplas formas de funcionamento dos NSC, com impactos também distintos na ‘micropolítica’ destas unidades.

Graficamente, a relação dos NSC com a micropolítica do trabalho em saúde poderia ser a seguinte:

A MICROPOLÍTICA DAS UNIDADES E OS NSC

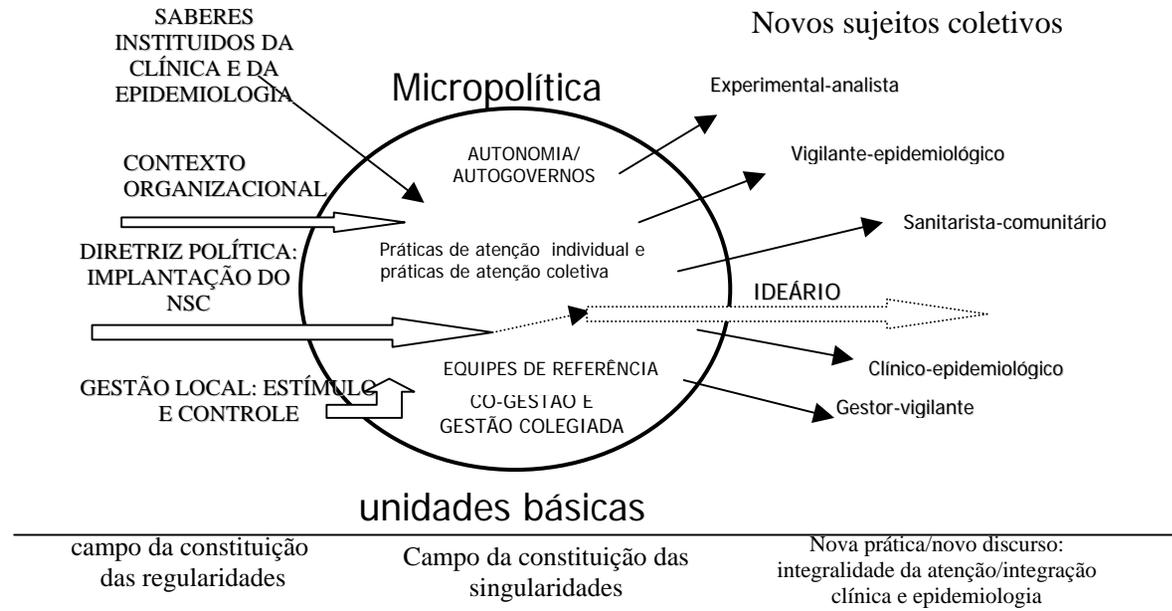


Figura 2- Fluxograma: Os NSC e a micropolítica do trabalho em saúde

CONCLUSÃO



Para além das regularidades e das singularidades percebidas e analisadas a partir do material empírico, o que se percebe de comum em todos os NSC é um intenso fazer coletivo, o exercício da integralidade na prática, a intervenção sobre relevantes problemas de saúde coletivos, a tentativa de sair do isolamento da clínica individual, apesar das inúmeras dificuldades encontradas para se operar o arranjo NSC.

Foi observada uma apropriação inquestionável da informação em saúde, de forma criativa e direcionada para as necessidades das unidades, embora seja perceptível a limitação das pessoas para o seu uso, o que confirma a necessidade de investimento na formação destes profissionais, com retaguarda técnica e operacional dos Distritos de Saúde e dos níveis centrais da Secretaria Municipal.

Para se definir a melhor estrutura do arranjo NSC, se mais estruturado ou mais fluido, deve-se levar em conta as opções tecnológicas da unidade, de acordo com a complexidade das ações e da disponibilidade de recursos.

Observou-se uma dificuldade dos distritos em perceber qual o tipo de ajuda os NSC realmente necessitam, talvez explicado pela ‘dureza’ daquele espaço de gestão no que diz respeito a se cumprir as diretrizes e o ideário construído sobre os núcleos de saúde coletiva. Há que se buscar o equilíbrio entre demanda e oferta entre estes níveis de gestão e não se correr o risco do ‘atropelamento’ dos distritos em relação aos NSC. O mesmo cuidado deve ser tomado internamente em relação às equipes de referência, não devendo existir quem formula e quem executa, isto depende do Projeto de NSC e das opções tecnológicas da unidade.

Em relação a um dos componentes da epidemiologia nos serviços, a vigilância epidemiológica, não se observou uma desresponsabilização em relação a esta prática, mas a necessidade de ajustes nos modelos estudados, com a incorporação da ‘moça da vigilância’ ao NSC, no sentido de valorizar o seu trabalho e qualificar as ações coletivas da unidade.

Finalmente, o principal achado deste estudo refere-se à percepção dos novos sujeitos coletivos que emergem da micropolítica do trabalho em saúde, no espaço singular da unidade. Estes sujeitos estão trilhando um caminho à procura de um jeito de fazer,

navegando em um mar de dificuldades, mas sempre achando brechas para trabalhar com satisfação, apesar das frustrações. Quietos, mas com desejo, sem grandes alardes, mas experimentando e fazendo muito. Ao percorrer estas trilhas em busca de sua identidade, mostram-se potentes e com uma nova prática discursiva, que tem muito a contribuir com a defesa da vida, no cenário do SUS e da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para a Saúde e Doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. De (Org) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

ALMEIDA FILHO, N. **Ciência da Saúde**. São Paulo: Ed.Hucitec, 2000.

ALVES, M. De D. **Sistema de Informação em Saúde: uma experiência no município de São Paulo, 1989/1992**. São Paulo, 1999. (Dissertação - Mestrado - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública).

AMARAL, M. C. Do **Percepção e significado da menstruação para mulheres**. Campinas, 2003. (Dissertação – Mestrado- Universidade Estadual de Campinas).

AROUCA, A. S. **O Dilema Preventivista**. Campinas, 1975. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

BARATA, R. C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Rev. Saúde Pública**, 31(5), 1997.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional: Teoria e Prática**. 3^a ed., Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, , 1996.

BARRETO, M. L. Emergência e ‘permanecência’ das doenças infecciosas. **MÉDICOS – HC – FMUSP**, 3, 1998.

BARROS, E. N. C. De **Práticas em Vigilância Epidemiológica: maneiras de ver e fazer**. Campinas, 2004. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 7 (3), 2002.

BRASIL Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BRASIL Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União (DOU)** de 20/09/90. Seção I p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente SUS. Brasília, 25 de junho de 2003.

CAMARGO JR, K. R. De As muitas vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

CAMARGO JR, K. R. de Um ensaio sobre a (in)definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. de (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 8(2), 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma; repensando a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensino sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 4(2), 1999.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 5(2), 2000a.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000b.

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

CAMPOS, G.W.S A epidemiologia a serviço do SUS. Entrevista com o autor no encarte do artigo “Cidade mais justa e Saudável”. **Radis**. Ed. Fiocruz, 24, 2004.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.

CARVALHO, M. S.; MARZOCCHI, K. B. F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 6(2), 1992.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, 30 (3): 258-93, 1996.

CASTRO, L. V. L. **Informações sobre mortalidade infantil no âmbito local: estudo na região noroeste de Campinas de 2000 a 2002.** Campinas, 2003 (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, A. R. de (Org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001a.

CECÍLIO, L. C. O. **Reprodução e mudança nas organizações de saúde.** Campinas, 2001b. (Trabalho não publicado).

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de (Org.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2003.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores:** porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Campinas, 2004. (Trabalho não publicado).

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, 18(supl.), 2002.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20(5), 2004.

DONALISIO, M. R. C. **O enfrentamento de epidemias: as estratégias e perspectivas do controle do dengue.** Campinas, 1995. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

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

DRUMOND JR., M. **Epidemiologia nos municípios:** muito além das normas. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

DUSSAULT, G. La epidemiologia y la gestion de los servicios de salud. **Bol. Epidemiol.(Wash)**, 16(2), 1995.

ESCUDE, M. M. L.; BERSUSA, A. A. S. Atuação do Núcleo de Epidemiologia. In: VILLELA, W.; KALCKMAM, S; PESSOLO, U.C. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa**. São Paulo: Ed. Instituto de Saúde (Temas em Saúde Coletiva), 2002.

FARIAS, R. M. S. **Modelos Assistenciais na Saúde, visão histórica: o Programa de Saúde da Família e o Programa Paidéia de Saúde da Família**. Campinas, 2001. (Trabalho não publicado).

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para Unidades Básicas do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 9(1), 2004.

FIALHO JR., R. B. **Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea: como (o)usar mesmo?**. Campinas, 2004. (Dissertação - mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. IN: MERHY, E.E.(Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. IN: MERHY, E.E.(Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

GUEDES, A E. L. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. De (Orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987.

HENRIQUES, C. M. P.; VILELA, M. F. G. Centro de Controle de Doenças: prevenindo mazelas. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.) **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. 2^a.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

- KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.
- KRUEGER, R. A. Focus groups: a practical guide for applied research. **Thousand Oaks**: Sage Publications; 1996.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Tradução de: Maria Cecília Donângelo, Moisés Goldbaum, Uraci Simões Ramos. Editora McGRAW-HILL do Brasil, LTDA., 1978.
- LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Ed. rev. e ampl. Caxias do Sul: Ed. EDUCS, 2003.
- LIMA, L. P. **O desafio gerencial da multiinstitucionalidade dos hospitais universitários**: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Campinas, 2004. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- MATTOS, R. A. De Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. De (Orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.
- MATTOS, R. A. De Integralidade e a formulação de Políticas específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. De (Orgs.) **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2003.
- MATTOS, R. A. De A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, 20(5), 2004.
- MATUS, C. O processo de produção social. In. MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ed. Instituto de Pesquisa Aplicada, IPEA, 1993, Tomo 1
- MAZA, B. P. Editorial. **Rev Cubana Hig Epidemiol**, 41(2-3), 2003.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: MENDES, E.V.(Org.) **A Vigilância à Saúde no distrito Sanitário**. Brasília: Ed. Organização Panamericana de Saúde, Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 1993. p. 7-19. v.10

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**; um desafio para o público. São Paulo, Buenos Aires: Ed. Hucitec; Ed. Lugar Editorial, 1997a.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em Saúde**; um desafio para o público. São Paulo, Buenos Aires: Ed. Hucitec; Ed. Lugar Editorial, 1997a.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, 4(2), 1999.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 3^a ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1994.

MOREIRA, M. E. **Gestão do trabalho em saúde**: desvendando a trama e o drama institucional. Campinas, 1997. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

MOURA, A.; VASCONCELOS, C. M. De; PASCHE, D. F.; BARROS, R. D. B. De.; CAMPOS, R. O.; L'ABBATE, S. Análise do Trabalho Institucional nas equipes dos Distritos Sanitários e no Hospital Mário Gatti de Campinas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

NASCIMENTO, R. S. **A implantação de um Núcleo de Saúde Coletiva em uma Unidade Básica de Saúde em Campinas**. Campinas, 2004. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, 3(2):5-21, 1994.

NUNES, E. D. Revisión de estudios historiográficos sobre la salud publica brasileña. **LLULL**, 19: 51-71, 1996.

OLIVEIRA, N. L. S. **Analisando uma abordagem educativa em saúde**: o caso da oficina do Caism. Campinas, 2001. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

OLIVEIRA, N. L. S. **Avaliação das práticas de educação em saúde na rede municipal de saúde de Campinas pós-Paidéia**. Campinas, 2005. Projeto para exame de qualificação. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

PAIM, J.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Inf. Epidemiológico do SUS**, 5: 27-57, 1993.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, 32(4), 1998.

PAIM, J. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 4(2), 1999.

PAIM, J. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 8(2), 2003.

PINHEIRO, R. As práticas do Cotidiano na relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. De (Orgs.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2001.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família SUS Campinas**. Campinas, 2001a.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental. **Projeto Paidéia de Saúde de Campinas: ampliação das ações de Saúde Coletiva**. Campinas, 2001b.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão Paidéia e os coordenadores de serviços**. Campinas, 2004a.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. **Capacitação Paidéia/Saúde da Família no SUS Campinas: Módulo Introdutório e Temático**. Campinas, 2004b. Volume 1.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde. **Capacitação Paidéia Saúde da Família no SUS Campinas: Agente Comunitário de Saúde**. Campinas, 2004c. Volume 2.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatórios dos Seminários de Saúde Coletiva de outubro de 2004 e dezembro de 2004.** Campinas, 2004d.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Seminário de Saúde Coletiva: construção coletiva da linha do tempo.** Campinas, 2004f.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Seminário de Saúde Coletiva: diretrizes do modelo de vigilância.** Campinas, 2004g.

PMC PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Distrito de Saúde Noroeste. **Relatório de Gestão 2001-2004.** Campinas, 2004h.

RIMOLI, J. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In: MERHY, E. E.(Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiência e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980.** Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1988.

SANTOS, L. A. R. **Uso dos sistemas de vigilância epidemiológica na avaliação e monitoramento do programa de controle da tuberculose.** São Paulo, 2004. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

SCHARAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1993.

SILVA, L. J. Vigilância Epidemiológica: uma proposta de transformação. **Saúde e Sociedade**, 1(1), 1992.

SILVA JR, A. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 1996. (Tese – Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública).

SILVA-JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em saúde.** Campinas, 2004. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

SILVA-JÚNIOR, J. B. A nova face da vigilância epidemiológica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12 (1), 2003.

SOMBINI, C. H. A M. **A Psicologia no Projeto Paidéia, do consultório ao Território?** Os psicólogos e a Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde – Campinas. Campinas, 2004. (Dissertação - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.** São Paulo: Ed. Cortez, 1999.

TAUIL, P. L. Epidemiologia a nível local: participação da Universidade, dos serviços e da população. **Divulgação Saúde em Debate**, v 11; 1995.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. De **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, 2003.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os municípios.** Manual para gerenciamento dos Distritos Sanitários. 2^a ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1997.

VILELA, M. F. G. **No meio do caminho tinha uma epidemia;** estudo de caso sobre o sarampo na região de Campinas, em 1997. Campinas, 1999. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

VILELA, M. F. G. **O lugar da Vigilância no ‘farol’ da Saúde Coletiva.** Campinas, 2000 (Trabalho não publicado).

VILELA, M. F. G. **Sobre o que foi e o que será:** reflexões sobre a atuação do Distrito de Saúde Noroeste em 2002 e perspectivas para 2003. Campinas, 2002. (Trabalho não publicado).

WALDMAN, E. A. **Vigilância Epidemiológica como prática de Saúde Pública.** São Paulo, 1991. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Inf. Epidemiol. SUS**; 7(3):7-26, 1998.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol.of Panam.**, 20: 472-81, 1996.

APÊNDICES



APÊNDICE I

ROTEIRO DO GRUPO COM OS DISTRITOS DE SAÚDE

- 02 PESSOAS POR DISTRITO: UM APOIADOR E UM PROFISSIONAL DA VISA (de preferência o coordenador ou um técnico muito envolvido com a implantação dos núcleos);
- Perguntas:
 - 1) Na sua opinião, qual é o papel do NSC?
 - 2) Quais os critérios vocês adotariam para avaliar a prática dos NSC, o que os qualifica?
 - 3) Baseados nesses critérios qual o NSC você escolhe para ser “pesquisado”?
- ao final anunciar as escolhas, de acordo com os critérios elaborado pelos distritos.

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA CONJUNTA COM MEMBROS DOS NÚCLEOS DE SAÚDE COLETIVA

entrevista feita no momento de alguma reunião ordinária do núcleo de saúde coletiva.

- 1) Conte a história da formação do NSC
 - 1.1 qual é a composição atual do NSC?
- 2) Como funciona (regularidade)?
 - 2.1 Quais as atividades desenvolvidas pelo núcleo?
 - 2.2 como se relaciona com os outros coletivos organizados da Unidade (colegiado gestor, equipes de referência, CLS) ?
 - 2.3 como é trabalhado o SV2 na Unidade?
 - 2.4 Como é feita a notificação de agravos?
 - 2.5 Quem realiza ações de controle das doenças de notificação compulsória (por exemplo, bloqueios)?
- 3) Vocês usam alguma informação de forma regular? Se sim, quais? Quem é responsável por elaborar o diagnóstico de saúde da Unidade?
- 4) O NSC trouxe algo de novo ao Centro de Saúde?
- 5) Quais as dificuldades encontradas pelo Núcleo para desenvolver suas atividades?

APÊNDICE III

RELATÓRIO DA OFICINA PARA ELABORAÇÃO DOS ROTEIROS DE ENTREVISTAS

No dia 25/08/04 foi realizada uma oficina conjunta com o orientador, a pesquisadora e quatro residentes (dois R1 e dois R2) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O objetivo da oficina foi elaborar, inicialmente, os roteiros das entrevistas que seriam realizadas com os núcleos de saúde coletiva das unidades básicas. No decorrer da discussão foi definido que seria rico também entrevistar os apoiadores e técnicos das Visas distritais, não só para indicação dos núcleos a serem entrevistados, como também para ‘captar’ desse espaço da gestão, o Distrito de Saúde, como viu, como atuou na formulação, implantação e acompanhamento dos NSC.

Foram propostas três etapas para coleta do material empírico:

- com os Distritos de Saúde – um grupo focal com presença dos apoiadores institucionais, técnicos e/ou gestoras das VISAs e um representante da COVISA (Coordenadoria de Vigilância em Saúde, do nível central). Foram sugeridos nomes de profissionais do Departamento de Medicina Preventiva e Social que poderiam coordenar o grupo focal. A pesquisadora ficou responsável por fazer os contatos.
- Com os NSC das unidades básicas – entrevistas conjuntas, no momento mesmo da reunião ordinária do Núcleo. Os residentes se organizariam para realizar as entrevistas.
- Com os coordenadores das unidades que tiverem os NSC entrevistados, em forma de entrevista individual, com roteiro mais simplificado daquele do núcleo.

Em relação ao roteiro de entrevista dos Núcleos elaborou-se de uma forma que não seria necessário segui-lo no íntegra, seria um roteiro semi-estruturado, com algumas questões de ‘algibeira’ que o entrevistador lançaria mão, caso o tema não fosse abordado no decorrer da entrevista.

APÊNDICE IV

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Responsável: Maria Filomena de Gouveia Vilela
Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular do doutorado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 972590
Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Centro de Saúde: _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar a implantação e as práticas dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) na rede básica do SUS Campinas/Programa Paidéia de Saúde da Família. Para realizar esta avaliação partiu-se da idéia de que o melhor é realizá-la junto a quem participou e participa deste processo.

Este processo de investigação faz parte do meu projeto de doutoramento. Apesar de ser um estudo acadêmico, é fato a importante integração ensino/serviço no município de Campinas, principalmente quando as práticas podem ser objeto de estudos e reflexões, tanto no sentido de suas afirmações como oportunidade de discussão de rumos. Este tema em particular, por tratar-se de uma nova prática é tema de interesse da saúde pública e já foi objeto de outro projeto de investigação desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga conseqüências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ___/___/____.

assinatura da(o) participante
RG: _____

assinatura da pesquisadora
RG: 20731022

APÊNDICE V

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GESTOR/TÉCNICO

Responsável: Maria Filomena de Gouveia Vilela
Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, aluna regular do doutorado do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. RA: 972590
Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Distrito de Saúde: _____

Participante Convidado(a): _____

Estamos realizando um estudo que pretende avaliar a implantação e as práticas dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC) na rede básica do SUS Campinas/Programa Paidéia de Saúde da Família. Para realizar esta avaliação partiu-se da idéia de que o melhor é realizá-la junto a quem participou e participa deste processo.

Este processo de investigação faz parte do meu projeto de doutoramento. Apesar de ser um estudo acadêmico, é fato a importante integração ensino/serviço no município de Campinas, principalmente quando as práticas podem ser objeto de estudos e reflexões, tanto no sentido de suas afirmações como oportunidade de discussão de rumos.

Este tema em particular, por tratar-se de uma nova prática, implantada como diretriz do Programa Paidéia de Saúde da Família, é tema de interesse da saúde pública, e já foi objeto de outro projeto de investigação desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva e Social. Acredito que, por tratar-se de uma novidade na rede básica, desperta o interesse de pesquisadores e também da instituição, após esses três anos de investimento neste Projeto.

A partir deste primeiro grupo serão selecionados os NSC a serem entrevistados, como continuidade do processo de avaliação e levantamento de dados. As entrevistas com os NSC serão coletivas, de preferência nos momentos de reuniões ordinárias dos mesmos. Peço desde já sua colaboração para esta segunda etapa, a ser realizada em breve.

Você poderá participar ou não da pesquisa. As atividades serão gravadas e depois transcritas. Você poderá ter acesso aos originais transcritos para sua análise e aprovação das informações ali contidas. Será garantido aos participantes o anonimato das informações prestadas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa e tendo tido a oportunidade de fazer perguntas e ter recebido respostas que me deixaram satisfeita(o), e tendo entendido que tenho o direito de recusar-me a participar da pesquisa, sem que isso traga conseqüências para mim, aceito participar desta pesquisa.

Campinas, ___/___/____

assinatura da(o) participante
RG: _____

assinatura da pesquisadora
RG: 20731022

NOTAS FINAIS



Aos gestores e trabalhadores de saúde do SUS Campinas

O grande sanitarista David Capistrano Filho já dizia: “a defesa da vida e o compromisso com a vida são valores que nem a mão invisível do mercado nem a mão pesada do planejamento centralizado e burocrático são capazes de garantir. Valores que ou vingarão através do empenho, luta, coragem e convicções firmes, ou simplesmente serão suplantados pelo cinismo, pela indiferença, pela cupidez e pelo individualismo mais feroz” (discurso feito em encontro de secretários municipais de saúde em Foz do Iguaçu, em 7 de maio de 1991).

Imbuída deste espírito de compromisso eu peço: não deixemos apagar a chama desta experiência!

O caminho é acidentado, cheio de trilhas, desvios. Outro autor – li isso não sei onde – fala da possibilidade do encontro do belo, do curioso, do alvissareiro nas pequenas trilhas. Guimarães Rosa arremata: “o real não está nem na saída nem na chegada, ele se apresenta é no meio da travessia” (do livro “Grande Sertão Veredas”). Estamos abrindo ‘picadas’ – outros, como Gastão Wagner já abriram, mas o mato cresce sempre – e construindo uma história, nem sei se tem chegada, só encontros e travessias. Nem sempre seguras, mas sabemos o norte. Histórias como esta que estão sendo escritas enriquecem o SUS, acreditem nisso!

Grande abraço

Mena