ALISIA HELENA WEIS

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE OS PRINCÍPIOS/AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

RIO GRANDE
2005

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE OS PRINCÍPIOS/AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

ALISIA HELENA WEIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientadora: Drª. Marta Regina Cezar Vaz
Co-Orientadora: Drª. Maria Cristina Flores Soares

Rio Grande
2005

ALISIA HELENA WEIS

O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE OS PRINCÍPIOS/AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL E DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Mestre em Enfermagem

e aprovada na sua versão final em 08 de dezembro de 2005, atendendo ás normas da legislação vigente da Fundação universidade Federal do Rio grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

_____
Drª. Maria Elisabeth Cestari
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Drª. Marta Regina Cezar Vaz _____
Presidente (FURG)

Drª. Maria Cristina Flores Soares _____
Co-orientadora (FURG)

Drª. Silvana Martins Mishima _____
Membro (USP/RP)

Drª. Hedi Crecência Heckler de Siqueira _____
Membro (FURG)

Drª. Vera lúcia de Oliveira Gomes _____
Membro (FURG)

Dedico este trabalho aos amores da minha vida que fundamentam a minha existência e sem os quais nada seria possível....
A minha filha amada Valentina, ao meu companheiro Clayton, a meu pai Carli, a minha mãe Neusa e ao meu irmão Renato.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente a Deus, pela existência e capacidade de pensar, pela iluminação necessária a concretização de um sonho.

Gostaria também de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desse trabalho que ao mesmo tempo, é a Minha Conquista e também uma Conquista Coletiva:

À meus pais, Carli e Neusa, a meu irmão Renato, a meu companheiro Clayton pelo amor, confiança e paciência dedicados a mim.

À Valentina, por ser a minha vida, a minha companheira, a minha alegria.

Á minha orientadora, Marta por ter acreditado em mim, por ter estado presente quando mais precisava, por ser amiga, por ser a responsável por está conquista.

À minha co-orientadora, Cristina por toda a ajuda, carinho e amizade.

A meu primo Alex pelo companheirismo.

Aos meus amigos que me ajudaram incansavelmente Valdecir, Sibele, Jorgana e Letícia.

As minhas amigas e colegas Sheila, Eveline, Fátima, Gisamara, Eloísa.

As minhas amigas de Palmitinho, a Bel, a Dani e a Beli.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que me ajudaram.

A CAPES pela ajuda financeira, concebida através da bolsa.

RESUMO

WEIS, Alísia Helena. O Processo de Trabalho da Enfermagem: Um olhar sobre os princípios/ações da Atenção Primária ambiental e da Promoção da Saúde na Rede Básica de Saúde. 2005. 184p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este trabalho teve como objetivo principal analisar o processo de trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, na ótica dos princípios da atenção primária ambiental e da promoção da saúde que estão presentes em suas práticas. Tendo como objetivos específicos conhecer o processo de trabalho da enfermagem da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde; identificar os princípios da promoção da saúde que estão sendo desenvolvidos na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde; conhecer os princípios da APA que estão sendo operacionalizados no trabalho da enfermagem. Para tanto, o método adotado foi o de um estudo de corte transversal, quanti-qualitativo de caráter exploratório, descritivo e analítico, no qual se buscou conhecer o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, a partir das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde, nos municípios de Rio Grande e São José do Norte que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Conseqüentemente, foi construído um instrumento com 51 perguntas fechadas, de múltipla escolha, que utilizam uma escala de grau de importância com notas de 0 a 10, aplicado às enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Ao término deste estudo destacam-se algumas considerações relevantes: a organização do trabalho na Rede Básica de Saúde ocorre em nível local através da participação da Secretaria Municipal de Saúde e das necessidades da população por meio da demanda programática, sendo que este dado foi mais expressivo pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, entretanto não foi visualizada a participação em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde; o trabalho na Rede Básica de Saúde desenvolvido pelas enfermeiras serve para promover a saúde e prevenir a doença; o entendimento sobre a expressão atenção primária ambiental é visualizado por meio das atividades de prevenção a doenças e agravos; o compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável é o princípio da atenção primária ambiental visualizado pelas enfermeiras através do trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde; a promoção da saúde influencia o trabalho sobre as condições clínicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes); os elementos intrínsecos da promoção da saúde, utilizados pelas enfermeiras no trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde são os ambientes favoráveis à saúde, a participação social e o próprio sistema de saúde. Pode-se, então, concluir com esses fatos que o trabalho desenvolvido na Rede Básica de Saúde em âmbito da atenção primária ambiental e da promoção da saúde se aproximam das maneiras como as trabalhadoras desenvolvem suas atividades no processo de trabalho diário, tanto em USF quanto em UBS e constituem-se um caminho para a mudança do modelo assistencial hegemônico nos serviços de saúde.

Descritores: Processo de Trabalho. Atenção Primária Ambiental. Promoção da saúde. Enfermagem**.**

ABSTRACT

WEIS, Alísia Helena. The process of work of the nursing. A look over the principles/actions of the environment Primary Attention and the Promotion of Health in the Basic Net Health. 2005. 184p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Pos-Graduation Program in Nursing. Foundation Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This work had as a main objective analyze the process of work of the nursing in the Basic Net of Public Services of Health, in the look of the principles of the environment Primary Attention and the Promotion of Health that are present in their practices. Having as specific objectives to know the process of work of the nursing in the Basic Net of Public Services of Health; to identify the principles of the promotion of health that are being developed in the Basic Net of Public Services; to know the principles of APA that are being used in the nursing's work. Then, the adopted method was a study of a transversal cut, quanti-qualitative with exploratory character, descriptive and analytical, in which we looked for to know the work developed by the nurses of the Basic Net of Health, starting from the Units of Health of Family (USF) and Basic Units of Health, in the municipals districts of Rio Grande and São José do Norte that compose the 3rd Regional Coordinator of Health. Consequently, an instrument was built up with 51 closed questions, multiple choice, that use a scale of degree of importance with grades from 0 to 10, applied to the nurses of the Basic Net Health. At the end of this study, stand out some relevant considerations: the work organization of the Basic Net Health happens in local level through participation of the Municipal General Health office and the needs of the population through the programmatic demand, and this is the detail more expressive for the nurses of the USF than the nurses of the UBS, however, it wasn't visualized the participation with the Municipal Council Health office; the work in the Basic Net Health developed by the nurses is to promote health and to prevent the disease; the understanding of the expression environment primary attention is visualized through the prevention activities of disease and their offences; the professional's commitment as a citizen, in assuring that each person has access to a healthy atmosphere is the principle of the environment primary attention visualized by the nurses through the work developed in the Basic Net Health; the promotion of health influences the work about the clinical conditions (health-disease process and its determinations); the intrinsic elements of the health promotion, used by the nurses in the work developed in the Basic Net Health are the favorable atmospheres to the health, the social participation and the own health system. We can say, then, conclude with these facts that the work developed in the Basic Net Health in extent of the environment primary attention and the health promotion approach to the ways that the workers develop their activities in the daily work process, as in the USF as in the UBS and they constituted a way to change the hegemonic assistance model in the health services.

Key words: Process of work. Environmental Primary Attention. Health Promotion. Nursing.

RESUMEN

WEIS, Alísia Helena. El Proceso de Trabajo de la Enfermería: Una mirada acerca de los principios/acciones de la Atención Primaria Ambiental y de la Promoción de la Salud en la Red Básica de Salud. 2005. 184p. Disertación (Maestrazgo en Enfermería) – Programa de Pos Graduación en Enfermería, Fundación Universidad Federal del Río Grande, Río Grande.

Este estudio tuvo como objetivo principal analizar el proceso de trabajo d la enfermería en la Red Básica dos Servicios Públicos de Salud, en la óptica de los principios de la atención primaria ambiental y de la promoción de la salud los cuales están presentes en sus prácticas. Teniendo como objetivos específicos conocer el proceso de trabajo de la enfermería de la Red Básica dos Servicios Públicos de Salud; identificar los principios de la promoción de la salud que están siendo desarrollados en la Red Básica dos Servicios Públicos de Salud; conocer los principios de la APA que están siendo operacionalizados en el trabajo de la enfermería. Para esto, el método adoptado fue lo de un estudio de corte transversal, canti-cualitativo de carácter exploratorio, descriptivo y analítico, en lo cual se buscó conocer el trabajo desarrollado por las enfermeras de la Red Básica de Salud, a partir de las Unidades de Salud de la Familia (USF) y Unidades Básicas de Salud, en los municipios de Rio Grande y São José do Norte que componen la 3ª Coordinadoría Regional de Salud. Consecuentemente, fue construido un instrumento con 51 preguntas cerradas, de múltipla elección, que utilizaba una escala de grado de importancia con notas de 0 a 10, aplicado a las enfermeras de la Red Básica de Salud. Al término de este trabajo se destacan algunas consideraciones relevantes: la organización del trabajo en la Red Básica de Salud ocurre en nivel local a través de la participación de la Secretaría Municipal de Salud y de las necesidades de la población por medio de la demanda programática, siendo que este dato fue más expresivo por las evaluaciones de las enfermeras de las USF que por las enfermeras de las UBS, sin embargo no fue visualizada la participación en conjunto con el Consejo Municipal de Salud; el trabajo en la Red Básica de Salud desarrollado por las enfermeras sirve para promover la salud y prevenir la enfermedad; el entendimiento sobre la expresión atención primaria ambiental es visualizado por medio de las actividades de prevención a las enfermedades y agravios; el compromiso del profesional como ciudadano, en asegurar que cada persona tenga acceso a un ambiente saludable es el principio de la atención primaria ambiental visualizado por las enfermeras a través del trabajo que desarrollan en la Red Básica de Salud; la promoción de la salud influencia del trabajo sobre las condiciones clínicas (proceso salud-enfermedad y sus condicionantes/determinantes); los elementos intrínsecos de la promoción de la salud, utilizados por las enfermeras en el trabajo que desarrollan en la Red Básica de Salud son los ambientes favorables a la salud, la participación social y el propio sistema de salud. Es posible, entonces, concluir con esos hechos que el trabajo desarrollado en la Red Básica de Salud en ámbito de la atención primaria ambiental y de la promoción de la salud se acercan de las maneras como las trabajadoras desarrollan sus actividades en el proceso del trabajo diario, tanto en USF cuanto en UBS y constituyen un camino para el cambio del modelo asistencial hegemónico en los servicios de salud.

Descriptores: Proceso de trabajo. Atención Primaria Ambiental. Promoción de la salud. Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de profissionais das USF e UBS dos municípios de Rio Grande e São José do Norte..... 64

Tabela 2: Número de enfermeiras que participaram da pesquisa.....77

Tabela 3: Número de enfermeiras das USF e UBS.....77

Tabela 4: Perfil demográfico e tempo de atuação das enfermeiras.....79

Tabela 5: Local e nível de formação das enfermeiras.....80

Tabela 6: Elementos do processo de trabalho das enfermeiras da Rede Básica de Saúde de Saúde dos municípios do Rio Grande e São José do Norte.....84

Tabela 7: Entendimento pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde acerca da expressão Atenção Primária em Saúde, e ambiental e seus princípios.....86

Tabela 8: Entendimento das enfermeiras da Rede Básica de Saúde sobre a Promoção da saúde, bem como os seus princípios norteadores, referentes aos princípios das políticas públicas saudáveis e as habilidades individuais.....90

Tabela 9: Princípios da promoção da saúde referentes a criação de ambientes favoráveis á saúde e as ações desenvolvidas nesse âmbito, desenvolvimento da ação comunitária e reorientação dos sistema de saúde, através das enfermeiras da Rede Básica de Saúde.....93

SUMÁRIO

1.APRESENTAÇÃO DO TEMA.....11

2.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA
2.1 As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde..... 16
2.2 O Sistema Único de Saúde..... 16

3.PROCESSO TEÓRICO METODOLÓGICO..... 39
3.1 Quadro de Referencial Teórico..... 39
3.1.1 Promoção da Saúde..... 39
3.1.2 Atenção Primária Ambiental..... 44
3.1.2.1 Antecedentes..... ..44
3.1.2.2 Definição, princípios e características..... 46
3.2 Caracterização do Estudo..... 60
3.2.1 Delimitação do estudo.....60
3.2.2 Cenário e sujeitos da pesquisa.....60
3.2.3 Momento inicial da pesquisa.....64
3.2.4 Coleta de dados.....65
3.2.5 Organização e análise dos dados.....66
3.2.6 Controle de qualidade.....75

4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....76
4.1 O Perfil das Enfermeiras Entrevistadas.....77
4.1.1 Idade, sexo e tempo de atuação profissional.....78
4.1.2 Local e nível de formação..... 79
4.2 Elementos do Processo de Trabalho..... 81
4.3 Entendimento Acerca da Expressão Atenção Primária em Saúde e Ambiental.....85
4.4 Entendimento sobre Promoção da Saúde.....87

5.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....94
5.1 O Perfil das Enfermeiras Entrevistadas.....97
5.2 Elementos do Processo de Trabalho.....99
5.3 Entendimento Acerca da Expressão Atenção Primária em Saúde e Ambiental.....115
5.4 Entendimento sobre Promoção da Saúde.....122

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES.....144

7. REFERÊNCIAS

8. APEÊNDICES

1-APRESENTAÇÃO DO TEMA

O trabalho intitulado "O Processo de Trabalho da Enfermagem: Um olhar sobre os princípios/ações da Atenção Primária Ambiental e da Promoção da Saúde na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde" está inserido no macro projeto integrado de pesquisa, cujo título é, "Produção de Saúde Atenção Primária Ambiental: Complexidade do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde no Extremo Sul do Brasil", aprovado pelo CNPq, sob a coordenação da Profª. Drª. Marta Regina Cezar Vaz. Sua estrutura está composta por diferentes subprojetos, todos convergindo para a temática primeira, objetivando a construção de novos conhecimentos na área. O subprojeto no qual este trabalho transita, está centrado, nos "Saberes e Práticas de Enfermagem que Potencializam a Atenção Primária Ambiental, no Processo de Trabalho em Saúde Coletiva".

O objeto do estudo em questão é o processo de trabalho da enfermagem, na especificidade do trabalho das enfermeiras, da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde. A escolha por este objeto de investigação emergiu do reconhecimento da enfermeira como um profissional instrumentalizado para o cuidado[1] coletivo que exerce poder de ação para a determinação da execução das atividades de saúde, que viabilizam a construção e a adequação de práticas de enfermagem e de saúde, mais próximas da população. O foco do trabalho foi às relações entre a proposta de atenção primária ambiental, a promoção da saúde e o processo de trabalho, sendo este o elemento mediador. Dessa forma, foi possível, inicialmente, através do processo de trabalho identificar os seus elementos contidos no trabalho da enfermagem e em seguida identificar os princípios da atenção primária ambiental (APA) e de promoção da saúde que estão presentes nas ações da enfermagem. A relação entre atenção primária

[1] Segundo Matumoto et al (2001), o cuidado é o núcleo de competências e de responsabilidades da enfermagem.

ambiental, promoção da saúde e processo de trabalho particularizam as ações de saúde, em realidades concretas, centradas na qualidade de vida dos seres humanos e no seu ambiente, bem como, a interação das equipes de saúde com os indivíduos, as famílias e a comunidade (MINAYO,1998).

Para o desenvolvimento deste estudo, neste contexto, as questões norteadoras foram:

- Quais os princípios de APA que estão constituídos no trabalho da enfermagem na rede básica?

-Quais os elementos de promoção da saúde que estão se operacionalizando no trabalho da enfermagem?

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, em conformidade com a Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS- a atenção primária ambiental visa à saúde ambiental e conseqüentemente a saúde humana, individual e coletiva, através de intervenções de prevenção, proteção e recuperação dos ambientes em nível local (OMS/OPAS,2000).

Desse modo, ela demonstra intrínseca relação com a Saúde Coletiva[2], uma vez que sua teoria e sua prática intervencionista na realidade tem como objetos de trabalho os processos de saúde e doença dos corpos sociais/coletivos. Mesmo não sendo explícita a expressão APA no trabalho diário dos serviços de saúde, sua conceituação e seus princípios tem importância fundamental na apresentação de um novo olhar para a saúde. Isso porque a APA está ligada ao desenvolvimento humano sustentável, em que a saúde da população e a qualidade do ambiente planetário estão intrinsecamente associadas (OPAS/OMS, 2000). Destacam-se os riscos ambientais que afetam a saúde das comunidades, os quais, constituem-se em fatores que contribuem para a destruição dos elementos naturais do planeta, sendo as mudanças climáticas, os resíduos perigosos e as doenças transmissíveis, resultados da

[2] Adotou-se o conceito de Enfermagem em Saúde Coletiva preconizado por Almeida & Rocha (1997) abordado por Cezar-Vaz (2001, p. 04) como sendo o "conjunto do envolvimento da enfermagem com a saúde pública. A enfermagem que trabalha nas instituições que visam a saúde coletiva tem sido denominada Enfermagem de saúde Pública e esta denominação muda de acordo com as propostas históricas do setor da saúde em geral".

violação do ambiente natural, tendo manifestações concretas na realidade (OPAS/OMS, 2000). Ao contribuir com este enfoque, a APA associa os problemas do nível local com o contexto regional, nacional e mundial, com o intuito de encontrar soluções integradoras, multissetoriais e com incorporação da cidadania e das autoridades que constituem o nível local (OPAS/OMS, 2000).

A APA tem, como princípios básicos a participação comunitária, a organização da população, a prevenção e a proteção ambiental, a solidariedade e a equidade, a integralidade e a diversidade ecológica. Para a sua operacionalização esses princípios são guiados pelas características, de intersetorialidade e interdisciplinaridade, de co-gestão pública-privada e autogestão, de coordenação, de eficiência e autonomia política e funcional (OPAS/OMS, 2000).

Sendo assim, a APA aproxima-se da idéia de promoção da saúde, a qual se traduz em expressões como políticas públicas saudáveis, colaboração intersetorial e desenvolvimento sustentável (CZERESNIA et al, 2003). Essa idéia possibilita relacionar a saúde com as condições de vida e com os múltiplos elementos (físicos, psicológicos e sociais) que estão imbricados na conquista de uma vida saudável, vinculados ao desenvolvimento da participação social e das habilidades individuais (CZERESNIA et al, 2003).

Czeresnia (2003) coloca que a promoção da saúde

> (...) vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (p. 47-48).

Considerando estes aspectos, a promoção da saúde, enquanto prática do Sistema de Saúde, está fundamentada pela regulamentação institucional da Lei 8080 e 8142 de 1990, como parte integrante de um conjunto de responsabilidades do Estado, presentes na

conceituação de saúde, nos princípios e diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), que abrangem a participação da comunidade e a integralidade do sistema, cuja gestão é descentralizada e direcionada para a intersetorialidade (RELATÓRIO DO BRASIL, 2004).

Observando-se o processo de trabalho em saúde, a partir de seu produto que é a saúde, ou seja, o resultado do processo de produção, a promoção da saúde e a atenção primária ambiental identificam-se como uns dos modos[3] para se produzir saúde[4] (CAMPOS, 2000). Esses elementos podem ser, também potencializadores um do outro no momento em que seus saberes se expressam na prática de saúde. De forma a promover uma melhor saúde e qualidade de vida aos indivíduos, famílias e comunidades, tanto a APA quanto à promoção da saúde estão sustentadas pela participação ativa das pessoas e pelo fortalecimento dos indivíduos e das comunidades.

Neste sentido, a perspectiva da promoção da saúde e da APA conjugam a re/construção de uma visão holística e integradora de todo o sistema e de todo o processo de desenvolvimento da sociedade (LEFF, 2001).

Essa construção ou reconstrução encontra no fazer da enfermagem uma possibilidade de ocorrer porque o trabalho da enfermagem, enquanto parte do trabalho da saúde, se caracteriza como sendo um componente na produção de serviços de saúde em nível da coletividade e como instrumento da saúde coletiva, que se subordina às necessidades sociais da população (ALMEIDA & ROCHA, 1997). Por isso, esse trabalho, não pode ser visto como um processo único, mas como um sistema que sofre a influência do ambiente, dos usuários e dos profissionais.

Desse modo, foi lançado o olhar sobre o processo de trabalho da enfermagem, na categoria profissional das enfermeiras, na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, abrangendo

[3]Pode-se dizer que a saúde é um produto essencial das atividades de promoção da saúde e da atenção primária ambiental, e ainda, do trabalho da enfermagem, de toda a equipe de saúde, enfim, do sistema nacional de saúde.
[4] Campos (2000) cita quatro modos básicos para se produzir saúde, os quais são: a promoção da saúde com vistas as cidades saudáveis; a vigilância à saúde; a clínica e a reabilitação e o atendimento de urgência e emergência.

os municípios de Rio Grande e São José do Norte, no Estado do Rio Grande do Sul, localizados no extremo sul do Brasil, pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Nesse contexto, o objetivo principal deste estudo foi analisar o processo de trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, na ótica dos princípios da atenção primária ambiental e da promoção da saúde que estão presentes em suas práticas, e os objetivos específicos foram:

-Conhecer o processo de trabalho da enfermagem da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde.

-Identificar os princípios da promoção da saúde que estão sendo desenvolvidos na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde.

-Conhecer os princípios da APA que estão sendo operacionalizados no trabalho da enfermagem.

Assim, foi possível conhecer a estrutura do trabalho da enfermagem, a partir do olhar da enfermeira sobre o seu fazer.

Apresenta-se em seguida o segundo capítulo composto pela Revisão Bibliográfica que foi formada pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e pelo Sistema Único de Saúde. O terceiro capítulo organizado pelo Processo Teórico-Metodológico constituído pelo Quadro de Referencial Teórico subsidiado pelos conceitos de promoção da saúde, atenção primária ambiental e processo de trabalho, e pela Caracterização do Estudo, a qual apresenta o delineamento, o cenário e os sujeitos do estudo, além da caracterização do momento inicial da pesquisa, da coleta, da organização e análise dos dados. O quarto capítulo foi formado pela Apresentação dos Resultados que foi dividida em 4 subcapítulos: o perfil das enfermeiras entrevistadas, os elementos do processo de trabalho, o entendimento acerca da expressão atenção primária ambiental e o entendimento sobre a promoção da saúde. O quinto capítulo foi constituído pelas conclusões e considerações do estudo.

2-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo foi constituído por dois grandes tópicos: “As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde” e o “Sistema único de Saúde”. No primeiro foi realizado um resgate histórico descritivo acerca das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde que possibilitou uma contextualização de como vem ocorrendo este processo de discussão e reflexão sobre promoção da saúde. O segundo tópico, por sua vez tratou da definição do Sistema Único de Saúde (SUS), de suas características e de seus princípios diretores como maneira de compreender sua funcionalidade, bem como elucidar a prática de promoção de saúde inserida neste sistema.

2.1 As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde

A contextualização das cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas pela Organização Mundial de Saúde fez-se necessário, pois permitiu a identificação de seus conceitos e suas influências sobre a prática da promoção da saúde no Brasil e no mundo, considerando as condições de vida das pessoas e sua relação com o ambiente, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população. Os conteúdos presentes nas Conferências ajudam e continuam influenciando a formulação de estratégias de saúde, que possam minimizar as injustiças sociais e melhorar as relações entre os indivíduos, ao visualizar a coletividade.

O termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez por Sigerist em 1946, para definir quatro tarefas especiais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação dos enfermos (BUSS,2003). Afirmando que se promovia a saúde quando se proporcionava para as pessoas condições apropriadas e dignas de vida, adequadas

condições de trabalho, educação, cultura, lazer e descanso. Leavell & Clark em 1965 utilizaram a promoção da saúde para caracterizar um dos níveis de prevenção das doenças[5] (BUSS,2003). Essa promoção era entendida como

> um bom padrão de nutrição, ajustado as várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais em atividades individuais ou em grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho (BUSS,2003,p.18)

Entretanto, essa conceitualização apresentava alguns limites para a prática de promoção da saúde, pois apresentava uma visão direcionada para o indivíduo com uma certa projeção para a família ou para grupos específicos.

Conforme, Ferreira & Buss (2001) citados por Brasil (2001), em meados dos anos 60, muitos debates estavam sendo realizados no mundo, com vistas à superação da centralidade da enfermidade com relação à excessiva medicalização, em que se buscava um novo olhar para a saúde numa perspectiva positiva. Neste enfoque, destacou-se a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização de duas missões de observação coordenadas pela OMS, cujo líder era Halfdan Mahler, entre os anos de 1973 e 1974, onde foi realizada uma descrição das primeiras atividades de melhoria da saúde da população no ambiente rural dos chineses, e também o destaque ao movimento canadense em decorrência do Relatório Lalonde "Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses" (1974) e que depois foi reforçado pelo o relatório Epp "Alcançando Saúde para todos".

O Informe Lalonde em 1974, é considerado o marco inicial da promoção da saúde no Canadá e foi a primeira declaração oficial a usar o termo 'Promoção da Saúde' e a 'colocar

[5] Os níveis de prevenção da doença, referidos por Leavell & Clark, formam o modelo da história natural da doença. O primeiro nível compreendia a prevenção primária que se realizava através de ações de promoção da saúde e proteção específica à saúde; o segundo nível representava a prevenção secundária e terciária por meio da realização de diagnóstico e tratamento precoce, além de limitação da invalidez. Já o terceiro nível correspondia a prevenção propriamente dita q eu se efetivava através de práticas voltadas a reabilitação (Buss,2003).

este campo no contexto do pensamento estratégico' (BUSS,2003, p.21). Conforme Lalonde, a maior parte dos esforços da sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos nesta área reuniam-se na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam às causas principais de adoecimento ou morbi-mortalidade no Canadá, verificava-se que a sua origem encontrava-se em outros componentes do conceito, ou seja, a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde (TEXTOS DE REFERÊNCIA, 2004 a; BUSS, 2003).

Estes componentes estavam aderidos no campo da saúde, reunidos como determinantes dessa condição. Assim, o Informe dizia que o componente da biologia humana englobava todos os fatos da saúde física e mental que se manifestam como conseqüência da constituição orgânica do indivíduo. O ambiente, associava os fatores externos ao organismo em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle. O componente do estilo de vida referia-se ao conjunto das decisões, as quais os indivíduos tomam a respeito da sua saúde, estando parcialmente sob o seu controle. A organização da atenção à saúde devia-se basear na disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com ela definindo assim, o sistema de saúde. (BUSS,2003, p.22).

Para abordar os problemas nas esferas supracitadas, foram propostas cinco estratégias de ação, compreendendo a promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. A estratégia de promoção foi formulada para 'informar, influenciar e assistir os indivíduos e as organizações para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde' (BUSS,2003, p.23).

Nesse sentido, as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional se acumularam ao longo dos anos que se seguiram. Foram criadas as condições para a organização da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde em 1986,

em Ottawa no Canadá, patrocinada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública (TEXTOS DE REFERÊNCIA, 2004 b).

Antes dela, foi realizada A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, URSS em 06 a 12 de setembro de 1978, a qual ampliava a visão do cuidado de saúde em uma dimensão setorial, de envolvimento da própria população e com apoio dos governantes. Dessa forma, se conseguiria atingir o mais alto grau de saúde e a meta 'Saúde para Todos no Ano 2000', formulada em 1977, como forma de acabar com a lacuna entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, além de atribuir aos governantes, a responsabilidade das condições de saúde de seus povos através da realização de medidas sanitárias e sociais adequadas. Os cuidados primários eram essenciais para se atingir essa meta e representavam o primeiro nível de contato do indivíduo e da coletividade com o sistema de saúde. Assim, essa conferência colaborou para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos, na prática de saúde em todos os países do mundo (BRASIL, 2001).

Transcorridos 12 anos da divulgação do Informe Lalonde, ocorreu no mês de novembro de 1986, também no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Carta de Ottawa. Essa Conferência estabeleceu as bases teóricas para a realização das conferências subseqüentes, bem como o aprimoramento do conceito de promoção da saúde.

O principal resultado desta Conferência foi a Carta de Ottawa, que possibilitou a clarificação do conceito de promoção da saúde. Assim, ela é definida como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (BRASIL, 2001, p.19).

Para que fosse possível atingir o estado de completo bem-estar físico, mental e social as pessoas, em nível individual e coletivo, deveriam conhecer suas aspirações e suas

necessidades para, então, modificar favoravelmente o meio ambiente de forma a preservar a sua saúde e a do ambiente. Com isto, o conceito de saúde, podia e pode ser visto em uma dimensão positiva, tornando-se amplo, ou seja, permitindo ser entendido como um recurso para viver e não como objetivo de vida. As condições e os requisitos para que isso seja efetivado, são: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a eqüidade (BRASIL, 2001 e ANDRADE & BARRETO, 2002).

A Carta de Ottawa associada aos oito requisitos acima assumiu a eqüidade em saúde como um dos focos principais, que tendo como finalidade, reduzir as diferenças entre os estados de saúde da população e, assegurar o acesso igualitário às oportunidades e aos recursos para se atingir esse potencial. Outro ponto importante que a Carta adotou foi quanto às atividades intersetoriais, ou seja, a ação coordenada de todos os setores envolvidos, governo, saúde, educação, indústria,etc (BRASIL, 2001) para promover a saúde, reforçando ainda, as responsabilidades dos indivíduos e das comunidades pela saúde.

Sendo assim, a Carta de Ottawa referiu, ainda, que

> A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (BRASIL, 2001, p.20).

As estratégias centrais para a ação de promoção da saúde presentes na Carta de Ottawa, corresponderam a: construção e a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento de ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (ANDRADE & BARRETO, 2002).

Contudo, a Conferência chamou a atenção do mundo para promover a saúde, através de ajuda mútua e do estabelecimento de estratégias de promoção que considerem os diversos determinantes de saúde.

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Adelaide, na Austrália, no mês abril de 1988. Essa Conferência estabeleceu a Declaração de Adelaide, a qual tinha como tema central, as políticas públicas saudáveis. Tais políticas tinham como propósito fundamental "criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis" (BRASIL, 2001, p. 26).

Com esse tema, a Declaração de Adelaide enfatizou a participação da comunidade, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde, como fundamentais no novo direcionamento das políticas públicas. Isso veio a reafirmar o compromisso assumido em Ottawa cuja base está formada desde Alma-Ata, quanto a novas políticas públicas que colocaram a justiça social, a eqüidade, a defesa da saúde e a mediação política como essenciais para a saúde (BRASIL, 2001).

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde indicou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis, as quais foram: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis. Com isso, ela responsabilizou o poder público por políticas nas áreas sociais e pelo provimento financeiro nas políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de forma a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos, assegurando que a população tenha acesso aos meios indispensáveis para uma vida sadia e satisfatória. Sugeriu o desenvolvimento de novas alianças no setor, como parcerias com outras entidades e organizações para promover o incremento das ações de saúde (BRASIL,2001 e BUSS,2003).

No ano de 1991, em Sundsvall, na Suécia, foi realizada a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A Declaração dessa Conferência teve como tema principal, a criação de ambientes favoráveis à saúde.

A Conferência de Sundsvall ocorreu um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, no Rio de Janeiro (Brasil) num contexto de muitos debates referentes a questão ecológica. A questão ambiental foi acrescida na agenda da saúde, sendo entendida não apenas na esfera física e natural, mas também nas esferas social, econômica, política e cultural.

Afirmou-se na Conferência de Sundsvall, que

> Um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e devem ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais (BRASIL, 2001, p.34).

As desigualdades sociais e em saúde nos países ricos e pobres, os conflitos armados, o rápido crescimento populacional, a alimentação inadequada, a destruição dos recursos naturais, etc eram os desafios a serem vencidos para atingir a meta de 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Assim, na Conferência de Sundsvall, conforme BRASIL (2001) foram destacados quatro aspectos para a criação de ambientes saudáveis e promotores da saúde:

1. Dimensão Social, que abrange a forma pelas quais as normas, os costumes e os processos sociais, afetam a saúde.

2. Dimensão Política, que requer dos governos a garantia da participação democrática dos cidadãos nos processos de decisão e descentralização dos recursos e das responsabilidades; e o compromisso com os direitos humanos (paz e aproveitamento dos recursos da corrida armamentista).

3. Dimensão Econômica, que requer a distribuição coerente dos recursos para alcançar a saúde para todos e o desenvolvimento sustentável, incluindo a transferência de tecnologia segura e correta.

4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os político e econômico.

A Conferência de Sundswall estabeleceu dois princípios fundamentais para implementar a estratégias de 'Saúde para Todos no ano 2000': a eqüidade, que deveria ser a prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde, e ações do setor público levando em conta a interdependência entre todos os seres vivos, a gerência dos recursos naturais, considerando as necessidades das futuras gerações (BRASIL, 2001).

Outro ponto importante da Conferência de Sundswall (BRASIL, 2001), foi o esforço da ação popular no envolvimento e no controle das atividades. Para a ação em saúde pública foram identificadas quatro estratégias, visando promover a criação de ambientes favoráveis à comunidade:

1.Reforço a proposta através de ações comunitárias, destacando-se as organizadas pelas mulheres.

2.Capacitação da comunidade e os indivíduos, através da educação e da maior participação no processo decisório, para que se consiga controle sobre a saúde e o ambiente.

3.Construção de alianças entre as áreas da saúde e ambientes favoráveis, reforçando a cooperação entre as campanhas e estratégias desenvolvidas em ambas.

4.Mediação entre os interesses conflitantes na sociedade, para que se possa garantir o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Enfim, aumentando o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária, torna-se-á possível o processo democrático de promoção da saúde.

A III Conferência Promoção da Saúde alertou

> a comunidade internacional para o estabelecimento de novos mecanismos para a prestação de contas dos setores saúde e ambiente, construídos sobre princípios de um desenvolvimento sustentável da saúde (...) A OMS e o Programa das Nações Unidas para o ambiente (UNEP) devem aumentar os esforços para o estabelecimento de códigos de conduta no comércio e propaganda de substâncias e produtos prejudiciais à saúde e ao meio ambiente. A OMS e a UNEP devem desenvolver guias e manuais baseados nos princípios do desenvolvimento sustentável para o uso dos estados-membros, no planejamento, implementação e avaliação dos projetos (BRASIL, 2001, p.38).

Deste modo, a Conferência de Sundswall, deixou claro que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano, não podem estar separados e o desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, na preservação e na sustentabilidade do meio ambiente.

Subseqüentemente, aconteceu a Conferência Internacional de Promoção de Saúde em Santafé de Bogotá, na Colômbia, patrocinada pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelo Ministério da Saúde da Colômbia, no ano de 1992, com o propósito de definir o significado da promoção da Saúde na América Latina.

A preocupação dos governantes, dos setores da saúde, das associações comunitárias e estudantes, entre outros representantes da sociedade, com a América Latina acometida pela iniqüidade que pouco a pouco estava se agravando devido a constante crise econômica e programas de políticas de ajuste macroeconômico, mostrava a deterioração das condições de vida de grande parte da população, somada ao aumento dos riscos à saúde e a redução dos recursos para combatê-los (BRASIL,2001). Essa realidade representava o desafio da promoção da saúde, a qual visava transformar as condições de desigualdades existentes através da união dos interesses econômicos com os sociais, os que deveriam cultivar a solidariedade e a eqüidade social (BRASIL, 2001) como meio de atingir o bem-estar de todas as pessoas, sendo fundamental para a saúde e para o desenvolvimento.

Como estratégia para promover a saúde na América Latina foram absorvidas as propostas da Carta de Ottawa, por essas serem claras e apresentarem condições para se efetivarem.

Contudo, "o direito e o respeito à vida e à paz são os valores éticos fundamentais da cultura e da saúde. Tornou-se indispensável que a promoção da saúde na América Latina assumisse estes valores, cultivasse e praticasse-os habitualmente" (BRASIL, 2001, p.41).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Jacarta na Indonésia, no mês de julho de 1997, foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde (BRASIL, 2001). A Declaração desta Conferência assumiu o compromisso da Carta de Ottawa quanto ao reforço da ação comunitária e ainda enfatizou que, a promoção da saúde é um dos meios para se conseguir maior eqüidade em saúde.

Neste momento da referência e cada vez mais, a promoção da saúde está sendo vista como elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde. Conforme BRASIL (2001), ela significa

> um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar o maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniqüidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos (p.43)

A Declaração de Jacarta definiu cinco prioridades para ação em promoção da saúde para o próximo século: promover a responsabilidade social com a saúde, aumentar os investimentos para fomentá-la, consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade, aumentar a capacidade comunitária e fortalecer os indivíduos e, por fim, assegurar uma infra-estrutura para a promoção da mesma (BRASIL, 2001 e BUSS, 2003).

Em março de 1998, na cidade de Genebra (Suíça), aconteceu outro evento dessa natureza, com o estabelecimento da Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde, pela OMS.

Essa Rede de Megapaíses surgiu a partir do reconhecimento da necessidade e do potencial para dar condições de maior impacto na saúde mundial, através da formulação de uma aliança entre os países mais populosos do mundo (BRASIL, 2001). Nesse sentido, trabalhariam juntos para promover a saúde. Para tanto, foram definidos os papéis dos países da Rede e da OMS e estabelecidos objetivos.

A Rede tinha como incumbência fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nas esferas mundial e nacional, de modo a ampliar a condição de saúde aos indivíduos dos países envolvidos e do restante do mundo. Eles tinham autonomia para direcionar as suas prioridades, construindo meios mais fortes para promover a saúde dentro de cada país.

De modo a fortalecer a capacidade de promoção da saúde em âmbito mundial e nacional, foram estabelecidas cinco metas, segundo BRASIL (2001): melhorar a base de informações relativas à promoção da saúde; desenvolver a saúde promovendo estratégias referentes aos estilos de vida, curso de vida saudável, preservação do meio ambiente e preservação de assentamentos; mobilizar os recursos existentes e redistribuí-los adequadamente; aumentar a colaboração intersetorial das entidades governamentais e não governamentais e entre os setores públicos e privados; direcionar as questões comuns entre os países da Rede, como “redistribuição de recursos nas grandes burocracias, construir competências com parceiros nacionais e alcançar grandes populações por meio da mídia” (BRASIL, 2001, p.52).

A V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde aconteceu na Cidade do México (México), em junho de 2000, na qual foram retomadas as cinco prioridades para a

promoção da Saúde formuladas na Carta de Ottawa. A meta desta Conferência era analisar a contribuição dessa estratégia na melhoria da qualidade de vida.

Apresentou três objetivos básicos: demonstrar como a promoção da saúde influencia a qualidade de vida, colocar a saúde como conteúdo nos eventos de desenvolvimento internacional, nacional e local e estimular as parcerias para a saúde entre os diversos atores em todos os níveis da sociedade (ANDRADE & BARRETO, 2002).

De acordo com ANDRADE & BARRETO (2002), a V Conferência teve duas programações: a programação técnica e a programação ministerial. A Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde, afirmou a contribuição de estratégias para a manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional, e afirmou o compromisso dos países em formularem os planos nacionais de ação, para acompanhar o progresso feito pela incorporação das estratégias de promoção da saúde na política de planificação em todas as esferas das diferentes federações. Já a programação técnica, apresentou seis sessões que consideraram os conteúdos desenvolvidos na Conferência de Jacarta e na Resolução sobre Promoção da Saúde da Assembléia Mundial de Saúde. Os temas desenvolvidos nas sessões foram:

> Fortalecer as bases de evidência em promoção da saúde; incrementar a inversão para o desenvolvimento da saúde; promover a responsabilidade social para a saúde; incrementar a capacidade das comunidades e 'empoderamento' dos indivíduos e das comunidades; assegurar a infra-estrutura necessária para a promoção da saúde; reordenar os sistemas e serviços de saúde com critérios de promoção da saúde (ANDRADE & BARRETO, 2002, p.158).

Como resultados desta Conferência, se teve a reafirmação da promoção da saúde como potência para qualidade de vida. Além de enfocar os determinantes de saúde, reafirma que o

seu conteúdo é importante no aspecto social e político e que a participação da população feminina é essencial para o seu desenvolvimento.

Ao olhar o conteúdo das Conferências sobre Promoção da Saúde referidas acima, percebeu-se que elas aproximam a saúde e a qualidade de vida como essenciais para o desenvolvimento social e econômico dos povos. Diferentemente da prevenção da doença, a qual tem o significado de impedir que a doença se instale, "reduzindo sua incidência e prevalência nas populações" (CZERESNIA, 2003, p.45). A promoção da saúde, por sua vez, dirige-se à saúde, ou seja, refere-se aos modos para aumentar a saúde e o bem-estar das pessoas, transformando as condições de vida e de trabalho que dão origem aos problemas de saúde (LEAVELL & CLARK, 1976 e TERRIS, 1990 apud CZERESNIA, 2003).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

A conjuntura da Saúde Pública no Brasil e os movimentos internacionais de promoção da saúde vêm acompanhadas de um processo histórico que caracterizaram o Sistema Único de Saúde.

A época em que predominou a ditadura militar ficou marcada pela concentração do capital, pela deficiência na distribuição dos benefícios sociais, que levaram ao prejuízo da atenção à saúde para as pessoas. Desse modo, crescia as indagações a respeito da complexidade do sistema de saúde do país, já que a saúde não era direito de todos e a assistência médica só era oferecida para quem pagava a previdência social. Assim sendo, a população que não tinha recursos, não recebia o cuidado de saúde oferecido pelos serviços de saúde.

A medicina curativa, contudo, não atendia as reais necessidades da população, apenas oportunizava a concentração da renda no setor privado. Dessa forma, a população estava descontente e exigia dos governantes dedicações aos problemas sociais da população. Neste sentido, abriu-se espaço para a Medicina Comunitária, que visava ações de promoção e prevenção à saúde ao nível da coletividade.

As preocupações com os problemas de saúde da população e com a organização do sistema de saúde reforçavam a idéia de uma mudança do modelo assistencial a saúde existente, a fim de obter uma reorganização referente à melhoria das condições sanitárias e a garantia de acesso aos serviços de saúde, sem restrições. Neste momento, as medidas a serem tomadas envolviam mudanças nas organizações do sistema de saúde, bem como em outros setores como educação, saneamento e outros.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, o movimento sanitário representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, a proposta de reorientação do Sistema de Saúde do país (NETO 1998), a partir da mobilização dos profissionais da área da saúde.

Andrade e Barreto (2002), apontam a afirmação de Escorel (1999), quanto ao funcionamento do CEBES, referindo que este "(...) funcionou como um setor de difusão de uma dinâmica que, nascida no interior do aparelho de Estado, tornou-se capaz de articular o movimento sanitário com os demais movimentos sociais". (p.162).

Em 1985, o movimento social intensificou-se e em agosto do mesmo ano, por meio de uma portaria do Ministério da Saúde, foi criada a comissão organizadora da VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), formada por parlamentares, representantes de entidades sindicais de trabalhadores e empregadores, órgãos de classe e profissionais de saúde, partidos políticos, instituições públicas envolvidas com a área da saúde e entidades representativas da sociedade

civil. Essa comissão elaborou um relatório que foi aprovado em novembro de 1985 pelo Ministro da Saúde, instituindo que a VIII Conferência Nacional da Saúde teria como critérios para a reorientação do Sistema de Saúde Brasileiro, junto à Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de reestruturação da política de saúde.

Em março de 1986 em Brasília, efetua-se a VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação de dirigentes institucionais, técnicos, políticos, lideranças sindicais, entre outros, tendo como tema central a saúde como direito inerente da cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de universalidade, participação e descentralização, integração orgânica-institucionais, a redefinição dos papéis institucionais das Unidades políticas (União, Estados, Territórios e Municípios) na prestação de Serviços de Saúde, e o funcionamento do setor da saúde (FIOCRUZ,2004).

Foi, então, aprovado um relatório que constituiu o Projeto da Reforma Sanitária que em seguida culminou no Movimento da Reforma Sanitária, a qual tinha como princípios e diretrizes, os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, Sistema Único de Saúde, participação popular e constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 1993). Dessa forma, surgia uma nova estrutura organizacional do Sistema de Saúde, que vinha ao encontro das necessidades de saúde da população a ser atendida.

A Constituição Brasileira aprovada em 1988, reuniu parte dos conteúdos da VIII Conferência Nacional de Saúde assumindo, dessa forma, a moção da Reforma Sanitária de Implantação do Sistema Único de Saúde. Apesar das resistências para a sua concretização tanto no próprio sistema político, quanto do modelo médico assistencial privatista, foram conseguido certos avanços com a ajuda dos Secretários Municipais de Saúde liderados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e dos Secretários Estaduais de Saúde, liderados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para

a implantação dos princípios institucionais, chamados de pactuação infraconstitucional. Essa pactuação foi responsável pela criação das Leis Orgânicas da saúde em 1990, sendo a Lei n°8080/90, que diz respeito à organização e funcionamento dos serviços de saúde e sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a Lei n°8142/90 que se refere à participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, mesmo assim o governo resistia a descentralização e o Ministério da Saúde não cumpria suas novas funções (ANDRADE & BARRETO,2002)

Então, a fim de retomar algumas decisões quanto à implantação do SUS, o novo conceito de saúde, formulado pela Nova Constituição e que está expresso no seu artigo 196 diz que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Com a regulamentação institucional da Lei nº8080/90 nos artigos 2º e 3º, das disposições gerais (Título I) têm-se:

a saúde é colocada como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício;

o dever do Estado em garantir a saúde incide na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação da saúde;

as políticas sociais e econômicas promotoras e protetoras da saúde dos indivíduos e da coletividade devem atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, os quais abrangem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

o dever do Estado em prover as condições indispensáveis ao exercício do direito dos

cidadãos à saúde não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;

além das ações ligadas às políticas econômicas e sociais, as políticas de saúde dizem respeito, também, à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Ainda, de acordo com essa Constituição, no seu artigo 198, o SUS é organizado segundo as diretrizes de:

Descentralização político administrativa, em que a direção das ações ocorra em cada esfera de governo, enfatizado a descentralização dos serviços para o município e a regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde.

Atendimento integral, à saúde abrangendo as ações curativas e as atividades preventivas, com maior ênfase, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade (comunidade em geral) respeitando a condição humana.

Participação da comunidade, através de representantes, tem condições de definir e acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde. Essa participação funciona como uma forma de controle social oportunizada pelos Conselhos de Saúde.

Para a operacionalização das diretrizes acima, alguns princípios complementares devem ser seguidos:

-Universalidade: refere-se ao acesso das pessoas aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência à saúde, sem discriminação;

-Igualdade: salienta que todas as pessoas que necessitam de assistência à saúde, tenham o mesmo tipo de atendimento, sem que haja preconceitos e privilégios;

-Eqüidade: diz respeito à distribuição dos recursos financeiros, os quais devem obedecer ao grau de prioridade dos estados, região e municípios;

-Resolutividade dos serviços, deve-se ter a capacidade de resolver os problemas de saúde da população, através de ações e serviços apropriados à realidade local. Além disso,

deve-se dispor de profissionais comprometidos e responsáveis, bem como dispor de recursos materiais para o andamento dos serviços, de forma a garantir a qualidade do atendimento.

A fim de operacionalizar todo esse processo institucional, a municipalização da saúde aparece de forma estratégica para congregar os princípios da universalidade, da integralidade, da eqüidade e do controle social, por meio da descentralização das ações e serviços de saúde para mais perto da população. Somam-se a isto, os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são instâncias colegiadas, que também funcionam como dispositivos para coordenar o SUS (BRASIL,1990 a). Os Conselhos Municipais de Saúde visam, atender o princípio de descentralização e fiscalizar o SUS, em nível local. As Conferências permitem "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos três níveis do governo" (BRASIL,1990 b).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, citada anteriormente, teve importância na política de saúde do País, já que o seu Relatório Final serviu de base para a formulação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. Com a realização da IX Conferência Nacional da Saúde, em 1992, foi reafirmado o Projeto da Reforma Sanitária de Implantação do SUS, exigindo do governo o cumprimento da lei para o seu funcionamento, com o tema : "Municipalização é o caminho". A X Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1996, reafirmou os princípios de universalidade, descentralização e gratuidade dos serviços de saúde, exigindo espaços para a efetivação da participação popular e controle social no SUS. Já a XI Conferência Nacional da Saúde, que ocorreu no ano de 2000, referiu-se a necessidade de discussão e implantação do controle social através do acesso, qualidade e humanização na Atenção à Saúde. A XII Conferência Nacional da Saúde ocorreu em 2003 e teve como objetivo propor diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (www.saude.gov.br).

De forma a fortalecer este processo, a gestão dos recursos financeiros para a saúde é repassada pelo Fundo Nacional de Saúde, da esfera federal para a estadual e desta para a municipal. Este Fundo Nacional de Saúde é um instrumento de gestão dos recursos financeiros, sendo no nível municipal chamado de Fundo Municipal de Saúde. Por meio desse fundo, o município passa a ter maior autonomia no destino do dinheiro que dele provem, proporcionando agilidade, flexibilidade, transparência e segurança para que aplicação seja feita realmente no campo da saúde. O gestor deverá ser o Secretário da Saúde e a gestão dos recursos deverá ser fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1990 a & BRASIL, 1990 b).

O gestor municipal de saúde, por meio do Plano Municipal de Saúde, expressa a política de saúde local. Este Plano abrange uma série de ações e operações programadas e financiamento condizente com as características do município, com vistas para atender as necessidades da população, de forma a melhorar a situação de saúde local.Os planos de saúde devem se manter atualizados e devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1990 a & BRASIL, 1990 b).

A participação da população corresponde à perspectiva de controle social, como já foi colocado anteriormente, e conforme o Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde, esse controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde (BRASIL,1992). Isso faz com que exista uma relação entre o Estado e a Sociedade facilitando a negociação entre os representantes para melhor atender as reais necessidades da população. A participação popular instiga a valorização da democracia e conseqüentemente, a cidadania os quais são fundamentais para (re)direcionamento da política de saúde.

Conforme artigo 9° do Decreto lei 1651 de 28/09/95,

> a direção do SUS em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras

> de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivamente, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e a produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Para regulamentar a operacionalização do SUS foi criado pelo Ministério da Saúde, os instrumentos de cunho jurídico conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOBs). Elas se fundamentaram na Constituição Federal (BRASIL, 1990 a & BRASIL, 1990 b) e têm como objetivo regulamentar às transferências de recursos da União, para estados e municípios, normalizar a assistência à saúde no SUS e, regular as relações entre os gestores. As NOBs criadas pelo governo foram: 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. A que se encontra em vigor é a NOB 01/96.

No que diz respeito a NOB 01/96, Andrade e Barreto (2002) referem que ela foi importante para transformação do modelo de saúde, ao enfatizar que eram necessários o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e a organização do sistema, já que o município passou a ser o responsável pelo atendimento das necessidades de saúde da população e pelas medidas de intervenção sanitária na sua jurisdição. Através da gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, ela se propôs a concretizar o processo de descentralização e de responsabilização das esferas local, estadual e federal, bem como a inter-relação entre as esferas. Foram criadas duas condições de gestão para caracterizar o progresso do processo:

A Gestão Plena de Atenção Básica, em que o poder local (município) repassará os recursos fundo a fundo para o financiamento de todas as ações básicas de saúde.

A Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, toda a assistência à saúde a nível municipal, terá financiamento através do repasse Fundo a Fundo.

Assim, esta NOB evidenciou o seu potencial articulador com o princípio da integralidade das ações e serviços de saúde, bem como a necessidade de haver ações

conjuntas com outros serviços e campos de saberes, indo ao encontro a proposta de promoção da saúde. Segundo Andrade e Barreto (2002), "(...) a NOB/96 definiu a atuação do setor saúde em três campos: o da assistência; o das intervenções ambientais; o das políticas externas ao setor Saúde"(p.164).

Além disso, de acordo como o Relatório do Brasil (2004) nesta NOB, foram destacadas as seis bases para a estruturação do modelo de atenção a saúde orientada para promover a saúde, sendo elas: "a participação da população", que não deve ocorrer apenas nas instâncias ditas formais, mas também dos serviços de atenção à saúde onde as atividades são sistemáticas e permanentes, de forma a criar o vínculo entre o serviço de saúde e o usuário, favorecendo a participação das pessoas; "as ações de saúde", que devem estar voltadas para a qualidade de vida das pessoas população e para o meio ambiente local, assim como, na relação da equipe de saúde com a população; "o modelo epidemiológico", por ser o eixo que possibilita o entendimento e análise dos problemas locais de saúde, uma vez que ele considera como objeto de ação os seres humanos, o ambiente e os comportamentos interpessoais; a utilização de "tecnologias de educação e de comunicação social", por estas favorecerem a ação em saúde; "a construção da ética coletiva", que associa as relações entre os usuários, o sistema de saúde e o ambiente local em que estão inseridos, de maneira a possibilitar alterações nos determinantes de saúde e tornar as pessoas co-responsáveis por sua própria saúde; "as intervenções ambientais"são fundamentais por possibilitarem a articulação de diferentes setores nessas ações direcionadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Já em 2001 foi lançada a NOAS/2001 (Norma Operacional de Assistência á Saúde) que defendia o papel da Secretarias Estaduais de Saúde no processo de organização das micro-regiões de saúde, através da agregação de pequenos municípios em torno dos municípios pólos (BRASIL,2005; TEIXEIRA,2002). Essa NOAS no ponto de vista

econômico e financeiro destacou a cooperação e a economia de escala como fundamentais para a concentração/reconcentração de recursos, destinados principalmente aos serviços de média e alta complexidade, prestados nos municípios pólos (TEIXEIRA, 2002). No que se refere ao atendimento técnico-assistencial "a NOAS resgata a possibilidade de se construir sistemas de serviços de saúde, que ultrapassem os limites territoriais do município (...), alcancem a integralidade do cuidado (...)" (TEIXEIRA, 2002, p.104). Assim, as atividades seriam desenvolvidas em dois níveis de atenção a saúde: *a atenção básica ampliada* que seria organizada por Módulos Assistenciais e *a atenção integral à saúde* que seria soma de todos os Módulos Assistenciais, formando um trabalho integrado na microregião de saúde (TEIXEIRA,2002.)

Dessa forma, a NOAS e principalmente a NOB/96 inferem que "no processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a promoção da saúde aparece e se fortalece como uma das diretrizes que orientam a Política Nacional de Saúde que se efetiva na concretização das estratégias de promoção da saúde" (RELATÓRIO DO BRASIL, 2004), principalmente pelo fortalecimento das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Tendo em vista a saúde das pessoas, a promoção da saúde é construída através da participação popular, da possibilidade do desenvolvimento das habilidades individuais e do reforço da ação comunitária, como formas de (re) organizar o sistema de atenção com o olhar na saúde.

Por conseguinte, observa-se a responsabilidade e a preocupação de atender os indivíduos e a coletividade no campo de atuação do SUS, por meio do reconhecimento e da valoração dos determinantes sociais necessários para o entendimento do processo saúde-doença, bem como os seus condicionantes. Portanto, as práticas em Saúde Coletiva, que agem no binômio saúde-doença, vêm sendo modificadas devido ao surgimento de novos instrumentos de trabalho, bem como de novos conhecimentos. Sendo assim, Egry (1996,

p.66), referindo Breilh (1990) diz que “(...) a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença”, para que partindo desse pressuposto, seja possível desenvolver ações planejadas no SUS que visam mudanças concretas na realidade das populações, considerando as distinções existentes.

3- PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este capítulo foi formado pelo "Quadro de referencial teórico" e pela "Caracterização do estudo". O Quadro de Referencial teórico foi constituído por três conjuntos de conceitos: promoção da saúde, atenção primária ambiental e processo de trabalho, no qual foi expressa a possibilidade de aproximação entre eles. Já a Caracterização do estudo foi formada pelo delineamento, cenário e sujeitos da pesquisa, além da caracterização do momento inicial da pesquisa, da coleta, da organização e análise dos dados.

3.1 QUADRO DE REFERENCIAL TEÓRICO

3.1.1 Promoção[6] da Saúde

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde definiu promoção da saúde como um "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (BRASIL, 2001, p.19). Esse conceito revela a função da comunidade e deixa implícito a responsabilidade do Estado na promoção da saúde dos indivíduos e nos coletivos humanos. A XI Conferência Nacional de Saúde colocou a promoção da saúde como uma das possibilidades de intervenção na atenção à saúde, que possibilita a concretização dos princípios e características do SUS através de ações inclinadas para a melhoria das condições e estilos de vida dos indivíduos e

[6] Czeresnia (2003) aponta Ferreira (1986) ao explicitar o significado do termo promover, como sendo, dar impulso a; fomentar; originar; gerar.

das populações (PAIM, 2003). Dessa forma, Buss (2003) destaca o conceito de Gutierrez (1997), que explicita a promoção da saúde como sendo

> O conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado de saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo. (p.19)

Estes expostos explicitam o objetivo principal da promoção da saúde que é, modificar/transformar as condições de vida das pessoas, tornando-as mais adequadas e dignas, sendo possível pensar que ela está intrinsecamente ligada a qualidade de vida dos grupos humanos (BUSS, 2003). Assim, a promoção da saúde relaciona os estilos de vida[7] e a qualidade de vida[8] dos indivíduos e dos coletivos humanos.

A partir do entendimento de saúde, a qualidade de vida e os estilos de vida assumem uma posição de complementação para compreender a idéia e a ação de promoção da saúde, já que ela engloba a condição de ser saudável.

Neste caso, a saúde, enquanto entidade que, comporta uma definição flexível conforme a visão de Capra (1982), é um processo que pode variar de acordo com sua época e cultura e que

> Para ser saudável, um organismo tem que preservar sua autonomia individual, mas, ao mesmo tempo estar apto a integrar-se harmoniosamente em sistemas mais vastos. Essa

[7]Segundo a OMS/OPAS (2004) falar em estilos de vida, é o mesmo que falar em como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza. Construir uma vida saudável implica em adotar certos hábitos - como é o caso da atividade física e da alimentação saudável- enfrentar condições ou situações adversas; e também estabelecer relações afetivas solidárias e cidadãs, adotando uma postura de ser e estar no mundo com o objetivo de bem viver". Além disso, a forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, são parte do denominado estilo de vida.

[8]Minayo et al (2000) abordam qualidade de vida como sendo uma noção eminentemente humana, aproximando-a ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. "Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se aportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural" (p.08).

> capacidade de integração está intimamente relacionada com a flexibilidade do organismo e com o conceito de equilíbrio dinâmico (p.316).

A concepção de saúde está intimamente ligada à compreensão que se têm de organismos vivos e sua relação com o meio ambiente, apontando assim, a sua complexidade, pois além do ambiente, o termo saúde incorpora outros fatores determinantes, como alimentação, moradia, trabalho, renda, transportes, ecologia, educação, lazer e esportes, entre outros. Esses, em conjunto, são fundamentais para a manutenção do equilíbrio humano, interferindo, então, na conquista de mais saúde.

A saúde, ainda, pode ser entendida em dois sentidos: saúde enquanto conceito normativo define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico; e o conceito descritivo que define certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis (CANGUILHEM,1982). A saúde é caracterizada, segundo Canguilhem (1982), pela possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas. Ela também representa uma margem de tolerância às infidelidades do meio e um conjunto de seguranças e seguros, seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro.

A doença por sua vez, não é uma variação da dimensão da saúde, ela é uma nova dimensão da vida, sendo ao mesmo tempo, privação e reformulação (CANGUILHEM, 1982). Assim, a doença não é apenas o desaparecimento de uma ordem fisiológica, mas o aparecimento de uma nova ordem vital, em que não há desordem, há substituição de uma ordem esperada ou apreciada por uma outra ordem que de nada serve aos humanos, mas que se deve suportar (CANGUILHEM, 1982).

Relacionando estes sentidos de saúde e doença abordados por Canguilhem (1982), as intervenções devem estar voltadas, não somente a evitar que a doença incida e a provisão de

meios para que os indivíduos ao adoecerem, possam recuperar-se. Mas também, que tais intervenções ampliem a margem de segurança e as possibilidades dos indivíduos e dos coletivos humanos de enfrentar as infidelidades do meio.

É com este entendimento que a promoção da saúde assume sentido na prática das ações, pois parte desta concepção vasta do que é saúde e do que é doença, dos seus determinantes e da interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

A referência a determinantes de saúde, caracteriza a promoção da saúde através de seu papel protagonista sobre suas condições, pois sustenta a compreensão de saúde como um produto constituído de fatores (citados acima) que se relacionam com a qualidade de vida. Sendo assim, as atividades apresentam uma direção para o coletivo de indivíduos e ao ambiente (entendido como, físico, social, político, econômico e cultural) (BUSS, 2000).

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são referenciadas no entendimento da promoção de saúde, por situarem-se num eixo de atuação com diferentes elementos, compreendidos pela paz, pela educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade, que ultrapassam o indivíduo e colocam-se numa esfera coletiva (BUSS, 2000; ALVES, 2003). Ressaltando este aspecto, Buss (2003) insiste na "articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o seu enfrentamento e resolução" (p.15). Assim, a promoção da saúde, segundo o autor já citado, está associada

> A um 'conjunto de valores': vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma 'combinação de estratégias': ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de 'responsabilização múltipla', seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos. (BUSS, 2003, P.16)

Com isso, a promoção da saúde pode ser considerada um instrumento para a elaboração de ações no campo da saúde muito mais completas, pois articula as questões de cada cidadão, de ter direito a uma vida saudável e de proteger o ambiente em que está inserido. Ela ainda privilegia a atuação em níveis locais, como forma de atender mais facilmente as necessidades da população. Em conseqüência disso, as determinações de saúde devem ser pensadas em conjunto com as esferas sociais, culturais, econômicas e políticas para que os espaços coletivos sejam atendidos. A promoção da saúde exige ainda, uma ação coordenada com os diferentes setores sociais, ações intersetoriais do Estado, da sociedade e do sistema de saúde (BUSS,2003).

Apresentando este potencial Buss (2003) refere à importância das modificações dos processos individuais, em referência a de tomada de decisões, para que estas estejam em consonância com a qualidade de vida e a saúde. O mesmo autor coloca ainda, que a promoção da saúde orienta uma série de ações e decisões coletivas, que visam o favorecimento da saúde e a melhoria das condições de bem-estar dos indivíduos e das coletividades.

Enfim, as ações de promoção da saúde são identificadas através das políticas públicas saudáveis, desenvolvimento sustentável, colaboração intersetorial, eqüidade e participação da sociedade civil, que contextualizam a saúde dentro de uma perspectiva positiva[9]. Isso mostra que em uma visão mais recente, ela representa um "enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado" (BUSS, 2003, p. 15).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde apresenta um enfoque muito mais amplo para a área da saúde, pois procura conhecer e enfrentar os determinantes do processo de saúde-doença, com o intuito de modificá-los/transformá-los em benefício da saúde.

[9] A saúde como um conceito e uma perspectiva positiva, significa que, ela "deve ser vista como um recurso para a vida e não um objetivo para viver", "(...) que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas" (BRASIL, 2001, p. 19).

3.1.2 Atenção Primária Ambiental (APA)[10]

3.1.2.1 Antecedentes:

Os efeitos imediatos do ambiente físico-biológico sobre a saúde humana podem ser observados nos países da América Latina e no Caribe, olhando, tanto os efeitos evidentes quanto aqueles que não são percebidos, influem sobre a saúde humana com graves conseqüências para a qualidade de vida e para o desenvolvimento dos países (OPAS/OMS, 2000). A situação ambiental da região mostra a falta ou a ineficácia de saneamento básico, as precárias condições de moradia, a pobreza, a poluição atmosférica, como alguns dos muitos problemas que atingem a população.

A preocupação com o cenário de destruição e violação ambiental, resultou em muitos mandatos e compromissos assumidos pelos países envolvidos no que diz respeito questão ambiental, visando a saúde e o desenvolvimento. Entre eles destacaram-se: a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO-92, Rio de Janeiro, 1992), a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (SIDS, Barbados, 1994). Também, a Conferência de Cúpula das Américas (Miami,1994), a Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (Washington, D.C., 1995), Reuniões de Cúpula de Santa Cruz de La Sierra (Bolívia, 1996) e Santiago (Chile, 1998). Esses eventos salientaram a necessidade de preservar, conservar e proteger saúde humana e do ambiente, orientada por um modelo, denominado "desenvolvimento humano sustentável", sendo este conceituado como o desenvolvimento com destaque especial no indivíduo, ou seja, no desenvolvimento centrado na população (OPAS/OMS, 2001).

[10] Para abordar a Atenção Primária Ambiental utilizou-se o conteúdo da publicação da OPAS/OMS (2000).

Além destes, outros compromissos foram assumidos, tendo como vertente o estímulo à participação ativa da população, enquanto elemento fundamental para o alcance de um desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, segundo a OPAS/OMS (2000), destacaram-se ainda: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, no ano de 1978 em Alma-Ata (URSS); a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento Sustentável ocorrida no Rio de Janeiro no ano de 1992 (Rio/92); a Carta Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, abordada na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, realizada em Washington (EUA) em 1995; e a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana, que aconteceu, também em Washington (EUA) mas no ano de 1998, com vistas ao alcance da meta mundial de 'Saúde para Todos no Século XXI' (OPAS/OMS, 2001).

Neste contexto, a estratégia de atenção primária ambiental aparece com uma proposta de consolidação dos processos democráticos, focalizando a promoção da saúde ambiental e, conseqüentemente, a saúde dos seres humanos.

Pode-se dizer que a APA está fundamentada na atenção primária à saúde, a qual é definida como "a assistência sanitária essencial. Baseia-se em métodos práticos e na tecnologia, tem fundamentos científicos e sociais, é acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade e tem sua participação completa (...)" (OPAS/OMS, 2000, p.21); no desenvolvimento rural integrado (DRI), cujo objetivo era incorporar o potencial produtivo das comunidades rurais ao desenvolvimento nacional, por meio da inovação e da adaptação da tecnologia e da organização social; e por fim, a OXFAM em 1991, a OMS em 1993, com Borrini na Itália em 1991, a UNICEF por meio de Bajracharya em 1994, e Cerda (1993) e Sánchez (1995) no Chile (OPAS/OMS, 2000).

Trata-se, então, de uma proposta de novo enfoque sobre a saúde, o ambiente e o desenvolvimento sustentável, que não exclui e nem substitui a Atenção Primária à Saúde (APS), apenas atua como complementar na prestação do cuidado (OPAS/OMS, 2000). Ela tem como base a eqüidade, a participação, a eficiência e a integração que são valores da Atenção Primária à Saúde, entretanto, inclui a "descentralização, o caráter interdisciplinar, a participação cívica, a organização, a prevenção e proteção do entorno, a diversidade, a co-gestão e a autogestão, a coordenação, a autonomia e a solidariedade" (OPAS/OMS, 2000, p.26).

3.1.2.2 Definição, princípios e características da Atenção Primária Ambiental

A Atenção Primária Ambiental (APA), conforme a OPAS/OMS (2000, p.28) é definida como

> (...) uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

Esse conceito de APA propõe a associação organizada e voluntária dos cidadãos, baseando-se nas práticas de ajuda mútua e relações solidárias. Ele visa, também, a consolidação dos processos democráticos, focalizando a promoção da saúde ambiental e, conseqüentemente, da saúde dos seres humanos, relacionando-os com o processo de desenvolvimento real das nações e com o paradigma dos temas ambientais atuais (OPAS/OMS, 2000).

O objetivo principal da APA, consiste em alcançar as melhores condições de saúde e qualidade de vida aos cidadãos, por meio da proteção do ambiente e do fortalecimento das comunidades para a sua própria sustentabilidade (OPAS/OMS, 2000).

Considerando os expostos, a APA explicita o cuidado primário com o ambiente e sua relação com a saúde, a participação da comunidade, fornecimento e recebimento de informações e conhecimentos sobre o ambiente local, os direitos e deveres na conservação e proteção da saúde do indivíduo e do ambiente, a responsabilidade mútua nas atividades desenvolvidas e a descentralização das ações para o nível local.

A estratégia de APA apresenta seis princípios básicos (que estão fundamentados nos valores da APS) e seis características que complementam os princípios.

Os princípios de APA destacados pela OPAS/OMS (2000) são:

Participação comunitária: por meio da capacitação e aumento da consciência ambiental, para que a sociedade civil participe de forma responsável, informal e organizada, na política de saúde e ambiente.

Organização: que a comunidade se organize de forma adequada para que as demandas e as ações em defesa dos seus direitos ambientais sejam consideradas e relevantes.

Prevenção e proteção ambiental: iniciativa que busque um melhor nível de desenvolvimento econômico e social que minimize e evite o dano e a destruição ambiental, para tanto, se utilizaria a sensibilização, educação, pesquisa, difusão e participação dos cidadãos.

Solidariedade e eqüidade: refere-se ao compromisso dos cidadãos entre si, do Estado para com eles e com a justiça social, de forma a assegurar o acesso de todas as pessoas a um meio ambiente saudável.

Integralidade: as ações ambientais desenvolvidas, devem ser de responsabilidade de um sistema para que a sustentabilidade local seja alcançada, e não de um setor em particular.

Diversidade: reconhecimento e manutenção da diversidade ecológica

Estes princípios exigem uma complementaridade para que possam ser operacionalizados. Nesta perspectiva, a OPAS/OMS (2000) apresenta algumas características com este fim, as quais são:

Descentralização: significa que a direção das técnicas, das políticas, dos recursos financeiros, da administração, deva ser transferida aos níveis regionais e locais. É na esfera municipal que a população civil organizada pode desenvolver suas capacidades nas questões que envolvem a todos.

Intersetorialidade e interdisciplinaridade: as questões ambientais são muito complexas e influenciam todos os sistemas e relações do planeta. Com isso ela deve ser considerada não sobre um ponto de vista, mas pela associação dos diversos campos de conhecimento. A APA, nesse momento, atua como elemento integrador entre as organizações tanto de saúde, quanto ambientais, educacionais, comunitárias, etc., com vistas para o desenvolvimento local sustentável.

Co-gestão pública-privada e autogestão: qualquer decisão no nível local deve ser propiciada pela atuação conjunta do próprio município com o Estado, empresas, comunidades, ONGs entre outras. A autogestão, refere-se à capacidade própria de cada grupo da população em administrar a elaboração, execução e manejo dos recursos financeiros para o desenvolvimento dos projetos. Este fato, constituiu-se de um desafio ao Estado e para as ONGs ao entregar estas ferramentas à população.

Coordenação: é importante uma visão de conjunto para o entendimento da relevância da questão ambiental, sendo necessário desenvolver instâncias que coordenem as ações, e que esta coordenação exista entre instituições e grupo. Segundo a OPAS/OMS (p.31), a APA deve

> fomentar núcleos de trabalho pró-ativos que administrem os problemas locais, de acordo com sua capacidade tecnológica, normativa e com a disponibilidade de recursos. Dever-se-ão estabelecer acordos e estratégias em seu âmbito de ação e conformar redes de APA (p.31)

Eficiência: precisa-se ter qualidade tanto dos recursos humanos quanto das técnicas de administração no manejo das ações de melhoria ou de proteção ambiental. Isso abrirá espaço para a inovação, técnicas diversificadas, metodologias e práticas locais, cada vez mais adequadas para melhorar a proteção ambiental e conseqüentemente, da saúde da comunidade.

Autonomia política e funcional: a sociedade organizada e responsável no nível local deve manter o sentimento que a conduziram à mudanças, preservando a autonomia e a independência nas ações e declarações que são elaboradas e efetivadas.

Tendo em vista os princípios que constituem a APA, visualiza-se a dimensão do cuidado da saúde humana e ambiental, propriedade essa que contribui com a promoção da saúde através da ação no trabalho. É possível relacioná-la com o modelo atual de assistência à saúde na Atenção Básica, especificamente. Nessa especificidade, a APA pode ser um instrumento que potencializa a promoção da saúde, ao passo que ela corrobora com as entidades do Estado responsáveis pela saúde humana e ambiental, utilizando também, o nível local e a sociedade organizada e responsável, na busca da melhoria da qualidade de vida para todas as pessoas, principalmente as mais carentes.

Pode-se dizer que, a APA focaliza o holismo no desenvolvimento das ações locais, estabelecendo uma ampla complementação às ações de saúde de forma flexível e participativa, tornando a abordagem da promoção da saúde mais possível na sua forma ampla e dinâmica.

Estas colocações tentam mostrar que por meio dos elementos da APA procura-se

> (...) conservar e melhorar a qualidade do ambiente de modo a promover uma melhor saúde e melhor qualidade de vida. Juntamente com a participação ativa dos indivíduos, famílias e comunidades procura-se o fortalecimento dos organismos estatais responsáveis pela saúde e ambiente e, por sua vez, propiciar melhor comunicação e diálogo com o nível local e com a sociedade civil. (OPAS/OMS, 2000, p.05)

Dessa forma, a esfera federal, através das políticas públicas, no caso particular das de saúde, possibilita que o nível local organizado em torno da saúde e do ambiente, atue com respaldo legal nas mudanças necessárias, com a finalidade de alcançar o desenvolvimento sustentável, através da participação das pessoas.

Assim, APA como uma estratégia, aplica-se aos temas ambientais e às políticas ambientais nacionais e internacionais, valorizando os esforços da cidadania para melhorar a qualidade de vida das pessoas, ao mesmo tempo os orienta a reconhecer os direitos ambientais e as reivindicações sociais com a esperança de melhorar as condições que influem no seu bem-estar, desenvolvendo a responsabilidade cidadã na defesa e proteção da sua própria saúde e também da saúde do ambiente (OPAS/OMS, 2000).

3.1.3 Processo de Trabalho

Partir do entendimento do conceito de trabalho como resultado da ação humana, permite compreendê-lo como um processo em que a ação dá sentido de existência para as diversas profissões, neste caso específico, a enfermagem. Dessa forma, com a imagem no futuro produto, o ser humano pode produzir livremente e também, contemplando o trabalho de suas mãos, pode destruí-lo livremente (ARENDT, 1997).

O trabalho como um processo

> não é algo que ocorre separado de outras coisas do mundo real; ao contrário, é algo que se desenvolve numa grande rede de relações. A primeira delas é a que se estabelece como modo de ligar o homem à natureza, no momento em que, através da ação, ele a toca, modifica, desenvolve (LEOPARDI et al, 1998, p. 24).

O trabalho é um elemento que objetiva a existência do ser humano no mundo, mundo que ele modifica e (re) constrói, história que ele mesmo constrói. Cezar-Vaz (1999) dá sentido

a isso, ao se referir à expressão viva do trabalho, que corresponde a experiência viva e que ocorre com a "constituição de todas as coisas em ato, em eclosão de ações, permite a diversidade, a criação e recriação de espaços, superpondo-os entre si"(p.58). Assim, os indivíduos se incluem no significado do trabalho, através do coletivo que dá sentido a expressão viva do trabalho.

O trabalho humano é caracterizado por um momento antecipatório, idealizado mentalmente, a respeito do projeto de trabalho que se pretende desenvolver. Isso confere ao ser humano, uma interpretação criativa sobre o processo e uma capacidade de prover os recursos e os meios para que determinado trabalho se efetive, concretizado no fim alcançado. Com isso, o trabalhador é quem detém o controle sobre o processo de trabalho, o qual conduz a formação de diferentes formas de produção, que acabam influenciando a condição de vida dos seres vivos, humanos e não humanos.

Ademais, o trabalho humano é uma atividade proposital, própria da inteligência, por isso produto especial da espécie humana (BRAVERMAN, 1981). É com palavras e atos que as pessoas se inserem no mundo humano, dessa forma a ação e o discurso são as formas pelas quais os humanos se manifestam uns aos outros, não como objetos físicos, mas como homens (ARENDT, 1997). A ação é humanamente revelada por meio das palavras; "e embora o ato possa ser percebido em sua manifestação física bruta, sem acompanhamento verbal, só se torna relevante através da palavra falada, em que o ser humano se identifica, anuncia o que fez, faz e pretende fazer" (ARENDT, 1997, p. 191). Com a capacidade de agir do homem, revelada na ação permite esperar dele o inesperado e o improvável. Isso se torna possível porque o homem é um ser distinto e singular entre iguais, o que confere a condição de pluralidade (ARENDT, 1997).

Assim sendo, segundo Marx (1985), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, sobre o objeto que atua por meio dos instrumentos de trabalho e o processo extingue-se ao atingir o produto. Em saúde esse produto não aparece, o trabalho é especial, pois o objeto é um ser humano que pensa, sente e reage, sendo ele quem pode dizer se teve sua necessidade satisfeita e em que grau (LEOPARDI, et al, 1998). Além disso, a ação do trabalho em saúde, especificamente, apresenta um resultado ilimitado, sem que se saiba ao certo o que foi atingido e o que foi transformado. Essa ação é concreta, assim como o sujeito que a realiza (CEZAR-VAZ,1999).

Compreendendo o trabalho como um processo da ação humana, é possível que se entenda a Organização Tecnológica do Trabalho[11] em Saúde e na Enfermagem, que é constituída por momentos, caracterizados por finalidade, instrumentos (tecnologias), objetos e agentes (ALMEIDA & ROCHA, 1997).

Considerando a produção de saúde como o produto do trabalho em saúde, assim como produto do trabalho da enfermagem, que se manifesta de acordo com Cezar-Vaz (1996, p.67) em "um universal concreto, em uma organização de estruturas que consiste no conjunto de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo à produção de congruência interna e externa dos corpos". É essa congruência que expressa a produção de saúde e depende dos componentes que se vão modificando,

> transformando as relações entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente. Portanto, saúde constitui um sistema enquanto unidade concreta que transforma e faz desenvolver este conjunto, essa rede de relações de produção de componentes que expressa nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. Estas, por se situarem essencialmente na exterioridade do mundo dado, ao mesmo tempo, expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas, postas na individualidade do sujeito, desse invariante que é estruturalmente social (CEZAR-VAZ, 1996, p.67).

[11] Baseado nos escritos de Marx (1985) em *O Capital* e trabalhado conceitualmente por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

A saúde é, então, produzida socialmente e tem relação com um conjunto de valores como a vida, a solidariedade, a eqüidade, a cidadania, a democracia e a justiça social. O produto saúde possui um valor de uso, que é justificado no mesmo sentido dado por Marx (1985) ao produto do trabalho, ou seja, "o produto é um valor de uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma" (p.205). Isso revela a utilidade de bens e serviços para os seres humanos. Com este sentido, Campos (2000) diz que

> A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso (p.228).

Os diferentes modos de produção de saúde são compostos, cada um, pela associação de práticas de saúde (CAMPOS, 2000). Campos (2000), identifica como modos para produzir a saúde: a promoção da saúde, a vigilância a saúde, a clínica e a reabilitação, e o atendimento de urgência e emergência. É possível, então, visualizar que todos se valem das práticas de promoção e prevenção, ações da clínica, através do cuidado e da reabilitação (CAMPOS, 2000).

Neste trabalho, apenas foi estudada a promoção da saúde e atenção primária ambiental como alguns dos instrumentos de trabalho que podem produzir saúde na Rede Básica. Partindo do produto, "o meio e o objeto do trabalho são os meios de produção e o trabalho é trabalho produtivo" (MARX,1985, p.205).

A promoção da saúde é um instrumento de saber que mostra a forma como é apreendido e manipulado o objeto, a finalidade e o seu desdobramento em produto do trabalho (CEZAR-VAZ, 1996). Pode-se dizer que a promoção da saúde é um instrumento metodológico[12] que se refere à forma de realizar o trabalho, utilizando para a sua

[12] Segundo Leopardi (1999, p.80), "há instrumentos de diferentes naturezas para a realização do processo terapêutico: a) instrumentos materiais, tais como camas especiais, termômetros, seringas (...), que se constituem

concretude, a participação da população, o desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo, a reorganização do sistema de atenção à saúde e a criação de ambientes saudáveis, objetivando a saúde dos seres humanos. Dessa forma, a promoção da saúde é um saber que se materializa na ação efetuada por humanos, esses referentes a quem oferece o entendimento sob saúde e quem necessita da informação a respeito dela.

Segundo Lefévre (2004)

> A Promoção de Saúde é o conjunto de ações, intervenções, propostas, processos e movimentos que, atacando as causas mais básicas das doenças e apontando para novas formas ou condições de trabalho, de vida e de relacionamento do homem consigo mesmo, com seus semelhantes e com o meio ambiente, podem influenciar decisões individuais, grupais e coletivas que objetivem melhorar a qualidade de vida dos seres humanos (TEXTOS DE REFERÊNCIA, 2004 a, s/p).

A promoção da saúde explicita as inter-relações entre fatores sociais e econômicos, o meio ambiente, a saúde e o trabalho, como condição para o desenvolvimento sustentável (OPAS/OMS,2004). Sendo um instrumento de saber para a produção de saúde, ela almeja a saúde humana e ambiental. Com este mesmo sentido, a Atenção Primária Ambiental (APA) também pode ser considerada um instrumento de saber que objetiva o trabalho pela ação humana e que pode produzir saúde. Pois, ela valoriza a cidadania e orienta as práticas dos seres humanos para a proteção de sua própria saúde e a do ambiente.

A APA identificada como um instrumento de saber para a produção de saúde, pode potencializar as práticas através do conhecimento de seus princípios. Ao aproximá-la da idéia de promoção da saúde, o impulso que efetiva as ações de tal promoção é fomentado, tornando possível às práticas de APA, através da própria promoção da saúde e do trabalho da enfermagem

---

em elementos de precisão e aceleração do ato terapêutico, com o objetivo de diminuir o impacto das agressões ao corpo físico; b) instrumentos metodológicos, tais como abordagens interativas (...), que implicam num modo de realizar o trabalho; e c) o local da assistência, tais como, o hospital, o posto de saúde (...)que implicam numa organização do processo e que indicam a finalidade do mesmo".

Segundo Leopardi (1999), o instrumento de saber ou de conhecimento, além de evitar a alienação do trabalhador, habilita-o para a concretização de uma atividade necessária. De acordo com a mesma autora "como o saber não tem existência como fato em si, faz-se necessário buscar sua objetivação em algo concreto, em suas formas de aparecer (...)" (p.73).

Desse modo, a importância da associação entre a finalidade, os instrumentos e o objeto faz-se necessário para a identificação das características das ações e dos resultados das práticas em saúde. Isso porque, tais práticas são concretizadas baseadas nas necessidades socialmente determinadas, em que os agentes trabalhadores da saúde, buscam no trabalho, através de um conjunto de práticas diversas intervir no processo saúde-doença ou satisfazendo as necessidades colocadas, construindo assim, o mundo da saúde (CEZAR-VAZ, 1999).

A Enfermagem em Saúde Coletiva

O termo saúde coletiva foi utilizado pela primeira vez no Brasil em 1979, que segundo Nunes (1996) foi abordado por alguns profissionais da saúde pública e da medicina preventiva e social, que pretendiam construir um campo científico de saberes e práticas que valorizasse e privilegiasse o social, como categoria de análise (CAMPOS, 2000). Dessa forma, ocorria um reordenamento das práticas de saúde, pois se necessitava de saberes de outros campos além da saúde "para a compreensão do processo saúde-doença e da convivência cotidiana entre diferentes profissionais" (MATUMOTO et al, 2001, p. 234).

Isso porque a saúde pública, enquanto campo de saberes e práticas, ia e vai ao encontro da técnica e da política provindas diretamente do Estado para a prestação da assistência de saúde, privilegiando o procedimento técnico e o corpo individual e coletivo (PIRES FILHO, 1987 apud MATUMOTO et al, 2001). No plano individual destacam-se as

ações com caráter preventivo, de promoção da saúde, de assistência médica com ênfase aos programas de saúde e pronto-atendimento, de reabilitação; no plano coletivo as ações apresentam caráter governamental provindo das políticas de saúde em que se destacam as campanhas de vacinação, as ações de controle de doenças transmissíveis, e as atividades de educação para a saúde (MATUMOTO et al, 2001).

Esse coletivo toma o ser humano, de uma forma geral, em que as ações de saúde são dirigidas a um conjunto homogêneo de indivíduos (MATUMOTO et al, 2001), entretanto, ao considerar o coletivo como uma representação de práticas sociais, significa

> reconhecer outra concepção de homem, o homem como um ser social, em constante relação com outros homens e com o seu meio, transformando-o e sendo transformado por ele, isto é, um protagonista da ação de saúde que se constrói. Esse homem é ao mesmo tempo, sujeito, ator social, protagonista e objeto da ação, aquele que se submeterá às intervenções (MATUMOTO et al, 2001, p. 235).

Sendo assim, a saúde coletiva tem como objeto os corpos sociais, em que o significado do processo saúde-doença tem como base a determinação social desse processo (MATUMOTO et al, 2001). O processo saúde-doença é representado por caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, isso permite afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (LAURELL, 1983).

A saúde coletiva é, então, um núcleo de saberes e práticas do campo da saúde. Esse núcleo abrange o apoio aos sistemas de saúde, a elaboração de políticas e a construção de modelos de assistência à saúde, a produção de explicações para o entendimento do processo "saúde-enfermidade-intervenção" e especialmente, a produção de práticas de promoção da saúde e prevenção da doença (CAMPOS, 2000).

Neste sentido, a saúde coletiva mostra o seu caráter interdisciplinar e multiprofissional, em que as diferentes categorias profissionais e atores sociais, vêm a contribuir com olhares diferenciados para a compreensão do processo saúde-doença e das práticas de saúde que são realizadas (MATUMOTO et al, 2001 e CAMPOS, 2000).

Pode-se dizer que a incumbência da saúde coletiva é "influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes,contribuindo para as mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral" (CAMPOS, 2000, p.225). Dessa forma, ressalta-se a importância de se compreender o significado da saúde coletiva como um termo ligado a um esforço de transformação, através da determinação histórica do processo coletivo de produção das situações de saúde e doença, utilizando como recurso à participação comunitária. Ela propõe uma ação que atenda as necessidades das pessoas em curto, médio e longo prazo (EGRY, 1996). Esse entendimento teórico da saúde coletiva facilita a visualização das práticas de saúde, minimizando as contradições do trabalho da enfermagem nas diferentes dimensões em que esta prática está voltada (EGRY et al, 1999).

Compreendendo o trabalho em saúde coletiva, visto como um processo da ação humana é possível que se entenda a organização do trabalho em saúde e na enfermagem, ou seja, que esta organização segue a mesma lógica do trabalho em geral, com divisão das atividades e hierarquização entre os diferentes profissionais conforme a característica de sua ação nesse processo.

No caso especial da enfermagem, o cuidado é o seu núcleo de saberes, desse modo, seus profissionais são responsáveis pelo "cuidado direto com o paciente, em toda a sua integralidade como ser biológico e social" (PIRES, 1999, p. 39), além de prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desenvolvimento do cuidado, através de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (ALMEIDA & ROCHA, 1997).

Esse cuidado pode ser desenvolvido em diferentes espaços de trabalho como na Rede Básica de Saúde, nos hospitais, em diferentes ambientes da comunidade- escolas, creches, industrias, empresas e domicílios – (ROCHA & ALMEIDA, 1997).

Para esta pesquisa, apenas o ambiente da Rede Básica de Saúde, onde se situam as Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), é que foi estudado, uma vez que ele oferece suporte para a atenção primária á saúde. Nesse ambiente, assim como nos outros, o trabalho das profissionais para prestarem o cuidado, são representados pelo trabalho em equipe, o qual é formado pelas enfermeiras (formação de nível superior), as técnicas de enfermagem (formação de nível técnico após completar o ensino médio) e as auxiliares de enfermagem (depois de completo o ensino fundamental fazem um curso específico) (PIRES, 1999). As atribuições dessas diferentes profissionais, que contemplam o trabalho da enfermagem, são determinadas pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem- LEP 7.498/86.

A enfermagem como trabalho é, então, parte constituinte do trabalho em saúde, que no seu desenvolvimento, ou seja, no processo de trabalho, mantém relação com os outros trabalhos da saúde e se transforma no atendimento das necessidades sociais. Essa característica está presente na produção de serviços de saúde em nível coletivo (ALMEIDA & ROCHA, 1997).

Com isso, o trabalho da enfermagem não é neutro e não se realiza apenas com práticas e saberes técnicos, embora precise destes para constituir-se como trabalho social, mas também pela vivência no ambiente de trabalho (MATUMOTO et al, 2001).

Isso permite identificar que a enfermagem está presente na construção da interdisciplinaridade que é inerente a saúde coletiva. Ao assumir o cuidado voltado para o doente e não para a enfermidade, necessita de saberes oriundos de outras disciplinas (MATUMOTO et al, 2001). Assim, segundo a mesma autora

> a enfermagem, tendo o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade, manifesta potência para transitar em diferentes campos de conhecimento para a prestação deste cuidado, ou melhor tendo como foco a pessoa a quem cuidará, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade (p.237).

No processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva, ou seja, no seu processo assistencial, além do instrumental necessário para o desenvolvimento do trabalho é preciso desenvolver tecnologias que estabeleçam relações entre os sujeitos e os trabalhadores, que incluam o vínculo e o acolhimento (MATUMOTO et al, 2001). Os saberes e práticas da saúde coletiva, subordinam-se às necessidades sociais de saúde da população, uma vez que o entendimento da doença não é um fenômeno individual, mas coletivo, em que a clínica tomada no modelo epidemiológico constitui o seu saber fundamental (ALMEIDA & ROCHA, 1997).

Desse modo, as práticas de saúde na rede básica de saúde que são consideradas instrumentos para a saúde coletiva compreendem: as ações programáticas de saúde; pré-consultas e pós-consultas; a assistência médica individual (não como finalidade); visitas domiciliárias; trabalhos educativos; atividades externas com grupos populacionais ou em instituições; vacinação; programas de saúde; vigilância sanitária e epidemiológica. Tais práticas, retomando valem-se dos conteúdos de promoção da saúde, prevenção da doença e ações da clínica, através do cuidado e da reabilitação (CAMPOS, 2000).

Inserida na realização da maioria das práticas colocadas, o conjunto da enfermagem é fundamental para a prestação do cuidado, tanto individual quanto coletivo, isso porque seus profissionais são instrumentalizados para a realização de práticas de saúde.

Ao considerar o trabalho da enfermagem em saúde coletiva, pode-se dizer que, o trabalhador, enquanto ser social e sujeito da ação, potencializa o trabalho. Trabalho esse que

precisa ser criativo e leve a fim de que se possam encontrar outros espaços para a produção de saúde, o que exige uma reconstrução dos seus núcleos de saberes e práticas, no que se refere a seu conhecimento e a interface do seu trabalho com todos os outros que compõe a área da saúde, além de considerar o cotidiano do trabalho, como fundamental para a contextualização das práticas desenvolvidas.

Assim sendo, reforçou-se mais uma vez a necessidade de analisar a estrutura do trabalho da enfermagem sob a ótica dos princípios da atenção primária ambiental e da promoção da saúde.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

3.2.1 Delineamento do estudo:

Este estudo tratou-se de um estudo de corte transversal, quanti-qualitativo de caráter exploratório, descritivo e analítico.

3.2.2 Cenário e sujeitos da pesquisa

O Estado do Rio Grande do Sul possui 497 municípios distribuídos na zona urbana e rural, corresponde aproximadamente a 3% do território do País. Sua população compreende 6% da população do Brasil. O Estado é considerado, o segundo pólo comercial e o segundo pólo industrial, além de ser o maior produtor de grãos do País. Entre os principais municípios que apresentam altos índices de densidade demográfica e participação na composição

econômica do Estado, estão a capital Porto Alegre; Canoas (na região metropolitana), Caxias do Sul (principal cidade do pólo metal-mecânico na região serrana), Santa Maria (no centro do Estado); Pelotas, Passo Fundo, Rio Grande e Uruguaiana (na fronteira com a Argentina). Os municípios de Canela e Gramado são destaques turísticos (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2004).

A região de abrangência deste estudo incluiu os municípios do Rio Grande e de São José do Norte, localizados no extremo sul do Estado do Rio Grande do Sul. Estes municípios são parte integrante da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, sediada em Pelotas, a qual é composta por 22 municípios. Os municípios citados fazem parte deste trabalho por pertencerem ao estudo referente ao projeto maior o qual este se encontra. A exclusão do município de Pelotas, previsto no projeto anterior, deu-se devido à dificuldade de apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, até o momento e, também, pelo tempo que seria dispendido para a coleta de dados, que acabaria extrapolando o prazo para o término deste trabalho.

O município do Rio Grande, localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul, constitui-se por uma região costeira, com economia baseada em atividades ligadas à pesca, indústrias de adubo, agropecuária e ao Porto Marítimo. Nos últimos anos, as condições sócio-econômicas da região e seus arredores vêm se agravando, cada vez mais. A distribuição desigual da renda per capita, a determinação social do processo saúde -doença e a assistência geral, são fatores que encontram-se em situação de impotência para resolver grande parte das necessidades da população (CEZAR-VAZ, et al, 2001).

A área compreendida pelo município é de 3.338 Km², a população está estimada em aproximadamente 190.242 habitantes e o clima é subtropical marítimo. O município limita-se ao norte com o município de Pelotas e a Lagoa dos Patos; ao sul com o município de Santa Vitória do Palmar; a leste com o Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande e a oeste com os

municípios de Pelotas, Arroio Grande e com a Lagoa Mirim. Rio Grande é um dos municípios que compõem a "Costa Doce", o maior complexo lacustre do mundo. Além disso, possui o único porto marítimo do Estado e o maior complexo portuário do sul do país.O município possui ainda, a maior praia em extensão do mundo (Cassino), lagoas, uma reserva ecológica (Taim), uma infinidade de animais silvestres e a Fundação Universidade Federal do Rio Grande-FURG (FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, 2004).

Já o município de São José do Norte tem uma área de 1.117,9 km² e uma população de 25.699 habitantes, Densidade Demográfica de 23,0 hab/km², Taxa de urbanização de 75,4 %,Taxa de analfabetismo de 22,28 %, Expectativa de Vida ao Nascer igual a 65,18 anos e IDESE (Índice de Desenvolvimento Socioambiental) igual a 0,603. Os limites do município são ao norte com a Lagoa dos Patos e com o município de Tavares; ao sul com a Lagoa dos Patos e o Oceano Atlântico; a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com a Lagoa dos Patos. As principais atividades econômicas do município são a pesca de camarão e a agricultura de cultivo de cebola(http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/content/resumo/pg_municipios_detalhe.php?municipio=SãoJosédoNorte).

O estudo foi realizado nos Postos de Saúde, onde funcionam as Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos referidos municípios, pois é sabido que estes são a porta de entrada para o serviço de saúde e por representarem a operacionalização da atenção, em âmbito da ação e não de coordenação. No município do Rio Grande existem 28 Unidades de Saúde, sendo 10 USF, que são: Caic, São João, São Miguel 1, Bernadete e Aeroporto que são constituídos com uma equipe de PSF cada unidade, e Marluz, Castelo Branco, Santa Rosa, São Miguel 2 e Profilurb que são formados por duas equipes de PSF em cada unidade básica; e 18 UBS, as quais são: Barra, Santa Teresa, Bairro Getúlio Vargas, Rita Lobato, Materno Infantil, Profilurb, Cassino, Parque São Pedro, Torotama,

Domingos Petroline, Pesqueiro, Hidráulica, Taim, Ilha dos Marinheiros, Junção, Parque Marinha, Povo Novo e Quinta. No município de São José do Norte, existe apenas, em funcionamento até o momento desta pesquisa, duas Unidades de Saúde, correspondentes á Unidades de Saúde da Família.

A proposta desta pesquisa surgiu da necessidade de analisar o processo de trabalho das enfermeiras considerando a promoção da saúde e os elementos constituintes da APA presentes no trabalho das enfermeiras, que atuam na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, nos municípios de Rio Grande e São José do Norte, os quais estão localizados no extremo Sul do Estado do Rio Grande do Sul e que pertencem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. No município de Rio Grande existem 45 enfermeiras trabalhando, distribuídas em USF e UBS, por sua vez no município de São José do Norte, atualmente, tem-se duas enfermeiras trabalhando, apenas em UBS. Assim, o número total de sujeitos da pesquisa correspondeu a 47 enfermeiras (Tabela 1).

Tabela 1: Número de profissionais das USF e UBS dos municípios de Rio Grande e São José do Norte.

MUNICÍPIO/UNIDADES	Nº. EQUIPES(*)	Nº.ENFERMEIRAS
Rio Grande-USF		
Marluz	2	2
Caic	1	1
Castelo Branco	2	2
Santa Rosa	2	2
São João	1	1
São Miguel	1	1
São Miguel 2	2	2
Profilurb	2	2
Bernadete	1	1
Aeroporto	1	1
São José do Norte		
PSF	2	2
Rio Grande-UBS		
Barra	-	2
Santa Teresa	-	1
Bairro Getúlio Vargas	-	2
Rita Lobato	-	2
Materno Infantil	-	2
Profilurb	-	3
Cassino	-	7
Parque São Pedro, Torotama, Domingos Petroline, Pesqueiro, Hidráulica, Taim	-	1(**)
Ilha dos Marinheiros	-	1
Junção	-	2
Parque Marinha	-	5
Povo Novo	-	1
Quinta	-	1
TOTAL		47

(*) O número de equipes refere-se somente as USF.
(**) Existe apenas uma enfermeira supervisora nas unidades básicas de saúde, correspondente ao Parque São Pedro, Torotama, Domingos Petroline, Pesqueiro, Hidráulica e Taim.

3.2.3 Momento inicial da pesquisa

No primeiro momento da pesquisa foi realizado o contato via telefone com a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de obter informações sobre endereços e telefones das

Secretarias de saúde dos municípios de Rio Grande e São José do Norte. Em seguida, deu-se o contado com as Secretarias de Saúde de cada município envolvido com o intuito de identificar o número total de trabalhadores da categoria profissional das enfermeiras, bem como o número de Unidades de Saúde existentes.

No segundo momento, foi mantido o contato com a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e com as Secretarias de Saúde dos municípios envolvidos na pesquisa, que possibilitou a apresentação da proposta do estudo e solicitação de permissão para a realização do mesmo (Apêndices A, B).

Concomitantemente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da FURG, sendo aprovado pela comissão avaliadora.

3.2.4 Coleta de dados

Para a realização da coleta de dados foi escolhida a entrevista estruturada, a partir da revisão bibliográfica e de conhecimentos acerca do tema proposto. Gil (1999), diz que a entrevista estruturada "desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número" (p.121).

Para a coleta de dados foi construído um instrumento fechado com base nos referenciais de Almeida et al (1997), Brasil (2001), Marx (1985) e OPAS/OMS (2000), bem como da utilização de outro instrumento desenvolvido para a pesquisa de campo na área da enfermagem em saúde coletiva (CEZAR-VAZ, 2001).

O instrumento possuia 51 perguntas fechadas de múltipla escolha, nas quais se utiliza uma escala de grau de importância, contendo notas de 0 a 10 (Apêndice C). Em cada questão

foi colocado o número que correspondia à avaliação da entrevistada, esse número se referiu ao valor mais adequado que dizia respeito a realidade do trabalho desenvolvido por cada enfermeira.

Juntamente ao instrumento foi confeccionado um termo de consentimento livre e esclarecido do participante (Apêndice D), a fim de que se pudessem respeitar os aspectos éticos da pesquisa. Esse consentimento contém o objeto de estudo e os objetivos da pesquisa, sendo explicitado e assegurado o direito do entrevistado de deixar de responder as questões do instrumento, em qualquer momento que assim o desejar.

O instrumento foi averiguado através do teste piloto aplicado a sete enfermeiras que exerciam diferentes funções dentro dos serviços públicos de saúde. Além disso, a confiabilidade do instrumento foi testada através do cálculo do "alpha de cronbach" que mede a fidedignidade do questionário (> 0,70). O coeficiente de fidedignidade do instrumento de pesquisa foi de 0,99.

Em seguida, foram agendados os encontros com as enfermeiras trabalhadoras da Rede Básica de Saúde dos municípios de Rio Grande e São José do Norte, para a aplicação do instrumento de coleta de dados.

3.2.5 Organização e análise dos dados

Após a coleta dos dados, as informações foram armazenadas em um banco de dados do projeto ao qual este trabalho está vinculado, podendo ser utilizado por outros pesquisadores. Os dados coletados foram analisados através do *software* Statistic® na versão 1998. Foi aplicada a distribuição de freqüência, o cálculo da média e realizada a análise de variância.

Delimitação das variáveis

Com base no instrumento de pesquisa, foram selecionadas algumas variáveis que acabaram sendo avaliadas pelas enfermeiras trabalhadoras das USF e das UBS, que compõem a Rede Básica de Saúde dos municípios de Rio Grande e São José do Norte. Elas foram:

1) Atividades desenvolvidas na UBS - identificar as atividades desenvolvidas pelo entrevistado, através:

- das atividades clínico-assistenciais;
- das atividades de planejamento do trabalho da UBS;
- das atividades de supervisão, coordenação do trabalho;
- da visitação domiciliária;
- das atividades de prevenção a doença (vacinação);
- das atividades de promoção à saúde (melhoria das condições de vida e trabalho e o bem-estar geral);
- das atividades de controle de doenças e agravos (recomendações sobre mudanças de hábitos);
- dos trabalhos em grupos (étnicos, por enfermidade, trabalho, etc.);
- dos trabalhos na comunidade (escolas, creches, igreja, etc.).

2) Organização do trabalho – avaliar como ocorre a organização do trabalho na UBS através:

- da Secretaria Municipal de Saúde;
- da Secretaria Estadual de Saúde;
- do Ministério da Saúde;
- da autonomia dos trabalhadores da UBS;

- das necessidades da população por meio da demanda espontânea;

- das necessidades da população por meio da demanda programática;

- das necessidades da população por meio da demanda reprimida;

- da participação da população no planejamento do trabalho da UBS;

- em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;

- da participação dos serviços de Vigilância à saúde do Município;

3) Finalidade do teu trabalho – avaliar a especificidade do trabalho na UBS através:

- dos conhecimentos dos determinantes e dos condicionantes de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais);

- da promoção da saúde;

- da prevenção de doenças ou agravos;

- do controle de doenças ou agravos;

- do diagnóstico e do tratamento de doenças ou agravos;

- da identificação de grupos de risco;

- do investimento na melhoria das condições de vida da população;

- da atuação em conjunto com outros serviços do município, da própria Rede (PACS, PSF, programas);

- da atuação em conjunto com a Universidade.

4) Instrumentos utilizados para desenvolver as atividades na UBS – avaliar quais são os meios utilizados para desenvolver o trabalho na UBS através:

- dos conhecimentos oriundos das normas técnicas e programas do Ministério da Saúde;

- dos conhecimentos oriundos da própria formação profissional;

- dos conhecimentos desenvolvidos no processo de trabalho diário;

- dos conhecimentos oriundos da própria comunidade (costumes, culturas, modos de vida, etc).

5) Objeto de trabalho - avaliar em que é aplicado o trabalho da UBS através:

- do ambiente individual do sujeito;

- do ambiente familiar;

- do ambiente físico, social e cultural da comunidade;

- do ambiente de trabalho da equipe;

- do ambiente institucional privado (escolas, hospitais, etc);

- do ambiente institucional público (escolas, hospitais, etc).

6) Atenção Primária: avaliar o entendimento do entrevistado acerca da expressão Atenção Primária na relação com o trabalho que desenvolves, através:

- da atuação na prevenção de doenças;

- da atenção às comunidades sendo acessível a todos os indivíduos e suas famílias;

- de ser parte integrante do sistema único de saúde;

- de ser representado como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema único de saúde;

- da co-responsabilidade de levar a saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham;

- da co-responsabilidade das pessoas por sua saúde;

- da participação dos trabalhadores na descentralização da saúde.

7) Atenção Primária Ambiental: avaliar o que os entrevistados entendem da expressão atenção primária ambiental que inclui:

- estratégia de ação ambiental que visa a saúde da população em que atuas;

- atividades de prevenção a doenças e agravos;

- o alcance de melhores condições de saúde e qualidade de vida para as populações através da proteção do ambiente natural;

- a contribuição para a construção de municípios saudáveis;

- o fortalecimento das comunidades para que alcancem a sustentabilidade da comunidade local;

- a contribuição para a formação de líderes comunitários comprometidos com a preservação, proteção e conservação dos ambientes naturais locais;

- facilitar a interação entre o setor público e a sociedade para o estabelecimento de prioridades para o desenvolvimento de políticas públicas de sustentabilidade saudável local;

- a promoção do direito do ser humano de viver num ambiente saudável;

- a promoção do direito do ser humano de ser informado dos riscos do ambiente em relação a sua saúde;

- definir a participação da população nas ações relacionadas ao ambiente e a saúde (proteção, conservação e recuperação).

8) Princípios da Atenção Primária Ambiental - avaliar quais os princípios Atenção Primária Ambiental são visualizados no trabalho desenvolvido pelo entrevistado, por meio:

- do controle social interagindo no planejamento e na execução no trabalho da equipe;

- da prevenção e proteção ambiental dentro de uma visão social, cultural e geofísica;

- do compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável;

- das ações ambientais são vistas como parte de um ecossistema humano.

9) Promoção da Saúde - avaliar o que é influenciado pelo trabalho em Promoção da Saúde, através:

- nas condições sanitárias (lixo, água, alimentos, habitação, transporte);

- nas condições epidemiológicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes);

- nas condições clínicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes);

- nas condições do ambiente natural, físico e social (água, vegetação, distribuição populacional, modos de vida, hábitos saudáveis);

- nas condições de trabalho da população (processo saúde-doença e seus condicionantes).

10) Princípios das políticas públicas saudáveis – avaliar os princípios das políticas públicas que norteiam a prática de promoção da saúde que incluiu:

- mudanças organizacionais no teu processo de trabalho que visam atender as necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e no ambientem através da eficiência econômica e prudência ecológica;

- participação em espaços de discussões no trabalho que inclua o tema do desenvolvimento sustentável local e o conhecimento dos problemas de saúde e do meio ambiente;

- responsabilização do setor público referente ao processo de trabalho para o atendimento das necessidades de saúde da população;

- equidade na saúde através do acesso a bens e serviços, privilegiando os grupos humanos mais vulneráveis ou prioritários;

- integralidade nas ações de saúde em conjunto com os outros setores.

11) Ambientes favoráveis à saúde – saber como se processa a criação de ambientes favoráveis à saúde no processo de trabalho do entrevistado com as comunidades, através:

- de ações de proteção ao meio ambiente;

- da conservação dos recursos naturais;

- de ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas;

- da promoção do desenvolvimento sustentável, superação da pobreza e distribuição eqüitativa de recursos;

- do planejamento e da gestão urbana com propósitos sustentáveis.

12) Ações que visam à criação de ambientes favoráveis à saúde – saber quais as ações no trabalho do entrevistado visam a criação de ambientes favoráveis à saúde, incluindo:

- educação em saúde (modificação dos estilos de vida);

- participação na criação de modelos alternativos (hortas comunitárias, multimistura);

- participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade (transporte, moradia, saneamento);

- reconhecimento das diversidades culturais, das crenças e dos valores individuais e coletivos (Respeitando às diversidades culturais, religiosas, sexuais e outros);

- garantia à participação social nos processos decisórios e na descentralização dos recursos e das responsabilidades, através de reuniões entre a equipe e lideranças comunitárias.

13) Ação comunitária – saber como se dá o estímulo para o desenvolvimento da ação comunitária através:

- do acesso à comunidade às informações sobre a saúde na unidade básica;

- da capacitação na comunidade para formação de líderes comunitários;

- da atuação em conjunto com os líderes da comunidade;

- do favorecimento à população do reconhecimento de seus direitos e deveres, como propósito para a cidadania;

- do incentivo a co-responsabilidade individual e comunitária pela saúde e pela saúde do ambiente ao seu redor.

14) Habilidades Individuais – saber quais as contribuições do trabalho do entrevistado que potencializam as habilidades individuais para a promoção da saúde, por meio:

- da divulgação de informações sobre direito individual e coletivo à saúde em espaços como escolas, creches, associação de bairros, entre outros;

- da capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, etc) visando multiplicadores.

15) Reorientação do sistema de saúde - saber como o entrevistado percebe a reorientação do sistema de saúde para a criação de ambientes saudáveis, através:

- da ampliação dos serviços assistenciais;

- da ação intersetorial com o setor da saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais;

- da formação de profissionais na área da saúde para viabilizarem a melhoria do sistema de saúde;

- da formação de profissionais na área da saúde que integrem ações de saúde com a comunidade.

16) Valores da promoção da saúde – saber quais são os valores utilizados no trabalho do entrevistado que visam a promoção, que compreendam:

- a vida humana e a vida do planeta;

- a saúde entendida como ausência da doença;

- a saúde na visão ampliada, influenciada por determinantes e condicionantes sociais econômicos, políticos e culturais;

- compromisso dos cidadãos entre si e com o estado;

- compromisso do estado com os cidadãos;

- ajuda mútua entre os cidadãos;

- ações educativas que visem o acesso de cada pessoa a um meio ambiente saudável;

- participação das pessoas nos processos decisórios de maneira a assegurar as ações necessárias para mudar as reais condições de acesso aos bens e serviços;

- liberdade para poder escolher o que é melhor para si;

- auto-reconhecimento de direitos e deveres;

- reconhecer o outro como portador de direitos e deveres;

- respeitar a biodiversidade;

- partilhar acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalha;

- intermediar na participação de conselhos e órgãos colegiados, movimentos sociais e entidades particulares, Governo e ONGs.

17) Fatores intrínsecos à ação de promoção da saúde – saber o que o entrevistado utiliza como intrínseco no trabalho para promover a saúde, através:

- estilos de vida;

- intersetorialidade no desenvolvimento das ações;

- descentralização de saúde para visando relativizar frente aos problemas locais mais próximos da população;

- equidade para favorecer os grupos menos privilegiados;

- conhecimentos populares;

- participação social;

- ambientes favoráveis à saúde;

- sistemas de saúde.

3.2.6 Controle de qualidade

Este ocorreu mediante a revisão dos questionários e supervisão do trabalho de campo.

4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este trabalho apresentou como cenário os municípios de Rio Grande e São José do Norte, pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, onde foi focalizado o trabalho nos Serviços Públicos de Saúde, na especificidade da Rede Básica e dos trabalhadores da categoria profissional das enfermeiras.

As enfermeiras trabalhadoras da Rede Básica de Saúde, inseridas nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios citados, totalizaram 47, deste número, 36 enfermeiras responderam adequadamente o questionário, 8 enfermeiras se recusaram a respondê-lo e 3 questionários foram mal preenchidos, sendo então, considerados perdas.

Tendo em vista os objetivos deste trabalho, para melhor entendimento dos resultados, este capítulo foi organizado em 4 subcapítulos. O primeiro subcapítulo foi constituído pelo **perfil das enfermeiras**; o segundo subcapítulo referiu-se aos **elementos do processo de trabalho**, caracterizando os diferentes elementos do processo de trabalho na Rede Básica de Saúde. O terceiro subcapítulo foi formado pelo **entendimento acerca da expressão atenção primária em saúde e ambiental** que apresenta o entendimento destas expressões e seus princípios quando visualizados na prática da Rede Básica de Saúde; o quarto subcapítulo foi organizado pelo **entendimento sobre a promoção da saúde,** identificando o sentido da expressão, seus princípios e suas ações na realidade da Rede Básica de Saúde. Os subcapítulos contêm além da avaliação das enfermeiras em seu conjunto a **análise comparativa entre as avaliações das enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. Para organizar os três últimos subcapítulos foram utilizadas todas as variáveis específicas, correspondentes ao processo de trabalho, a promoção da saúde e a atenção primária ambiental.

4.1.O PERFIL DAS ENFERMEIRAS ENTREVISTADAS

Neste subcapítulo caracterizou-se pelas enfermeiras trabalhadoras da Rede Básica nas USF e nas UBS dos municípios de Rio Grande e São José do Norte, a partir da análise das variáveis: idade, sexo, tempo de atuação, local e nível de formação.

A amostra foi constituída por 36 enfermeiras, sendo a maioria (52,78%) das UBS (Tabela 2). Do total citado, (94,45%) atuam no município do Rio Grande (Tabela 3).

Tabela 2: Número de enfermeiras que participaram da pesquisa.

Unidades	**Nº enfermeiras**	**%**
USF	17	47,22
UBS	19	52,78
Total	**36**	**100**

Tabela 3: Número de enfermeiras das USF e UBS

Município/ Unidade	**Nº enfermeiras**	**%**
Rio Grande		
USF	15	41,67
UBS	19	52,78
Sub Total	**34**	**94,45**
São José do Norte		
USF	02	5,55
Total	**36**	**100**

4.1.1 - Idade, sexo e tempo de atuação profissional

Os dados referentes as variáveis idade, sexo e tempo de atuação profissional podem ser visualizadas na Tabela 4.

Na análise em conjunto verifica-se que a maioria das enfermeiras da Rede Básica de Saúde envolvida no estudo (41,67%) estava na faixa etária dos 25 aos 35 anos de idade, variando dos 25 aos 55 anos.

Nas USF as faixas etárias predominantes foram de 25-35 anos (41,2%) e 36-45 anos (41,2%). Já nas UBS foi observado percentual semelhante nas faixas etárias 25-35 anos e 46-55 anos (42,1%).

Quanto ao sexo quando analisada a totalidade dos entrevistados verificou-se que 97,2% dos profissionais eram do sexo feminino. Nas USF 100,0% eram do sexo feminino e nas UBS esse percentual era de 94,7%.

Considerando, o tempo de atuação na Rede Básica de Saúde, constatou-se que a maioria das enfermeiras, tanto das USF (70,6%) quanto das UBS (84,2%) atuavam na faixa de até 48 meses.

Tabela 4: Idade, sexo e tempo de atuação das enfermeiras.

VARIÁVEL	Total		Unidade			
			USF		UBS	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Idade						
25 - 35 anos	41,7	15	41,2	07	42,1	08
36 - 45 anos	27,8	10	41,2	07	15,8	03
46 -55 anos	30,5	11	17,6	03	42,1	08
Sexo						
Feminino	97,2	35	100,0	17	94,7	18
Masculino	2,8	01	-	00	5,3	01
Tempo de atuação						
Até 48 meses	77,8	28	70,6	12	84,2	16
49 a 96 meses	16,7	06	23,5	04	10,5	02
97 a 144meses	5,5	02	5,9	01	5,3	01

4.1.2 - Local e nível de formação

A amostra foi composta por profissionais enfermeiras, sendo que todas foram graduadas na Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os dados referentes ao local e nível de formação são visualizados na Tabela 5.

Quanto ao nível de formação profissional 16 respondentes ignoraram a questão. Das 20 enfermeiras que responderam, a maioria (55,6%) referiu ter cursado um curso de especialização.

Quando os grupos de profissionais são analisados separadamente, verifica-se que 70,6% das enfermeiras (12) das USF realizaram no mínimo uma especialização. Entre estas foi observado percentuais semelhantes (41,7%) de profissionais que cursaram uma ou duas especializações. Das enfermeiras das UBS entrevistadas, 42,1% (08) realizaram especialização. Destas 75% tinham cursado uma especialização.

No que se refere à formação profissional em nível de mestrado foi encontrado quatro profissionais enfermeiras (11,1%) com este nível de titulação na Rede Básica de Saúde, sendo que três (75%) foram mestres em Enfermagem pela FURG e uma (25%) mestre em Enfermagem pela UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

Na análise entre os grupos, das enfermeiras com mestrado duas eram das USF e duas das UBS.

Não foi encontrada nenhuma enfermeira com formação de doutorado trabalhando em USF e UBS nos municípios de Rio Grande e São José do Norte.

Tabela 5: Local e nível de formação das enfermeiras

Nível de formação	**Total**		**Unidade**			
	%	**(n)**	**USF**		**UBS**	
			%		**%**	
ESPECIALIZAÇÃO(*)						
Uma	55,0	11	41,7	05	75,0	06
Duas	35,0	07	41,7	05	25,0	02
Três	10,0	02	16,6	02	-	00
MESTRADO						
Não	88,9	32	88,2	15	89,5	17
Sim	11,1	04	11,8	02	10,5	02
FURG	75%	03	50,0	01	100,0	02
UFSC	25%	01	50,0	01	-	00

(*)Esses referem-se as 20 profissionais que responderam a questão

4.2. ELEMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO

Este subcapítulo apresenta os elementos do processo de trabalho da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde a partir das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos municípios de Rio Grande e São José do Norte, pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, através da avaliação realizada pelas enfermeiras. Para tanto, foram analisadas as variáveis que avaliam o processo de trabalho nas Unidades de Saúde (UBS e USF). Foi realizado o cálculo das médias das notas atribuídas pelas enfermeiras aos diferentes itens que compõem cada uma das perguntas, sendo considerado, como mais importantes para o estudo, os itens que receberam maior nota média. Além disso, este subcapítulo apresenta a análise comparativa entre as avaliações das enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos itens que tiveram diferença significativa entre as notas médias atribuídas a eles (Tabela 6).

Quanto à forma como vem ocorrendo à **organização do trabalho** na Rede Básica de Saúde, dos dez itens avaliados, dois tiveram notas superiores a oito, os quais foram a organização através da participação da Secretaria Municipal de Saúde (8,41±1,71) e a organização através das necessidades da população por meio da demanda programática (8,27±1,52). O item com baixa avaliação foi o referente à organização do trabalho em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde (3,22±2,64).

Na comparação entre os dois grupos o item que se refere às necessidades da população por meio da demanda programática recebeu nota média significativamente maior (p=0,04) pelas enfermeiras das USF (8,82±0,81) quando comparadas com as enfermeiras das UBS (7,78±1,84).

A respeito da **finalidade do trabalho** que é desenvolvido na Rede Básica de Saúde as respostas melhores avaliadas foram as que compreendem a promoção da saúde (9,38±0,99) e a prevenção de doenças ou agravos (9,11±1,41). Porém, o item pior avaliado foi a atuação em conjunto com a Universidade (5,86±4,00).

Na análise dos dois grupos em separado as enfermeiras das USF atribuíram notas significativamente maiores os itens: conhecimentos sobre os determinantes e condicionantes de saúde como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e a serviços essenciais (p=0,002; USF=9,52±0,94 x UBS=7,05±2,91); prevenção de doenças e agravos (p=0,02; USF=9,64±1,70 x UBS=8,63±1,70) e identificação de grupos de risco (p=0,008; USF=9,35±1,00 x UBS=7,00±3,34). Outro item que foi avaliado de forma diferente entre os grupos, sendo observado um valor p=0,05 (limítrofe) foi o que identifica a finalidade do trabalho como o diagnóstico e o tratamento de doenças e agravos (USF=8,52±1,58; UBS=6,78±3,27).

No que se refere aos **instrumentos de trabalho** utilizados pelas enfermeiras para desenvolverem as atividades, todas as respostas foram bem avaliadas, destacando-se entre elas os conhecimentos desenvolvidos no processo de trabalho diário (9,08±1,14). As avaliações foram semelhantes nos dois grupos, quando comparados, em todas as opções apresentadas.

Com relação aos **ambientes objetos de aplicação do trabalho** da Rede Básica, entre os seis itens apresentados, a resposta melhor avaliada foi o ambiente de trabalho da equipe (8,41±2,11), sendo que o ambiente institucional privado (escolas, hospitais, etc) (3,94±3,76) foi o quesito mais mal avaliado.

Foi constatada diferença nas respostas entre os grupos no que se refere ao ambiente familiar (p=0,000; USF=9,29±1,04 x UBS=5,94±2,75); ambiente físico, social e cultural da comunidade (p=0,000; USF=9,17±1,02 x UBS=4,84±3,52) e o ambiente institucional público

(p+0,02; USF=6,11±2,69 x UBS=3,47±3,85) que foram significativamente melhor avaliados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Com relação às **atividades desenvolvidas** na Rede Básica de Saúde pelas enfermeiras, dos nove itens avaliados, seis receberam notas superiores a oito, destacando-se as atividades de supervisão e coordenação do trabalho (8,77 ± 1,57) e as atividades de prevenção à doença como vacinação (8,62±2,42). Os itens piores avaliados foram às atividades de visitação domiciliária (4,60±4,66) e os trabalhos na comunidade como escolas, creches, igreja, etc (3,94 ± 4,16), destacando-se, ainda, os valores elevados dos coeficientes de variação desses dois itens respectivamente (101,3% e 105,58%).

Na análise comparativa entre os dois grupos as enfermeiras das USF atribuíram notas significativamente maiores que as enfermeiras das UBS nos seguintes itens: visitação domiciliária (p=0,000; USF=8,31±3,00 x UBS=1,47±3,33); atividades de promoção da saúde – melhoria das condições de vida e trabalho e o bem estar geral - (p=0,000; USF=9,06±1,12x UBS=7,21±1,61); atividades em grupos – étnicos, enfermidade, trabalho, etc – (p=0,000; USF=8,00±2,90 x UBS=3,26± 4,10) e trabalhos na comunidade – em escolas, creches, igreja, etc – (p=0,000; USF=6,93±3,51 x UBS 1,42±2,80).

Tabela 6: Elementos do processo de trabalho das enfermeiras da Rede Básica de Saúde de Saúde dos municípios do Rio Grande e São José do Norte. Os valores correspondem a média ± desvio padrão (sd) das notas atribuídas pelas entrevistadas aos diferentes itens.

Elementos do processo de trabalho	Total UBS+USF				Unidade Básica UBS			Unidade Básica USF			
	Média	sd ±	n	CV %	Média	sd ±	n	Média	sd ±	n	p
Formas de organização do trabalho											
Secretaria Municipal de Saúde	8,41	1,71	36	20,33	8,57	1,64	19	8,23	1,82	17	0,55
Demanda programática	8,27	1,52	36	18,37	7,78	1,84	19	8,82	0,80	17	0,04*
Autonomia	7,86	2,28	36	29,00	7,26	2,74	19	8,52	1,41	17	0,09
Demanda espontânea	7,47	2,73	36	36,54	7,36	3,00	19	7,58	2,47	17	0,81
Ministério da Saúde	6,50	2,91	36	44,76	6,63	2,92	19	6,35	2,97	17	0,77
Secretaria Estadual de Saúde	6,47	2,67	36	41,11	6,84	2,65	19	6,05	2,70	17	0,38
Vigilância à saúde	6,19	2,51	36	40,54	6,42	2,61	19	5,94	2,16	17	0,57
Participação da população	5,47	3,50	36	63,98	4,52	3,35	19	6,52	3,44	17	0,08
Demanda reprimida	4,22	2,68	36	63,50	4,10	2,57	19	4,35	2,87	17	0,78
Conselho Municipal de Saúde	3,22	2,64	36	81,98	2,78	2,83	19	3,70	2,66	17	0,30
Finalidade do trabalho											
Promover saúde	9,38	0,99	36	10,55	9,10	1,19	19	9,70	0,58	17	0,06
Prevenir doenças e agravos	9,11	1,40	36	15,36	8,63	1,70	19	9,64	0,70	17	0,02*
Controlar doenças ou agravos	8,69	1,67	36	19,21	8,36	1,77	19	9,05	1,51	17	0,22
Conhecer determinantes e condicionantes	8,22	2,51	36	30,53	7,05	2,91	19	9,52	0,94	17	0,00*
Identificar grupos de risco	8,11	2,76	36	34,03	7,00	3,34	19	9,35	1,12	17	0,00*
Diagnosticar, tratar doenças ou agravos	7,61	2,72	36	35,74	6,78	3,27	19	8,52	1,58	17	0,05
Atuar com outros serviços	7,38	3,28	36	44,44	6,89	3,28	19	7,94	3,30	17	0,34
Investir na melhoria das condições de vida	7,22	3,12	36	43,21	6,26	3,31	19	8,29	2,59	17	0,34
Atuar com a Universidade	5,86	4,00	36	68,25	4,94	4,31	19	6,88	3,46	17	0,15
Instrumentos de trabalho											
Conhecimentos do processo de trabalho diário	9,08	1,13	36	12,44	9,10	1,29	19	9,17	0,95	17	0,64
Conhecimentos da formação profissional	8,94	1,30	36	14,54	9,05	1,47	19	8,82	1,13	17	0,60
Conhecimentos das normas e programas do MS	8,52	2,09	36	24,53	8,31	2,56	19	8,76	1,43	17	0,52
Conhecimentos da comunidade	8,05	1,92	36	23,85	8,31	1,41	19	7,76	2,38	17	0,39
Objeto de aplicação do trabalho											
Ambiente de trabalho da equipe	8,41	2,10	36	24,95	7,94	2,54	19	8,94	1,34	17	0,15
Ambiente individual do sujeito	7,69	2,60	36	33,81	7,58	3,04	19	7,78	2,09	17	0,82
Ambiente familiar	7,52	2,69	36	35,77	5,94	2,75	19	9,29	1,04	17	0,00*
Ambiente físico, social e cultural da comunidade	6,88	3,41	36	49,56	4,84	3,51	19	9,17	1,01	17	0,00*
Ambiente institucional público	4,72	3,56	36	75,42	3,47	3,84	36	6,11	2,68	17	0,02*
Ambiente institucional privado	3,94	3,76	36	95,43	2,94	3,68	19	5,05	3,63	17	0,09
Atividades desenvolvidas											
Supervisão e coordenação	8,77	1,57	36	17,90	8,78	1,03	19	8,75	2,08	17	0,94
Prevenção da doença	8,62	2,42	36	28,07	8,42	2,94	19	8,81	1,66	17	0,58
Promoção da saúde	8,50	1,67	36	20,74	7,21	1,61	19	9,06	1,12	17	0,00*
Planejamento	8,45	2,00	36	23,66	8,05	2,39	19	8,93	1,34	17	0,19
Controle de doenças e agravos	8,37	1,59	36	18,99	8,00	1,66	19	8,81	1,42	17	0,13
Clínico-assitenciais	8,22	2,35	36	28,58	8,26	2,07	19	8,18	2,71	17	0,92
Trabalhos em grupos	5,42	4,27	36	78,78	3,26	4,09	19	8,00	2,89	17	0,00*
Visitação domiciliária	4,60	4,66	36	101,30	1,47	3,32	19	8,31	3,00	17	0,00*
Trabalhos na comunidade	3,94	4,16	36	105,58	1,42	2,79	19	6,93	3,51	17	0,00*

4.3 ENTENDIMENTO ACERCA DA EXPRESSÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AMBIENTAL

Na Tabela 7 são identificadas as variáveis que avaliam o entendimento acerca das expressões atenção primária em saúde e atenção primária ambiental e os seus princípios constituintes. É apresentada também a análise comparativa entre as avaliações das enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No que se refere à expressão **atenção primária em saúde** na relação com o trabalho que as enfermeiras desenvolvem na Rede Básica de Saúde, todos os itens propostos foram bem avaliados, destacando-se à atuação na prevenção da doença (9,33±1,20).

Na análise comparativa entre os grupos, somente no item que se refere à co-responsabilização das pessoas por sua saúde que a nota média dada pelas enfermeiras da USF (8,53±1,33) foi significativamente maior (p=0,02) que a nota média atribuída pelas enfermeiras das UBS (7,05±2,28).

Para as entrevistadas, a **expressão atenção primária ambiental** em saúde na relação com o trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde, compreende, sobretudo, as atividades de prevenção a doenças e agravos (8,50±1,66). No entanto, a contribuição para a formação de líderes comunitários comprometidos com a preservação, proteção e conservação dos ambientes naturais locais (5,94±2,93) foi o item mais mal avaliado pelas enfermeiras. Todos os itens propostos foram avaliados de forma semelhante pelos dois grupos na análise comparativa.

Dos quatro itens propostos sobre os **princípios básicos da estratégia de atenção primária ambiental,** destacou-se como aquele melhor avaliado pelas enfermeiras de Rede Básica de Saúde, o referente ao compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que

cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável (7,66±2,39). Na análise entre os grupos não foi observado diferença significativa entre as respostas.

Tabela 7: Entendimento pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde acerca da expressão Atenção Primária em Saúde, e ambiental e seus princípios. Os valores correspondem a média ± desvio padrão (sd) das notas atribuídas pelas entrevistadas aos diferentes itens.

Atenção Primária (saúde, ambiental)	**Total UBS+USF**				**Unidade Básica UBS**			**Unidade Básica USF**			
	Média	**sd ±**	**n**	**CV %**	**Média**	**sd ±**	**n**	**Média**	**sd ±**	**n**	**p**
Expressão atenção primária em saúde											
Prevenção de doenças	9,33	1,20	36	12,75	9,32	1,34	19	9,35	1,06	17	0,93
Atenção às comunidades sendo acessível aos indivíduos/ famílias	9,19	1,06	36	11,53	9,05	1,18	19	9,35	0,93	17	0,41
Parcela integrante do sistema único de saúde	8,52	1,65	36	19,24	8,42	1,68	19	8,65	1,66	17	0,69
Primeiro nível de contato do SUS com indivíduos/famílias	8,55	2,02	36	23,62	8,21	2,57	19	8,94	1,09	17	0,29
Co-responsável de levar a saúde aos lugares onde pessoas vivem	7,77	2,25	36	28,82	7,11	2,49	19	8,53	1,70	17	0,06
Co-responsabilidade das pessoas por sua saúde	7,75	2,01	36	25,80	7,05	2,27	19	8,53	1,33	17	0,02*
Participação dos trabalhadores na descentralização da saúde	7,58	2,50	36	32,71	6,89	2,28	19	8,35	2,55	17	0,08
Expressão atenção primária ambiental											
Atividades de prevenção a doenças e agravos	8,50	1,66	36	19,52	8,47	1,84	19	8,53	1,50	17	0,92
Direito do ser humano de ser informado dos riscos do ambiente	8,08	2,20	36	27,10	8,26	1,85	19	7,88	2,57	17	0,61
Condições de saúde e qualidade através do ambiente natural	7,89	2,50	36	31,59	7,84	2,48	19	7,94	2,59	17	0,91
Estratégia de ação ambiental que visa a saúde da população	7,77	2,22	36	28,44	7,68	1,57	19	7,88	2,83	17	0,79
Direito do ser humano de viver num ambiente saudável	7,77	2,70	36	34,62	7,58	2,80	19	8,00	2,65	17	0,65
Contribuição para a construção de municípios saudáveis	7,53	2,54	36	33,64	7,32	2,50	19	7,76	2,63	17	0,60
Participação da população nas ações do ambiente e da saúde	7,42	2,80	36	37,78	6,89	3,03	19	8,00	2,47	17	0,24
Fortalecer as comunidades para que alcancem a sustentabilidade	6,71	2,79	36	41,57	6,37	2,54	19	7,13	3,10	17	0,43
Interação entre o setor público e a sociedade para a sustentabilidade	6,69	2,94	36	43,19	6,63	2,87	19	6,76	3,09	17	0,89
Formação de líderes comunitários comprometidos com ambientes naturais	5,94	2,93	36	49,15	5,37	2,87	19	6,59	2,94	17	0,22
Princípios de atenção primária ambiental											
Compromisso do profissional	7,66	2,39	36	31,20	7,47	2,34	19	7,88	2,49	17	0,61
Ações ambientais	7,72	2,61	36	35,90	6,89	2,80	19	7,72	2,39	17	0,36
Controle social	7,08	2,90	36	40,96	6,47	3,15	19	7,76	2,51	17	0,18
Prevenção e proteção ambiental	6,63	2,57	36	38,76	6,26	2,70	19	7,05	2,43	17	0,36

4.4 ENTENDIMENTO SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nas Tabelas 8 e 9 são apresentadas as variáveis que avaliam o sentido da promoção da saúde no trabalho diário das enfermeiras nas Unidades de Saúde, considerando as ações desenvolvidas. Igualmente, foi destacada a análise comparativa entre as avaliações das enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Questionadas sobre as **condições influenciadas pela promoção da saúde** no trabalho desenvolvido na Rede Básica de Saúde, todos os itens propostos foram bem avaliados, destacando-se a influência sobre as condições clínicas - processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes - (8,5±1,14). Na análise comparativa não foi verificada diferença significativa entre os diferentes itens propostos avaliados pelos grupos das enfermeiras das USF e das enfermeiras das UBS.

Na questão sobre os **valores utilizados no trabalho diário para a promoção da saúde**, dos quatorze itens avaliados doze receberam médias acima de oito, sendo as duas maiores médias referentes: a compreensão da saúde na visão ampliada, influenciadas por determinantes e condicionantes sociais econômicos, políticos e culturais (8,94±1,39) e o partilhamento do acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalha (8,80±1,45). O item que recebeu a menor média foi à saúde entendida como ausência da doença (5,61±3,24).

Na comparação entre os grupos somente o item compromisso dos cidadãos entre si e com o Estado foi significativamente (p=0,02) melhor avaliado pelas enfermeiras das USF (8,70±1,04) quando comparadas as das enfermeiras das UBS (7,36±2,08).

Com relação à questão sobre os **fatores visualizados como intrínsecos a ação para trabalho da promoção da saúde,** todos os itens foram bem avaliados, destacando-se os

ambientes favoráveis à saúde (8,89±1,21), a participação social (8,78±1,45) os sistemas de saúde (8,72±1,50).

As enfermeiras da USF mostraram médias significativamente maiores as das enfermeiras das UBS, quando comparadas nos seguintes itens: intersetorialidade no desenvolvimento das ações (p=0,002; USF=9,00±1,17 x UBS=6,95±2,39); conhecimentos populares (p=0,01; USF=9,24±0,97 x UBS=7,63±2,01); participação social (p=0,03; USF=9,35±1,06 x UBS=8,47±1,59) e ambientes favoráveis à saúde (p=0,02; USF=9,35±0,70 x UBS=8,47±1,43)

Os princípios da promoção da saúde que norteiam as práticas na Rede Básica de Saúde são categorias de análise para o entendimento desta ação como função dos serviços de saúde.

Dessa forma, quando questionadas sobre os **princípios das políticas públicas saudáveis** utilizadas como norteadoras para atuar na promoção da saúde no processo de trabalho diário, dos cinco itens propostos destacou-se o item referente à eqüidade na saúde através do acesso a bens e serviços, privilegiando os grupos humanos mais vulneráveis ou prioritários (7,64±2,14).

Na análise comparativa foi verificada diferença significativa (p=0,01) entre os grupos no item que se refere às mudanças organizacionais no processo de trabalho que visam atender as necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e no ambiente através da eficiência econômica e prudência ecológica. As enfermeiras das USF atribuíram média superior (8,00±1,66) a das enfermeiras das UBS (6,05±2,50).

Para potencializar as **habilidades individuais** das pessoas para a promoção da saúde, as enfermeiras da Rede Básica de Saúde, enfatizaram a capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, etc) visando multiplicadores, como sendo o item melhor avaliado (7,22±2,7).

Quando os dois grupos foram comparados às médias atribuídas pelas enfermeiras que atuam nas USF foram maiores que as das enfermeiras das UBS nos dois itens propostos, ou seja: divulgação de informações sobre direito individual e coletivo à saúde em espaços como escolas, creches, associação de bairros, entre outros (p=0,003; USF=7,76±1,98 x UBS=4,94±3,20) e capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes - meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda – visando multiplicadores (p=0,01; USF=8,35±1,35 x UBS=6,21±3,22).

Tabela 8: Entendimento das enfermeiras da Rede Básica de Saúde sobre a Promoção da saúde, bem como os seus princípios norteadores, referentes aos princípios das políticas públicas saudáveis e as habilidades individuais. Os valores correspondem a média ± desvio padrão (sd) das notas atribuídas pelas entrevistadas aos diferentes itens.

Promoção da Saúde	Total UBS+USF				Unidade Básica UBS			Unidade Básica USF			
	Média	sd ±	n	CV %	Média	sd ±	n	Média	sd ±	n	p
Influência da promoção da saúde											
Condições clínicas	8,50	1,13	36	13,29	8,27	1,27	19	8,75	1,12	17	0,23
Condições epidemiológicas	8,11	2,12	36	26,14	7,78	2,57	19	8,50	1,41	17	0,33
Condições do ambiente natural e social	7,62	1,81	36	23,75	7,31	1,88	19	8,00	1,71	17	0,27
Condições de trabalho da população	7,48	1,94	36	25,93	7,31	1,91	19	7,68	2,02	17	0,58
Condições sanitárias	7,34	2,68	36	36,51	6,63	3,20	19	8,18	1,64	17	0,08
Valores utilizados para a promoção da saúde											
Saúde ampliada	8,94	1,39	36	15,54	8,73	1,55	19	9,17	1,18	17	0,35
Partilhar acesso ao conhecimento	8,80	1,45	36	16,47	8,73	1,55	19	8,88	1,36	17	0,76
Vida humana e do planeta	8,72	1,76	36	20,18	8,42	2,11	19	9,05	1,24	17	0,28
Auto-reconhecimento	8,63	1,41	36	16,33	8,52	1,50	19	8,76	1,34	17	0,62
Respeito a biodiversidade	8,61	1,59	36	18,46	8,42	1,83	19	8,82	1,28	17	0,45
Reconhecer o outro	8,50	1,69	36	19,88	8,47	1,61	19	8,52	1,84	17	0,92
Liberdade	8,30	1,72	36	20,72	8,26	1,82	19	8,35	1,65	17	0,87
Compromisso do Estado	8,16	1,61	36	19,73	7,89	1,82	19	8,47	1,32	17	0,29
Ações educativas	8,14	2,79	36	34,27	8,05	3,06	19	8,25	2,54	17	0,83
Ajuda mútua	8,13	2,08	36	25,58	7,78	2,43	19	8,52	1,58	17	0,29
Participação das pessoas	8,13	2,33	36	28,65	7,73	2,76	19	8,58	1,70	17	0,28
Compromisso do cidadão	8,00	1,78	36	22,25	7,36	2,08	19	8,70	1,04	17	0,02*
Intermediar na participação	7,75	3,16	36	43,58	6,73	3,33	19	7,82	2,96	17	0,31
Saúde como ausência de doença	5,61	3,24	36	57,75	5,52	3,30	19	5,70	3,27	17	0,87
Fatores intrínsecos a ação no trabalho											
Ambientes favoráveis a saúde	8,89	1,21	36	13,62	8,47	1,43	19	9,35	0,70	17	0,03*
Participação social	8,78	1,46	36	15,53	8,26	1,59	19	9,35	1,06	17	0,02*
Sistemas de saúde	8,72	1,50	36	17,20	8,58	1,71	19	8,88	1,27	17	0,55
Descentralização de saúde frente aos problemas locais	8,42	1,75	36	20,68	8,16	1,83	19	8,71	1,65	17	0,35
Conhecimentos populares	8,39	1,78	36	21,12	7,63	2,01	19	9,24	0,97	17	0,01*
Estilos de vida	8,22	1,77	36	21,53	7,84	1,77	19	8,65	1,73	17	0,18
Equidade para favorecer os grupos menos privilegiados	7,94	2,39	36	29,97	7,89	2,02	19	8,00	2,81	17	0,90
Intersetorialidade no desenvolvimento das ações	7,92	2,16	36	27,18	6,95	2,39	19	9,00	1,17	17	0,00*
Princípios das políticas públicas saudáveis utilizados											
Equidade na saúde através do acesso a bens e serviços	7,64	2,14	36	28,04	7,53	2,06	19	7,76	2,28	17	0,74
Integralidade nas ações de saúde	7,42	2,21	36	29,68	7,32	2,11	19	7,53	2,37	17	0,78
Responsabilização do setor público para o atendimento das necessidades de saúde e do meio ambiente	7,17	2,27	36	31,70	7,16	2,36	19	7,18	2,24	17	0,98
Mudanças organizacionais para atender as necessidades de saúde e no ambiente	6,97	2,34	36	33,42	6,05	2,50	19	8,00	1,66	17	0,01*
Participação discussões no trabalho que incluam o tema do desenvolvimento sustentável	6,19	2,75	36	44,42	5,79	3,01	19	6,65	2,45	17	0,36
Contribuição do trabalho que potencializam as habilidades individuais											
Capacitação das pessoas	7,22	2,73	36	37,81	6,21	3,22	19	8,35	1,45	17	0,01*
Divulgação de informações	6,27	3,02	36	48,16	4,94	3,20	19	7,76	1,98	17	0,00*

Na tabela 9 são mostrados os demais princípios da promoção da saúde referentes à criação de ambientes favoráveis á saúde, ao desenvolvimento da ação comunitária e a reorientação do sistema de saúde visualizados através do trabalho da enfermagem na Rede Básica de Saúde. Foi destacada, também, a análise comparativa entre as avaliações das enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Com relação à questão sobre como se processa a **criação de ambientes favoráveis à saúde** no processo de trabalho diário com as comunidades, destacou-se o item referente às ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas como o melhor avaliado (6,5±2,89). Já o item, que diz respeito ao planejamento e a gestão urbana com propósitos sustentáveis recebeu a pior avaliação (4,91±3,32).

As médias das enfermeiras das USF (6,64±2,60) foram significativamente maiores (p=0,02) que as das UBS (4,31±3,70) no item que se refere às ações de proteção ao meio ambiente. Diferença semelhante foi observada também em relação às ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas (p=0,01; USF=7,76±1,79 x UBS=5,36±3,26) e no item que aborda o planejamento e a gestão urbana com propósitos sustentáveis (p=0,02; USF=6,23±3,07 x UBS=3,73±3,14).

No que diz respeito, as **ações** realizadas no processo de trabalho diário das enfermeiras **que visam à criação de ambientes favoráveis á saúde** destacou-se a educação em saúde - modificação dos estilos de vida - (8,47±1,90). Por outro lado, a participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade (transporte, moradia, saneamento) foi o item mais mal avaliado pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde (5,30±3,6).

Na comparação entre os grupos às médias das enfermeiras das USF foram significativamente maiores em todos os itens: educação em saúde - modificação dos estilos de

vida – (p=0,006; USF=9,35±1,11 x UBS=7,68±2,13); a participação na criação de modelos alternativos – hortas comunitárias, multimistura – (p=0,000; USF=8,58±1,83 x UBS=3,26±3,42); a participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade – transporte, moradia- (p=0,007; USF=7,00±3,22 x UBS=3,78±3,47); o reconhecimento das diversidades culturais, das crenças e dos valores individuais e coletivos – respeitando às diversidades culturais, religiosas, sexuais e outros - (p=0,01; USF=8,00±2,30 x UBS=5,47±3,32) e garantia à participação social nos processos decisórios e na descentralização dos recursos e das responsabilidades, através de reuniões entre a equipe e lideranças comunitárias (p=0,003; USF=7,11±2,84 x UBS=4,00±3,10).

Na questão sobre os **estímulos ao/para o desenvolvimento da ação comunitária**, utilizados pelas enfermeiras no trabalho diário na Rede Básica de Saúde, o item melhor avaliado, foi aquele que diz respeito ao acesso da comunidade às informações sobre a saúde na unidade de saúde (7,97±2,48). No entanto, a capacitação na comunidade para formação de líderes comunitários (5,02±3,43) foi considerada o item de menor relevância para as enfermeiras no desenvolvimento da ação comunitária.

Os dois grupos mostraram avaliações semelhantes em todos os itens apresentados.

Quando questionadas a respeito da **percepção sobre a reorientação do sistema de saúde** para a criação de ambientes saudáveis, todos os itens propostos foram bem avaliados pelas enfermeiras, destacando-se, entre eles, a formação de profissionais na área da saúde para viabilizarem a melhoria do sistema de saúde (8,44±1,76) e a formação profissional para atuar com a comunidade (8,27±2,18).

As avaliações das enfermeiras dos dois grupos foram semelhantes nos itens propostos.

Tabela 9: Princípios da promoção da saúde referentes a criação de ambientes favoráveis á saúde e as ações desenvolvidas nesse âmbito, desenvolvimento da ação comunitária e reorientação dos sistema de saúde, através das enfermeiras da rede básica de saúde. Os valores correspondem a média ± desvio padrão (sd) das notas atribuídas pelas entrevistadas aos diferentes itens.

Criação de ambientes favoráveis	Total UBS+USF				Unidade Básica UBS			Unidade Básica USF			
	Média	sd ±	n	CV %	Média	sd ±	n	Média	sd ±	n	p
Ações ambientais	6,50	2,88	36	44,30	5,36	3,26	19	7,76	1,79	17	0,01*
Promoção do desenvolvimento sustentável	6,00	3,07	36	51,16	5,42	3,58	19	6,64	2,51	17	0,23
Conservação dos recursos naturais	5,77	3,20	36	55,45	4,94	3,23	19	6,70	1,78	17	0,10
Proteção ao meio ambiente	5,41	3,19	36	58,96	4,31	3,42	19	6,64	2,60	17	0,02*
Planejamento	4,91	3,31	36	67,41	3,73	3,14	19	6,23	3,07	17	0,02*
Ações para criar ambientes favoráveis											
Educação em saúde	8,47	1,90	36	22,43	7,68	2,13	19	9,35	1,11	17	0,00*
Reconhecimento das diversidades	6,66	3,11	36	46,69	5,47	3,32	19	8,00	2,30	17	0,01*
Participação na criação de modelos alternativos	5,77	3,85	36	66,72	3,26	3,42	19	8,58	1,83	17	0,00*
Garantia á participação social	5,47	3,34	36	61,06	4,00	3,10	19	7,11	2,84	17	0,00*
Participação na resolução de problemas de infra-estrutura	5,30	3,68	36	69,43	3,78	3,47	19	7,00	3,22	17	0,00*
Estímulos para o desenvolvimento da ação comunitária											
Acesso de informações a comunidade	7,97	2,48	36	31,11	7,21	3,02	19	8,82	1,33	17	0,05
Incentivo a co-responsabilidade	7,02	2,73	36	38,88	6,42	3,18	19	7,70	2,00	17	0,16
Reconhecimento de direitos e deveres da população	6,75	2,80	36	41,48	6,15	3,05	19	7,41	3,40	17	0,18
Atuação com líderes comunitários	5,25	3,47	36	66,09	4,63	3,84	19	5,94	2,96	17	0,26
Capacitação para líderes comunitários	5,02	3,43	36	68,36	4,42	3,60	19	5,70	3,21	17	0,26
Percepção sobre a reorientação do sistema de saúde											
Formação profissional para melhorar o sistema	8,44	1,76	36	20,85	8,42	1,57	19	8,47	2,00	17	0,93
Formação profissional para atuar com a comunidade	8,27	2,18	36	26,36	8,21	1,71	19	8,35	2,66	17	0,84
Ação intersetorial	7,55	2,61	36	34,56	7,26	2,80	19	7,88	2,42	17	0,48
Ampliação dos serviços assistenciais	7,25	2,64	36	34,41	6,73	2,70	19	7,82	2,53	17	0,22

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo analisar a estrutura do trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde nos municípios de Rio Grande e São José do Norte, na ótica dos elementos constituintes da atenção primária ambiental e da promoção da saúde presentes em suas práticas.

Com o intuito de responder ao objetivo citado a discussão dos resultados foi elaborada a partir da análise apresentada anteriormente, sendo constituída por 4 subcapítulos: o primeiro formado pelo **perfil das enfermeiras entrevistadas**, o segundo constituído pelos **elementos do processo de trabalho**, o terceiro composto pelo **entendimento acerca da expressão atenção primária em saúde e ambiental** e o quarto foi organizado pelo **entendimento sobre a promoção da saúde**.

De acordo com a apresentação dos resultados da população entrevistada, formada por 36 enfermeiras, dividida em dois grupos que constituem a Rede Básica de Saúde dos municípios de Rio Grande e São José do Norte: as Unidades Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

O maior número de enfermeiras atuam em UBS, correspondendo a 19 profissionais, enquanto que 17 atuam em USF. Esses números podem ser explicados pela existência de um número superior de UBS em relação as USF no município de Rio Grande (conforme Tabela 1, p.55). Outro fato que confirma a existência de um número maior de enfermeiras atuando em UBS se refere à entrada de profissionais enfermeiras e auxiliares de enfermagem na Rede Básica de Saúde do município de Rio Grande na década de 90. Sendo que, entre os anos de 1993 e 1995 foi que ocorreu a ampliação da Rede Básica de Saúde com a construção de novas UBS e, conseqüentemente, a incorporação através de concurso público, de um acréscimo de enfermeiras e auxiliares de enfermagem (BRANCO et al, 2000). Em 1995 o município passou

a executar a municipalização da saúde, como previsto na NOB/93, e em 1997 com a entrada do NOB/96 que modificou as formas de gestão, em seguida ocorreu a adesão a vários programas de saúde (BRANCO et al, 2000). Assim, as USF foram implantadas em etapas, a partir de 1997 em Rio Grande e em São José do Norte desde 2004, apesar do Programa Saúde da Família (PSF) existir desde 1994. Dessa maneira, foi necessário formar as equipes de saúde da família por meio da contratação de profissionais, enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, posteriormente incorporando psicólogos e odontólogos, através de concurso público.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) "o principal propósito do Programa Saúde da Família[13] é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional" (centrado na figura do médico), "levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros". Isso é possível através do desenvolvimento do SUS no que se refere a suas diretrizes institucionais de funcionamento.

Com isso, o foco da atenção passa a ser a família considerando o meio ambiente, as condições socioeconômicas, nível cultural, estilos de vida e promoção da saúde (BRANCO et al, 2000; ROCHA & AMEIDA 2000). A estratégia do PSF tem como prioridade as ações de prevenção da doença, promoção da saúde e recuperação da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, integral e continuamente. O trabalho do PSF é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, formada por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Odontólogos, assistentes sociais e psicólogos poderão ser acrescidos às equipes conforme as necessidades e

[13] O Programa Saúde da Família criado como programa em 1994, mas considerado como uma estratégia que o diferenciaria dos demais programas do Ministério da Saúde. No entanto na sua segunda versão publicada em 1997 definiu-o como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Ribeiro, Pires e Blank (2004) dizem que sua implantação apresenta os dois lados: "de um lado ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos(...) normalizado; de outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar o produzir impactos no sistema como um todo"(p.07).

possibilidades dos locais de inserção das unidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) as USF atuam em um território definido, onde são responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento da população da área determinada, por isso é recomendado que cada equipe seja responsável por 4.500 pessoas, no máximo. Dessa forma, os profissionais e a população estabelecem vínculos de co-responsabilidade sobre o estado de saúde, facilitando a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade adstrita.

Inserida na atenção básica, as USF, devem estar ligadas a outras redes de serviços, de maneira que "se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir" (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

Já as UBS o núcleo de ação, conforme Almeida et al (1997) e Friedrich & Sena (2002) é a assistência médica individual, em que os trabalhadores desenvolvem atividades tradicionais de saúde pública entre elas, destacam-se as consultas médicas, as nebulizações, os curativos, a operacionalização de programas como o de imunizações, assistência a mulher e a criança, entre outros. O trabalho visa uma ação imediata de resolução dos problemas de saúde.

Os atendimentos nas UBS tendem a serem organizados através da demanda espontânea sem agendamento. Esse tipo de atendimento acaba por excluindo uma parcela da população que procura a unidade de saúde, resultando numa demanda reprimida (ALMEIDA et al, 1997). Entretanto, Friedrich & Sena (2002) referem nos seus estudos, que algumas vezes, as atividades desenvolvidas são planejadas, como por exemplo, o retorno a uma consulta médica e a práticas educativas com hipertensos, diabéticos entre outros.

5.1 Perfil das enfermeiras da amostra

Com relação ao perfil das enfermeiras da amostra foi observado que o tempo de atuação na Rede Básica de Saúde predominante, foi de até 48 meses. Esse fato foi observado também tanto nas USF quanto nas UBS.

Alguns fatores que podem explicar esse resultado referem-se à forma como ocorreu a inserção das enfermeiras nas USF e nas UBS, através de concurso público, bem como o aumento do número de Unidades de Saúde, nos municípios de Rio Grande e São José do Norte, como já citado anteriormente. O tempo de atuação das enfermeiras da Rede Básica, a partir das USF e das UBS, portanto, está associado historicamente à criação da própria Rede e do PSF.

No que se refere à formação pós-graduada foi encontrado na Rede Básica de Saúde um número maior de enfermeiras com pós-graduação *latu senso* em nível de especialização e um número menor de enfermeiras com pós-graduação *stricto senso* em nível de mestrado, sendo que em nível de doutorado não houve nenhuma profissional atuando. Entre as enfermeiras das USF e as enfermeiras das UBS não foi encontrado diferenças expressivas quanto a esse tipo de formação.

As especializações como destaque na formação das enfermeiras da Rede Básica de Saúde, conforme os dados, pode estar expressando uma fragmentação das intervenções de saúde. Por isso, Ribeiro et al (2004) ao referirem Campos (1998) demonstram que a especialização não pode ser responsabilizada pelo resultado global dos cuidados de saúde, uma vez que ela restringe a capacidade das profissionais para resolução dos problemas. Além disso, a especialidade diminui a visão da totalidade dos indivíduos e aumenta o período de dependência ao sistema de saúde em virtude da existência de muitos profissionais, assim a integralidade dos cuidados de saúde dificilmente será fornecida aos usuários do serviço de

saúde. Mesmo assim, o governo investe nas especializações, em voga para os profissionais do PSF.

Ainda segundo os resultados da análise dos dados, como já foi dito, há um baixo número de enfermeiras que buscaram ampliar os seus saberes através da formação *stricto senso*, isso pode estar associado à falta de incentivos, tanto financeiros quanto de mudança das diversas situações de trabalho com os próprios profissionais, com seus saberes e práticas e com os usuários de sistema de saúde. Para Motta et al (2004) esse tipo de qualificação apresenta uma dimensão conceitual expressada por uma certificação; uma dimensão social associada os direitos apreendidos no processo de certificação e uma dimensão instrumental que se expressa na ação do trabalho em que a objetividade e a subjetividade do trabalhador são mostradas. Desse modo, pode-se inferir que o sistema de saúde está necessitando de profissionais qualificados com formação em nível de mestrado e doutorado para o entendimento da complexidade dos acontecimentos de saúde e doença, bem como para o desenvolvimento das práticas de saúde.

Mas de maneira geral, de acordo com os estudos de Lunardi Filho & Lunardi (2000) a importância da formação pós-graduada, está ligado " a necessidade de formação de novos líderes e a busca de melhoria da qualidade de assistência de enfermagem prestada a comunidade" (p.32). A mobilização de profissionais a realizarem estudos de pós-graduação, vai depender de várias situações de ordem pessoal como profissional, mas sabe-se que ao escolhê-las somam-se potencialidades para o desenvolvimento de uma prática alicerçada pela "sede" e pela luta de mudanças. Isso porque, como referem Motta et al (2004), a necessidade de novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores do sistema de saúde. Para a enfermagem, isso também é verdade, assim como, a necessidade de superação das deficiências na atenção á saúde e na relação dos profissionais entre si, com o sistema de saúde e com os usuários do sistema.

5.2 Elementos do Processo de Trabalho

Neste estudo também foram abordados os elementos do processo de trabalho da enfermagem na Rede Básica de Saúde. Isso porque o processo de trabalho representa a forma como o ser humano produz e reproduz sua existência (ALMEIDA & ROCHA,1997) nessa sociedade. Para tanto ele se apropria de finalidades, instrumentos e agentes que vão caracterizá-lo como trabalho social inserido numa organização. A enfermagem assim como os demais trabalhos da área da saúde é caracterizada como trabalho social, em que apreende esse processo de trabalho e vai mais além, por apresentar interfaces com os outros trabalhos da área da saúde e por demonstrar sua especificidade no fazer diário, de produzir a finalidade do seu trabalho.

Nesse sentido a enfermagem, através do papel da enfermeira organiza o trabalho diário tanto na Rede Básica de Saúde quanto no hospital, ou ainda em qualquer outro local em que ela esteja inserida, realizando sua prática. Com isso, o trabalho desenvolvido pela enfermeira e pelos seus agentes deve ser compreendido como um "conjunto que envolve o pensar e o fazer de diferentes sujeitos que utilizam um conjunto variado e complexo de tecnologias para realizá-lo" (FRIEDRICH & SENA,2002, p.773).

Organização do trabalho

No que se refere à forma de organização do trabalho[14] desenvolvido pelas enfermeiras na Rede Básica de Saúde, os itens melhores avaliados foram à participação da Secretaria

[14] No que diz respeito à organização do trabalho na rede básica de saúde é importante destacar que ela se desenvolve arraigada pelos modelos de atenção a saúde ou também chamados modelos assistenciais (PAIM, 1993, 2003; TEIXEIRA, 2001;TEIXEIRA, et al,2002; ROCHA & ALMEIDA, 2000,1997; MENDES-GONÇALVES et al 1993). Esses modelos podem ser entendidos como uma combinação de saberes e de tecnologias usadas em processos de intervenção na realidade de saúde, ou seja, nos problemas (danos e riscos)e nas necessidades sociais de saúde, tanto individual quanto coletiva (PAIM,2003; TEIXEIRA,2002). Com esse

Municipal de Saúde e a organização através das necessidades da população por meio da demanda programática. Sendo que, na análise comparativa, este último item recebeu nota significativamente maior das enfermeiras das USF em relação às enfermeiras das UBS.

O trabalho em nível local, representado pela Secretaria Municipal de Saúde visa contribuir para a melhoria do acesso dos usuários a este serviço, uma vez que através da figura de gestores locais torna-se possível coordenar, planejar e dirigir as atividades que são realizadas pelos trabalhadores do sistema de saúde. Nessa estrutura organizativa, o município tem a possibilidade de estruturar a gestão da saúde, de forma "democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente e efetiva" conforme os relatos de Teixeira et al (2002 p.47). Esse fato esta sustentado de acordo com o Ministério da Saúde (2005) pela legislação do SUS, que organizou as práticas sanitárias através das Leis números 8080 e 8142 de 1990 e que sofreram alterações com o processo de municipalização, cabendo ao município as responsabilidades e as prerrogativas diante do SUS, e desenvolvimento de ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde para o nível mais próximo da população.

---

sentido, os modelos de atenção orientam a ação em saúde, tanto na organização do processo de trabalho, como também nas práticas de saúde, baseado nos conhecimento técnico-científico (PAIM,2003). No Brasil, existem hoje diversos modelos assistenciais, no entanto há uma predominância, ainda dos modelos hegemônicos centralizadores, ou seja, do modelo médico-assistencial-privatista, baseado no atendimento médico curativo da demanda espontânea, através de ações de diagnóstico e tratamento com foco no doente; e do modelo assistencial sanitarista que enfatiza as ações tradicionais de saúde pública, como as campanhas de saúde, os programas especiais e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária (PAIM, 1993,2002 ; TEIXEIRA et al,2002).Esses modelos não conseguem resolver a totalidade dos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e das coletividades, isso porque atuam sobre doenças e agravos específicos, não havendo, portanto atendimento integral a saúde da população. Os modelos assistenciais alternativos (PAIM,1993,2002; TEIXEIRA et al,2002; TEIXEIRA, 2002) estão sendo construídos com o intuito de superarem os limites estabelecidos pelos modelos vigentes. Desse modo, essas alternativas "vem sendo empreendida em vários estados e municípios do país há mais de uma década" (TEIXEIRA,2002) visando a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde por meio de uma base epidemiológica. Nesse âmbito destacam-se as ações programáticas de saúde, o programa saúde da família, o acolhimento, a vigilância à saúde, as cidades saudáveis e a promoção da saúde (PAIM,2003;TEIXEIRA, 2002; TEIXEIRA et al,2002).

A análise permitiu identificar, ainda que a participação por meio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, não são significativas para a organização do trabalho da Rede Básica de Saúde, segundo as entrevistadas.

Pode-se tender a afirmar que a não identificação de forma significativa, pelas trabalhadoras, da participação da esfera estadual e federal relaciona-se com a própria forma hierarquizada dos níveis da organização do trabalho no Sistema de Saúde. É sabido, que se destaca, ainda no país, a responsabilidade político-institucional do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde em promover a operacionalização do SUS. Na perspectiva de Teixeira (2002) isso ocorre através da participação nas esferas locais bem como na distribuição dos recursos de modo a atender a diversidade de situações existentes evitando dessa forma um agravamento das iniqüidades das condições de vida e de acesso às ações de saúde.

Além disso, as funções do Ministério da Saúde em relação à organização do trabalho no nível local são importantes, pois é ele quem "coordena a política nacional de saúde, coordena e fiscaliza o Sistema Único de Saúde; saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; informa a situação de saúde; insumos críticos para a saúde; ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; pesquisa científica e tecnologia na área de saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Entretanto, Friedrich & Sena (2002) consideram que as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no nível local, demandadas por programas verticalizados do Ministério da Saúde apresentam caráter normativo, de um saber já construído e "colado" em diferentes realidades.

Outro destaque referido na análise pelas enfermeiras sobre organização do trabalho foi o atendimento das necessidades da população por meio da demanda programática. Os

profissionais da saúde, particularmente os do conjunto da enfermagem, em que se destaca a enfermeira, utilizam o saber técnico-científico somado ao conhecimento da realidade circundante, para reconhecer/conhecer os problemas e as necessidades de saúde da população, de maneira que possam adaptar e transformar as práticas de saúde adequando-as ao atendimento de uma forma organizada. Assim, indo ao encontro das considerações de Teixeira et al (2002)a ação programática de atendimento a população pode ser vista de forma a manter ou transformar determinada situação.

Conforme os dados da análise comparativa as enfermeiras das USF valorizaram mais esta forma de organização do trabalho em relação às enfermeiras das UBS. A explicação plausível para isso, vai ao encontro do que Teixeira et al (2002) destacaram em um de seus trabalhos, que diz que, no PSF os problemas de saúde existentes na população estão determinados a um espaço, a micro-área, onde se localizam famílias em condições de vida diversas, em uma área de abrangência da USF. Tendo em vista estes aspectos, o atendimento as necessidades da população em âmbito das USF, tem um alcance importante, em uma dimensão coletiva, uma vez que ele é programado conforme a identificação, a descrição e a análise dos determinantes sociais dos problemas de saúde de cada membro da família. Esse atendimento pode ser organizado para uma consulta médica, um cuidado de enfermagem, uma visita domiciliária ou para práticas de educação em saúde. Nesse contexto, pode-se incluir ainda as idéias de Friedrich &Sena (2002) quanto a necessidade de haver um planejamento e uma programação das ações, a partir da análise das necessidades das famílias e definição das prioridades de saúde que a equipe de trabalho deverá executar.

A análise mostrou também que a participação dos serviços de vigilância à saúde do município, da população no planejamento do trabalho, da demanda reprimida e do Conselho Municipal de Saúde na organização do trabalho foram os itens menos valorizados pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Para as enfermeiras entrevistadas existem dificuldades

para operacionalizar esta forma de organização que inclua a integração daqueles serviços com a população de maneira a atender as necessidades de saúde integralmente. Embora na própria proposta do SUS haja referência aos princípios da intersetorialidade, do controle e da participação social.

Nesse sentido, para Teixeira (2001) o planejamento e a programação em saúde passam a ser instrumentos operacionais que possibilitam o repensar sobre as formas de organização das ações de saúde, direcionados à práticas de melhoria das condições de vida e saúde dos indivíduos, grupos e populações que apresentam uma diversidade de problemas de saúde. Assim, de acordo com Cabreira (2003) e Mendes-Gonçalves et al (1993) a ação programática em saúde, é um dispositivo da organização tecnológica do trabalho da enfermagem para a produção de saúde, que apresenta um caráter ao mesmo tempo crítico e flexível, técnico e político. Ademais, seguido as considerações de Cabreira (2003) a programação permite a apreensão do objeto de trabalho de forma coletiva, com suas características e em seus diferentes ambientes.

É importante destacar que a depreciação do Conselho Municipal de Saúde, de acordo com a análise das enfermeiras sobre a organização do trabalho na Rede Básica de Saúde, é um fato concreto que necessita ser alterado uma vez que é ele quem fiscaliza o SUS no nível local através do estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da Política Municipal de Saúde. Através da atuação conjunta do Conselho Municipal de Saúde com a Secretaria Municipal de Saúde e da participação social é possível diminuir as iniqüidades sociais. Gerschman (2004) em um de seus trabalhos diz, então, que essa associação possibilita a participação direta no exercício do poder político local, confirmando a importância da população como elemento primordial da democracia e reforçando a necessidade de se somarem direitos políticos aos direitos sociais.

Finalidade do trabalho

Na estrutura organizacional do trabalho na Rede Básica de Saúde é necessário que as enfermeiras conheçam e entendam para que o seu trabalho é desenvolvido, ou seja, que finalidade pretendem alcançar.

Conforme a análise das respostas das enfermeiras sobre a finalidade do seu trabalho, evidenciaram-se às ações de promoção da saúde e prevenção da doença, sendo que este último foi mais bem apreciado pelas profissionais das USF do que das UBS, na comparação entre esses grupos.

De acordo com esses dados, é possível inferir que a *promoção da saúde* é uma ação expressiva na Rede Básica, a qual tem na sua estrutura a saúde e a melhoria das condições de vida dos indivíduos e populações, não estando voltada, apenas para determinação da doença. Ao encontro desta suposição, estão as observações de Czeresnia (2003) e Paim (2003) quando mencionam que a promoção da saúde possibilita um maior cuidado sobre a saúde porque está alicerçada do fortalecimento da capacidade dos indivíduos e da coletividade para atuarem frente aos inúmeros condicionantes de saúde por meio de decisões e escolhas favoráveis a qualidade de vida saudável. Com isso, para Paim (2003) o objetivo da promoção da saúde "é um nível ótimo de vida e saúde" (p.33).

Por sua vez, a prevenção da doença como uma das finalidades mais valorizadas pelas enfermeiras na apresentação dos resultados significa outro destaque na operacionalização das ações de saúde. Seu sentido é evitar surgimento de determinado problema de saúde ou da doença propriamente dita. Com esse mesmo sentido Czeresnia & Freitas (2003), Buss (2003) e Almeida et al (1997) referem que as ações preventivas orientam-se para as práticas de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores causais de grupos de doenças e de doenças

específicas através da redução de sua incidência e prevalência. Desse modo o objetivo da prevenção é evitar o surgimento das doenças por meio do "controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos" (CZERESNIA, 2003,p.45).

Essa finalidade do trabalho foi enfatizada mais pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, na análise comparativa. Pode-se deduzir, então que as práticas de prevenção da doença nas USF fazem parte do cotidiano do trabalho da equipe expressadas através da educação em saúde planejada e sistematizada, realizada tanto na consulta médica e de enfermagem quanto nas atividades de visita domiciliária, trabalhos com a população da micro área de abrangência da unidade de saúde e com a própria equipe de saúde. Para Ribeiro et al (2004) e Friedrich & Sena (2002) as ações de prevenção da doença nas USF estão voltadas para as famílias, ou seja, para grupos humanos coletivos. Nas UBS essa não relevância da prevenção da doença como finalidade do trabalho, de acordo com os dados da análise pode estar relacionada às próprias características da unidade, no que se refere ao atendimento centrado na consulta clínica e nas ações de prevenção da doença voltadas para o indivíduo e com forte dependência ao saber médico. Essas suposições são avigoradas, segundo Friedrich e Sena (2002) pelo fato de que as ações nas UBS acontecem na dentro do seu espaço físico, principalmente por meio das atividades de vacinação, controle de doenças transmissíveis, regularidade nos comparecimentos agendados, cuidados alimentares e higiênicos entre outros.

De qualquer forma tanto a promoção da saúde quanto a prevenção da doença são práticas articuladas ao desenvolvimento do trabalho em saúde. Deduz-se ainda, que os profissionais tendem a confundir o que é da promoção e o que é da prevenção. Isso pode ser explicado, de acordo com a apreciação de Czeresnia (2003) por ambas as práticas valerem-se

do mesmo conhecimento científico acerca da saúde e da doença e por este mesmo conhecimento não comportar a construção de uma consciência prática de promoção da saúde.

Privilegiar a promoção da saúde e a prevenção da doença ou agravo representa uma forte tendência à superação do modelo médico assistencial privatista, de acordo com Teixeira (2002). Mesmo assim, as atividades de diagnóstico e tratamento como destacada pelas enfermeiras das USF na análise comparativa com as enfermeiras das UBS, são essenciais para o funcionamento da Unidade de Saúde, por conterem tanto o saber científico como por manterem ligação com as outras finalidades, formando um conjunto que produz efeito sobre as estruturas sociais e epidemiológicas permitindo o avanço no processo de concretização do SUS e na produção de saúde.

Os dados da análise comparativa revelaram também que os conhecimentos dos determinantes e condicionantes de saúde e a identificação dos grupos de risco foram mais valorizados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS. Isso pode ocorrer devido aos profissionais do PSF atuarem sobre os cuidados de saúde em território definido e limitado. Sendo assim, a partir do cadastramento e do acompanhamento da população da área restrita, conforme Brasil (2005, 2001) é possível conhecer as condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, lazer e acesso a bens e a serviços especiais.

Partindo dessas colocações pode-se coligir que conhecimento destes determinantes e condicionantes de saúde possibilita a identificação dos grupos de risco da área de abrangência da USF. Esses grupos ao serem conhecidos pela equipe de saúde da família, como é destacado na análise comparativa pelas enfermeiras das USF, são trabalhados no sentido de melhorar a condição de saúde e de vida apresentada.

A desvalorização dos conhecimentos determinantes e condicionantes de saúde e da identificação dos grupos de risco como finalidades do trabalho identificadas pelas enfermeiras das UBS na análise dos resultados pode estar relacionada pela tendência das práticas das profissionais estarem voltadas ao atendimento demanda espontânea e da marcação das consultas médicas. Nessas unidades de saúde não há a definição de uma área restrita a ser atendida, assim o conhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde, bem como dos grupos de risco são visualizados através das características gerais do local de inserção da unidade de saúde e, de acordo com o entendimento de Friedrich e Sena (2002) por meio das características das pessoas que procuram o atendimento à saúde na unidade.

Por outro lado, a atuação junto com a Universidade foi o item menos valorizado como finalidade do trabalho pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Nesse aspecto é importante destacar a necessidade de haver integração do trabalho desenvolvido na Rede Básica a partir de USF e UBS com aquele desenvolvido na Universidade, por meio dos cursos de graduação e pós-graduação que tenham em sua composição o "pensar e o agir em saúde". Essa integração tanto para a Universidade quanto para a rede básica permitiria "dar um passo à diante" na concretização do SUS e na preparação de profissionais para atuarem no sistema de saúde. A integração da rede básica com a Universidade e, também com os outros serviços do município e da própria Rede, significa um fazer saúde estruturado pelo princípio da intersetorialidade. Assim, segundo Paim (2003), "consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diferentes setores em todos os níveis do governo e da sociedade" (p.32) são fundamentais para enfrentar os problemas identificados no local de atuação das unidades de saúde e para investimentos na melhoria das condições de vida da população.

Instrumentos de trabalho

Para ser alcançada a finalidade do trabalho são necessários instrumentos que possam ser utilizados no desenvolvimento das atividades, ou seja, esses instrumentos incluem os saberes e os conhecimentos utilizados no trabalho e, que conforme Leopardi (1999) e Rocha & Almeida (2000) constituem-se importantes suportes para realização de ações de saúde que requerem habilidades mentais e práticas.

Os instrumentos de trabalho mais valorizados pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde para desenvolverem as atividades foram os conhecimentos desenvolvidos no processo de trabalho diário.

Através desse dado há uma tendência, talvez em afirmar que os conhecimentos que são desenvolvidos diariamente no processo de trabalho das enfermeiras permitem que elas identifiquem o seu fazer e o fazer do outro, facilitando até relações com os próprios trabalhadores e com os usuários do serviço de saúde.

Neto e Ramos (2004) apontam que a vivência cotidiana do trabalho na unidade de saúde "é o lócus para o conhecimento do trabalhador, da realização da consciência de si e do outro, e da expressão de ambos que possibilita o desenvolvimento da individualidade do trabalhador" (p.11).

Utilizando os conhecimentos do processo de trabalho como instrumentos a enfermeira constrói o seu papel no cotidiano da Unidade de Saúde, na medida que realiza o cuidado de enfermagem, e, portanto segundo Friedrich e Sena (2002), conquista um espaço na participação efetiva da ação em saúde.

Outros instrumentos de trabalho identificados pelas enfermeiras na análise dos resultados compreenderam os conhecimentos oriundos das normas técnicas e programas do Ministério da Saúde, os da própria formação profissional e os da comunidade (costumes,

culturas, modos de vida, etc). Dessa maneira, é possível afirmar que esses instrumentos estão interligados no fazer diário das enfermeiras, pois são saberes complementares uns dos outros.

As normas técnicas e os programas do Ministério da Saúde têm a "missão de trazer a saúde para perto do cidadão e dar ao profissional a especialização necessária a fim de que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 sp). Por outro lado, identificam-se como "instrumentos normativos de organização das ações de saúde, definidos centralmente com base na revisão de informações clínico-epidemiológicas relativas a problemas ou a grupos específicos da população, recortados segundo idade, gênero e/ou exposição" (TEIXEIRA,2002,p. 157).

Já os conhecimentos oriundos da formação profissional são instrumentos fundamentais de trabalho, pois o que é aprendido na Universidade é refletido mais tarde no trabalho da profissional, daí a importância de existir qualidade no ensino tanto de graduação quanto no de pós-graduação. Isso porque as enfermeiras devem estar preparadas para

> atuar em conjunto com outros profissionais, no planejamento e gerência dos serviços de saúde; organizar e executar a assistência de Enfermagem em diferentes processos de trabalho, como prevenção, reabilitação e promoção da saúde; participar em todos os níveis de cuidados de saúde individual e coletiva, tanto na área privada quanto na pública e pesquisar em diversos campos de conhecimento de sua área (FURG, 2005).

Por fim, os conhecimentos oriundos da comunidade são essenciais como forma de instrumentos de trabalho das enfermeiras da Rede Básica, uma vez que possibilitam que as atividades de saúde orientadas tanto para os indivíduos quanto para a população, sejam adaptadas para a realidade que eles apresentarem. Desse modo, observa-se, segundo Buss (2003) uma tendência a valorização do conhecimento popular, no que se refere a costumes, culturas, modos de vida, etc, dos indivíduos e da população pelos serviços de saúde.

Ambientes objetos de aplicação do trabalho

É entendido neste estudo que os ambientes objetos de aplicação do trabalho na Rede Básica de Saúde são aqueles habitados por coletivos humanos, sejam aqueles dos próprios trabalhadores da equipe bem como da população nas suas diversas formas de organização, como por exemplo, a atuação em espaços onde se inserem as famílias, as escolas, o domicílio, as industrias entre outros.

Para Friedrich & Sena (2002) e Rocha & Almeida (2000) nesses espaços a atuação da enfermeira é fundamental, pois ela saiu de um trabalho familiar, privado e doméstico para atuar na esfera pública realizando todas as modalidades de cuidado para o atendimento dos indivíduos e os coletivos humanos, entendidos como grupos e família. Assim, em concordância com Tambellini & Câmara (2002) esses diferentes ambientes são espaços complexos, os quais incluem o natural e o social de maneira a possibilitar que os profissionais atuem em conformidade com as diferentes formas e componentes que determinam os processos de saúde e de doença das comunidades, enquanto composição coletiva.

Na análise dos resultados o ambiente considerado objeto de aplicação do trabalho valorizado pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, foi o ambiente de trabalho da equipe (o próprio trabalho). Já o ambiente individual do sujeito (corpos) e o ambiente familiar (os indivíduos) foram, de acordo com os dados da análise comparativa, melhor avaliados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

No entanto, os ambientes físico, social e cultural, o ambiente institucional público e o ambiente institucional privado foram considerados menos importante pela análise das informações identificadas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, como espaços de aplicação do trabalho. Ao passo que, na análise comparativa entre os grupos, os dois

primeiros itens, foram significativamente melhor avaliados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

O ambiente de trabalho da equipe, é o local no qual são realizadas a maioria das práticas de saúde, por isso é justificada sua valorização como espaço de aplicação do trabalho na Rede Básica de Saúde. O ambiente de trabalho da equipe é onde existe um trabalho coletivo, realizado por diferentes profissionais e diversos grupos de trabalhadores. Esses profissionais para Ribeiro & Blank (2004) se envolvem numa gama de atividades essenciais para a manutenção da estrutura institucional e para a prestação do cuidado de saúde de uma forma integral.

Já o ambiente individual e o familiar são mais valorizados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS. Este fato decorre, provavelmente, da atuação das profissionais no PSF estar voltada à família como núcleo de aplicação do trabalho da equipe. Essa família, numa visão geral é um coletivo e numa visão micro representa o ambiente individual do sujeito, ou seja, cada componente da família é atendido na sua especificidade. Nesse contexto, é importante destacar os ambientes físico, social e cultural e o ambiente institucional público (escolas, creches, hospitais, etc) onde as famílias da micro-área habitam, como locais de atuação das enfermeiras das USF. Entretanto, nas UBS o trabalho desenvolvido pelas profissionais, em sua grande maioria, é realizado na própria Unidade de Saúde às pessoas que procuram o serviço de saúde, sejam elas indivíduos ou coletivos de grupos.

Os ambientes compreendidos pelas instituições privadas (coletivos ou individuais) como dito anteriormente, não foram apreciados como locais de aplicação do trabalho da Rede Básica de Saúde, no entanto faz-se necessário uma aproximação do trabalho da equipe com estes espaços, pois neles também se encontram diferentes condições de vida e de saúde, bem como, situações de doenças ou agravos a saúde dos indivíduos e dos contextos.

Atividades desenvolvidas

Inseridas neste contexto encontram-se as atividades que são desempenhadas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Elas são entendidas como a ação do próprio trabalho, o ato objetivado no processo que pode ser de uma trabalhadora para um determinado objeto ou ambiente ou de um grupo de trabalhadoras para um indivíduo ou coletivo ambiente coletivo ou ambiente individual (CEZAR-VAZ et al, 2003-2005).

A análise dos dados possibilitou identificar a valorização às atividades de supervisão, coordenação e de prevenção das doenças pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Dessa forma, é provável alegar que o grupo das enfermeiras está exercendo atividades administrativas e assistenciais, sendo que as primeiras foram mais bem avaliadas conforme constatado na análise.

No exercício das atividades de coordenação e supervisão do trabalho, Friedrich & Sena (2002) e Villa et al (1997) referem que as enfermeiras controlam as atividades desenvolvidas pelos membros do conjunto da enfermagem (enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem) e articulam o trabalho médico com o trabalho da enfermagem. Na própria lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, destaca que "a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia de serviço e de unidade de enfermagem" e a "organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviços" entre outras, são atividades privativas da enfermeira (COREN/RS, Lei nº94.406/1986, artigo 8º, iten I, alíneas a e b).

Entende-se que essas atividades fazem parte do cuidado de enfermagem, mesmo que algumas vezes não sejam entendidas como tais, mas como complementares ao trabalho

médico. Friedrich e Sena (2002) afirmam que essas ações são cuidados e por isso, precisam ser bem realizadas pelas enfermeiras, uma vez que são de sua responsabilidade.

A partir da análise das informações, a prevenção da doença também se destacou como atividade desenvolvida pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Essas atividades podem ser compreendidas e reconhecidas no campo da saúde coletiva, como aquelas que possuem a intenção de evitar, curar e mitigar doenças e agravos à saúde, por meio de estratégias fundamentadas em conhecimentos técnicos e de responsabilidades exercidas pelas profissionais da saúde, neste caso pelas enfermeiras. As atividades de prevenção têm o foco na "doença e nos mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram e a precipitam" (BUSS, 2003, p.33).

As atividades de promoção da saúde, mesmo não sendo o destaque na avaliação das enfermeiras da Rede Básica de Saúde, também são importantes para estas profissionais, conforme expresso nos resultados da análise.De acordo com a apreciação dos resultados da análise comparativa essa atividade foi mais bem avaliada pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Essa informação pode estar relacionada aos lugares de atuação das equipes de saúde da família, ou seja, por eles abrangerem outros locais de trabalho que ultrapassem o espaço físico das unidades de saúde, como por exemplo, os domicílios, as escolas entre outros. Nesses espaços utilizados para o desenvolvimento do trabalho são realizadas as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, como ações fundamentais na proposta do PSF que vão ao encontro dos resultados encontrados. Para Teixeira (2002) essas ações são práticas possibilitam visualizar os problemas e as necessidades de saúde da população, com o intuito de adequá-las a realidade apresentada.

Por outro lado, nas UBS tais ações não têm tanta relevância, como mostrado nos dados encontrados, uma vez que segundo as idéias de Almeida & Rocha (1997) nessas unidades, as atividades de enfermagem estão centradas, na parte administrativa e em ações vinculadas à consulta médica e de prevenção da doença individual.

Enfim, essas informações permitem deduzir que as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença podem estar mostrando a direção de um caminho para a superação da assistência vinculada, essencialmente, as ações de recuperação da saúde de indivíduos doentes. Mesmo assim, as atividades clínico assistenciais e as de controle de doenças e agravos constituem-se em importantes ações desenvolvidas em âmbito da Rede Básica de Saúde que associadas às outras atividades visam atender integralmente as pessoas, nas mais diferentes situações em que estão inseridas e nas mais diversas condições de vida e saúde que se encontram.

Em contrapartida, as atividades de visitação domiciliária, trabalhos em grupos e trabalhos na comunidade, identificadas na análise dos resultados, foram consideradas ações de trabalho menos importantes pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. No entanto, a análise comparativa mostrou que essas atividades foram mais bem julgadas pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Percebe-se com isso, que nas UBS o desenvolvimento de ações não está voltado para os coletivos, ou seja, para grupos da comunidade da área de atuação, mas para os indivíduos, através de ações tradicionais de saúde pública. Já nas USF a avaliação de Rocha & Almeida (2000) é pertinente, ao informar que nelas a atenção é dada aos coletivos, ou seja, as famílias da comunidade, tanto por meio de ações direcionadas a cada membro como ao conjunto da família e também para a comunidade do território da unidade de saúde. Essas atividades envolvem ações de promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação da

saúde, desenvolvidas dentro e fora da unidade de saúde. Valendo-se disso, a equipe de saúde da família, representada neste estudo pela enfermeira, passa a atuar, como já dito anteriormente e expressado por Almeida & Rocha (2000), além da unidade de saúde realizando trabalhos com caráter educativo e assistencial, por meio das atividades de visitação domiciliária, trabalhos em grupo e trabalhos na comunidade.

5.3 Atenção Primária em Saúde e Ambiental

Expressão atenção primária à saúde

O entendimento acerca da expressão atenção primária à saúde (APS) expressada na análise dos resultados pelas enfermeiras da Rede Básica inclui a prevenção da doença e a atenção às comunidades sendo acessível a todos os indivíduos e suas famílias. Esses dados revelaram, na análise comparativa, ainda que no quesito sobre co-responsabilização das pessoas por sua saúde as enfermeiras USF avaliaram-no melhor quando comparadas à avaliação feita pelas enfermeiras das UBS.

O conceito de APS construído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Fundação das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) em 1977, a defendia como uma estratégia que previa "Saúde para Todos no ano 2000". Isso seria possível quando se alcançasse um nível de saúde que possibilitasse as pessoas o desenvolvimento de "uma vida produtiva social e economicamente" (WITT,2005, p.28).

No entanto, o marco histórico da APS foi a Conferência de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde, que a definiu como sendo uma

> Assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, por meio que lhes sejam aceitáveis, com uma plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. A atenção primária, ao mesmo tempo que se constitui o núcleo do Sistema Nacional de Saúde, forma parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade (OMS/UNICEF, 1978, p.40).

A APS[15] representa ainda o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidade com os sistemas nacionais de saúde, pelo qual os cuidados são levados nos lugares onde as pessoas vivem, sendo então o "primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (BRASIL,2001, p.16). Com isso, o trabalho em APS transfere o foco da atenção voltado apenas para a doença numa visão biologicista, curativa, fragmentada e centralizadora, para o olhar na saúde, ou seja, na "promoção da qualidade de vida e na intervenção sobre os fatores que a colocam em risco(...)" (WITT,2005,p.29) considerando o ambiente e os estilos de vida dos indivíduos e das comunidades.

Desse modo, por meio da proposta de APS desenvolvida no SUS, busca-se melhorar a assistência prestada aos indivíduos e a comunidade, utilizando para isso os seus princípios diretores como a integralidade na organização dos serviços, excluindo a "prática de programas verticais de saúde pública isolados, programados e dirigidos de forma centralizada e normativa" (BECH,2002,p.20); a descentralização da assistência e a participação dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde na co-responsabilização pela resolutividade dos problemas de saúde, ou seja, por sua saúde.

Essa co-responsabilização das pessoas por sua saúde na Rede Básica de Saúde, como apresentado nos resultados do presente estudo, é mais valorizada pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, talvez pelo fato de que no PSF a equipe de saúde trabalha com as famílias questões referentes à cidadania, esclarecendo seus direitos e deveres frente ao

[15] O processo de implantação da APS no Brasil iniciou-se com o desenvolvimento do plano de Interiorização das Ações de saúde (PIASS) que originou mais tarde o PREV-Saúde. E em um processo conseqüente surgiram as propostas de Ações Integradas em saúde e criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que fundamentaram a construção do SUS (WITT,2005).

sistema de saúde. De acordo com a declaração de Alma-Ata a o processo educativo a respeito dos problemas e das necessidades de saúde permite que a população tenha o "direito de participar individual e coletivamente na planificação e na aplicação das ações de saúde" (BRASIL,2002, p.09).

Segundo Ferreira & Mishima (2004) esse processo pode viabilizar, ao usuário e ao trabalhador, satisfações e insatisfações nas intervenções que forem estabelecidas no sentido da construção de uma prática cidadã, de emancipação das pessoas, favorecendo dessa forma a participação na definição e na gestão funções de intervenção de saúde.

Nesse aspecto, pode-se ainda inferir que o entendimento acerca da APS pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde se aproxima da forma como elas identificam o trabalho que desenvolvem cotidianamente nas Unidades de Saúde, por meio de ações voltadas a prevenção da doença e a atenção voltada às comunidades e com acesso a todos os indivíduos e suas famílias ao primeiro nível de assistência á saúde. Pode-se perceber que a enfermagem exerce função essencial para o funcionamento adequado da Rede Básica de Saúde[16] sendo esta característica reconhecida na profissão (CARVALHO & CAMPOS,2000), por meio das diferentes atividades de caráter administrativo e assistencial, com ações direcionadas para o atendimento individual e coletivo e, também para a promoção da saúde através de um trabalho interdisciplinar e de fortalecimento das relações entre os profissionais de saúde e entre eles e os usuários desse serviço.

Mesmo assim, segundo Schraiber (1993) na Rede Básica de Saúde, ou seja, nas Unidades de APS ainda existe expressivo número de atendimentos em torno da atenção médica, por meio das consultas e de outros tipos de procedimentos assistenciais, como curativos, nebulizações entre outros. Mesmo reconhecendo que no papel assistencial, também se articulam as demandas sanitárias de vigilância à saúde e educação em saúde formando uma

[16] A rede básica de saúde é entendida como atenção primária à saúde.

conjugação de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas, assistenciais e educativas (SCHRAIBER,1993; SALA et al,1998).

É sabido que a APS com o seu enfoque na valorização da saúde por meio de ações descentralizadas, intersetoriais e participativas (tanto profissionais quanto usuários) indicam o caminho para a promoção da saúde e para a saúde ambiental. Pode-se dizer, então, que a APS oferece subsídios teóricos e práticos para o entendimento sobre a atenção primária ambiental e sobre a promoção da saúde, além de possibilitar que ocorram aproximações entre estes dois elementos.

Atenção primária ambiental

No que se refere ao conhecimento sobre a expressão atenção primária ambiental as enfermeiras da Rede Básica valoraram a prevenção de doenças e agravos à saúde, segundo o resultado da análise.

Observa-se que a compreensão acerca do conceito de atenção primária ambiental é visualizada pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde nas ações de prevenção de doenças e agravos à saúde que são desenvolvidas no cotidiano do seu trabalho. Isso pode ser explicado, talvez pelo fato de que no nível local enquanto espaço específico que permite aos indivíduos, a comunidade e as organizações identificarem claramente as características e os problemas ambientes locais, é possível intervir adequadamente. Essa intervenção pode ser desenvolvida, por meio das atividades de prevenção da doença e agravos, bem como de promoção da saúde.

Na proposta conceitual da APS, o seu conteúdo vai mais além do quesito valorado pelas trabalhadoras, dado que incorpora a ação sobre o ambiente, através da participação ativa e efetiva das pessoas no nível local, pois esta é a melhor maneira de discutir e tratar das

questões ambientais. Reiterando, conforme o que foi colocado no capítulo do Referencial Teórico deste estudo, a atenção primária ambiental

> reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do meio ambiente em relação a saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde (OMS/OPAS,2000, p.28)

Assim, os indivíduos, a comunidade e o município são elementos integrados nesta ação, assumindo um papel de protagonistas na busca de melhorar o ambiente local tornando-o saudável e sustentável para todos. Esse compromisso fomenta ao mesmo tempo, a formação de líderes comunitários articuladores entre as vontades do povo e das autoridades. Entretanto, conforme os dados da análise, a formação de líderes comunitários comprometidos com a preservação, proteção e conservação dos ambientes naturais locais foi o quesito avaliado de forma incipiente, sobre a compreensão do conceito de atenção primária ambiental pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde.

Esse fato vai ao encontro dos resultados da pesquisa de Cezar-Vaz et al (2005) que conclui que ele pode estar ligado à forma ainda incipiente de se tratar às características e os problemas ambientais locais nas Unidades de Saúde. As atividades de educação em saúde realizadas pelas enfermeiras da Rede Básica aos usuários do serviço de saúde, ao abordarem conteúdos referentes à cidadania, a prevenção da doença e a promoção da saúde poderiam indicar um dos caminhos para o desenvolvimento de um olhar crítico de participação da sociedade organizada e voluntária nas questões referentes às necessidades e aos problemas ambientais que acarretam danos a saúde humana. Uma vez que isso possibilitaria a formação de líderes comunitários, que é uma das ações prioritárias[17] para a operacionalização da estratégia de atenção primária ambiental.

---

[17] As ações prioritárias para o desenvolvimento da atenção primária ambiental segundo a proposta da OMS/OPAS (2000), inclui além da formação de líderes comunitários, a contribuição para a construção de municípios saudáveis, o fortalecimento da capacidade de gestão ambiental dos governos locais, o estabelecimento de um nível de gestão ambiental local (nível primário ambiental) que inclua todos os atores

De uma maneira geral, de acordo a OMS/OPAS (2000) a atenção primária ambiental, como estratégia tem a pretensão de melhorar as condições de saúde e qualidade de vida das pessoas, utilizando, portanto, a proteção ambiental e do fortalecimento das comunidades para que alcancem a sustentabilidade local.

Princípios da atenção primária ambiental

A fim de viabilizar a operacionalização dessa estratégia na Rede Básica de Saúde foi necessário identificar quais são seus princípios estruturantes que estão aparecendo no fazer diário da enfermagem. Neste estudo, foram analisados pelas enfermeiras da Rede Básica quatro dos seis princípios[18] destacados pela OMS/OPAS (2000), os quais fazem referência ao controle social interagindo no planejamento e na execução do trabalho da equipe; a prevenção e proteção ambiental dentro de uma visão social, cultural e geofísica; o compromisso profissional de cidadão que garanta às pessoas o acesso a um ambiente saudável e as ações ambientais vistas como parte de um ecossistema humano.

De acordo com o resultado da análise as enfermeiras identificaram o compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável como o princípio mais valorado visualizado no trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde.

---

locais, o fortalecimento das comunidades para que alcancem sustentabilidade local, o desenvolvimento de uma maior interação entre o setor público e a sociedade civil para o estabelecimento de compromissos e prioridades do desenvolvimento sustentável local, o desenvolvimento de meios que possibilitem o Estado a apoiar iniciativas locais organizadas em torno da prioridade dos investimentos públicos para a proteção da saúde humana e meio ambiente.

[18] Como já referido no Capítulo do Referencial Teórico, os seis princípios da atenção primária ambiental conforme a OMS/OPAS (2000) são o controle social, a prevenção e a proteção ambiental, o compromisso profissional que garanta às pessoas o acesso a um ambiente saudável, a integralidade das ações ambientais, a organização da comunidade e a diversidade ecológica.

Esse princípio, segundo a OMS/OPAS (2000) refere-se à solidariedade e a eqüidade e que somado aos demais como: participação e organização da comunidade, organização, prevenção e proteção ambiental, integralidade e diversidade norteiam as ações em atenção primária ambiental.

Assim em concordância com o resultado encontrado na avaliação das enfermeiras, é possível identificar a fundamentação da atenção primária ambiental a partir dos valores da APS[19], que foram incorporados os seus próprios, de maneira que pudessem viabilizar o alcance de mudanças importantes, tanto em nível de consciência comunitária, políticas ambientais do Estado e a participação local.

Contudo, os entendimentos sobre a atenção primária ambiental e sobre os seus princípios, visualizados pelo trabalho das enfermeiras da Rede Básica mesmo de forma, ainda incipiente, se aproximam das diretrizes e princípios do SUS e, também por este fazer alusão aos determinantes e condicionantes de saúde, os quais inclui o ambiente. Em âmbito do SUS, para Carneiro et al (2003) a atenção primária ambiental é visualizada através do trabalho que é desenvolvido na Rede Básica de Saúde como sendo um dos componentes da atenção aos usuários do serviço de saúde e também por aparecer como uma das maneiras possíveis de se superar o modelo de atenção médico-privatista, por meio da ação preventiva e participativa em nível local.

O trabalho em atenção primária ambiental pode produzir saúde na Rede Básica através da implementação das ações ambientais, baseadas no seu conceito e nos seus princípios, realizadas pela sociedade civil organizada, estimulada pelos profissionais da saúde, aplicadas ao ambiente de maneira a protegê-lo, recuperá-lo e preservá-lo em benefício da saúde, ou seja, promovendo a saúde e a qualidade de vida.

[19] Segundo a OMS/OPAS (200) os valores da APS que foram incorporados a estratégia de atenção primária ambiental foram a equidade, a participação, a eficiência e a integralidade.

Implementar o conceito e os princípios da atenção primária ambiental na Rede Básica de Saúde "é, portanto um desafio que choca com os mecanismos de mercado que contribuem para a medicalização de nossa sociedade, para o reforço da atenção terciária e para as ações que tentam inviabilizar a participação da sociedade nos processos de gestão" (Carneiro et al, 2003,p.03).

Carneiro et al (2003) dizem ainda, que nesse sentido já se deu o primeiro passo, através da criação do grupo de Trabalho de Atenção Primária Ambiental – GT de APA- e a Agenda 21[20] do SUS, cuja direção é da Comissão Permanente de Saúde Ambiental do Ministério da Saúde (COPESA). A função dessa Comissão é assessorar o Ministério da Saúde na construção da política nacional de saúde ambiental, desenvolvendo formas para implantar a atenção primária ambiental e a Agenda 21 no SUS, como um processo ainda em fase embrionária.

6.4 Entendimento sobre a promoção da saúde

Influencia da promoção da saúde

Com relação à promoção da saúde, as enfermeiras da Rede Básica de Saúde responderam o que as ações desta estratégia processual influenciam no trabalho que desenvolvem. Sendo assim, os dados colhidos mostraram que elas valorizaram a influência da promoção da saúde sobre as condições clínicas (processo saúde/doença e seus condicionantes/determinantes).

[20] A criação da Agenda 21 foi o resultado na Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento realizada em 1992, no Rio de Janeiro RJ. Minayo e Miranda (2002) definiram-na como um "plano de ação para o desenvolvimento sustentável, abrangeu a idéia de que as necessidades essenciais de saúde das populações deveriam ser urgentemente focalizadas, dentro de um marco que articulasse suas relações com os fatores ambientais aí considerados na sua complexidade e inter-relações físicas, biológicas, químicas e sociais" (p.179).

A influência da promoção da saúde nas condições clínicas (processo saúde/doença e seus condicionantes/determinantes) possibilita o seu entendimento, por parte das trabalhadoras, como uma prática de saúde fundamental para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, expressadas nas condições de vida, biológica, social, ambiental, cultural e econômica.

Por outro lado, Almeida & Rocha (1997) em um de seus estudos sobre o trabalho da enfermagem expressaram que o trabalho das enfermeiras da Rede Básica para a promoção da saúde ainda é influenciado por uma prática centrada no indivíduo e realizada através de ações direcionadas para o corpo doente que se expressa por sinais e sintomas clínicos.

Mesmo assim, tomando a saúde numa perspectiva positiva, como foi abordada no Quadro de Referencial Teórico, a condição clínica, ultrapassa a lógica da doença apreendendo a saúde como um recurso para a vida, e não a ausência de doença.

Contudo, acredita-se que a promoção da saúde influenciando as condições clínicas na perspectiva de saúde está associada à melhoria da mesma e da qualidade de vida representadas por hábitos saudáveis que os indivíduos e população escolhem. Nesse sentido, as atividades de promoção da saúde devem voltar-se ao coletivo de indivíduos e ao ambiente entendido como físico, social, político, econômico e cultural. Conforme Buss (2000) isso se torna possível por meio da criação de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades, tendo a epidemiologia como um dos saberes imprescindíveis para dar conta das necessidades de saúde.

Valores utilizados no trabalho diário para a promoção da saúde

Quanto aos valores utilizados no trabalho diário para a promoção da saúde, as enfermeiras da Rede Básica de Saúde destacaram na análise dos dados, à compreensão da saúde na visão ampliada, influenciada por determinantes e condicionante sociais, econômicos, políticos e culturais, e também o partilhamento do acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalha como mais relevantes. O compromisso dos cidadãos entre si e com o Estado foi considerado o valor para a promoção da saúde mais importante na avaliação, realizada pelas enfermeiras das USF em relação às enfermeiras das UBS, na análise comparativa entre eles. De acordo com os mesmos dados, a saúde entendida como ausência de doença foi o valor para a promoção da saúde menos valorizado pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde.

A saúde na visão ampliada influenciada por determinantes e condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais como um dos valores para a promoção da mesma corrobora para que as práticas de saúde direcionem-se não apenas para a cura e prevenção de doenças e agravos á saúde mas também para a promoção de saúde. Envolvendo para tanto, segundo a OMS (2004), princípios éticos, normas de vida e práticas de corpo voltadas para vitalidade. Para Buss (2003) esse entendimento propõe uma articulação entre os saberes técnicos e populares e também uma mobilização de recursos institucionais e comunitários, público e privado para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde.

A saúde nesta visão é então, considerada um recurso para o desenvolvimento humano sobre as esferas sociais e econômicas e também um essencial componente da qualidade de vida. Assim, Brasil (2001) considera que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem favorecer ou prejudicar a saúde das pessoas.

Frente a estas colocações, as ações de promoção da saúde devem estar orientadas para que as condições acima sejam as mais favoráveis possíveis. Capacitar as pessoas para realizarem o seu potencial de saúde é um passo primordial para que isso ocorra. Tanto para Brasil (2004) quanto para Buss (2000) é preciso, então, possibilitar aos indivíduos e as comunidades acesso à educação e a informação sobre como controlar os fatores determinantes da sua saúde. Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de informá-los e orientá-los sobre as diferentes maneiras de proteger a sua saúde, atuando frente aos diferentes interesses, em relação à saúde existente na sociedade.

O partilhamento do acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalham também é um valor para a promoção da saúde, destacado pelas enfermeiras da Rede Básica, que vem ao encontro das responsabilidades dessas profissionais para promover a saúde. A troca de informações, o acesso ao conhecimento, as trocas de experiências resultam em contribuições para o processo de aprendizado sobre qualquer assunto, inclusive sobre saúde. Esse partilhar gera uma possibilidade de construção coletiva acerca das ações que podem promover a saúde e prevenir a doença, tanto pelo olhar do trabalhador quanto pelo olhar do usuário.

A crescente conscientização dos tomadores de decisão, bem como dos responsáveis pelo cuidado à saúde em instâncias acadêmicas, prestadoras de serviços, políticas, associativas, filantrópicas e do terceiro setor, conforme destacado por Mendes (2004) permite avançar nas ações de partilhamento ao acesso do conhecimento com os colegas de trabalho, bem como com a população através do envolvimento de segmentos distintos da sociedade. Isso pode estar caracterizando uma forma de integrar os conhecimentos sobre a saúde e sobre as condições de vida na perspectiva da promoção da saúde.

Os dados da análise mostraram, ainda, que o compromisso dos cidadãos entre si e com o Estado foi um dos valores para a promoção da saúde mais valorizado pelas enfermeiras das

USF do que pelas enfermeiras das UBS. O compromisso referido representa o papel protagonista dos indivíduos e comunidades na promoção da saúde, uma vez que atuam como co-responsáveis pela sua própria saúde. Nas USF, a equipe de trabalho, por meio das atividades de educação, procura incrementar a capacidade dos indivíduos das famílias abordando conteúdos sobre cidadania, direitos e deveres na área da saúde entre outros revelando, com isso a responsabilidade de cada pessoa, família e comunidade com os propósitos de uma vida digna. Assim, de acordo com o resultado encontrado, os trabalhos da OPAS/OMS (2004,2000) indicam que o papel dos cidadãos e o do Estado frente aos assuntos da saúde pode ser interpretado como um possível avanço adiante da operacionalização de um controle social efetivo para o desenvolvimento do SUS.

Por outro lado, as enfermeiras das UBS, consideraram o compromisso dos cidadãos entre si e com o Estado como o valor para promoção da saúde menos importante, quando comparado ao outro grupo de trabalhadoras. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que nestas unidades de saúde as atividades de promoção da saúde não apresentam ainda uma concretude e, também porque nelas as ações de saúde estão voltadas em torno da consulta médica e da prevenção de doenças em indivíduos.

Em contrapartida, a saúde entendida como ausência de doença foi o valor para a promoção da saúde menos valorizada pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, de acordo com os dados encontrados na análise. Essa ocorrência reflete que as enfermeiras, como citado anteriormente, entendem a saúde numa visão ampliada influenciada por determinantes e condicionantes e não apenas ausência de doença. Visualizado este entendimento, a desvalorização da ausência da doença ocorre porque

> As representações sobre a doença constituem, em última instância, elementos de mistificação de sua origem social e das condições sociais de produção do conhecimento. Através do processo de medicalização, a condição do enfermo fica reduzida ao nível biológico individual, desconsiderando-se a sua dimensão social, política e histórica (Almeida Filho e Andrade, 2003, p.100).

Em suma a promoção da saúde está alicerçada em um conceito positivo de saúde e em sua visão ampliada, possibilitando uma atuação em nível coletivo que considere os determinantes e condicionantes da saúde expressos por Brasil (2000) como sendo a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

Fatores visualizados como intrínsecos para a promoção da saúde

No que diz respeito aos fatores visualizados como intrínsecos para a promoção da saúde, os dados revelaram que os quesitos mais apreciados pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde foram: os ambientes favoráveis à saúde, a participação social e o sistema de saúde. Sendo que os elementos intersetorialidade no desenvolvimento das ações, conhecimentos populares, participação social e ambientes favoráveis a saúde foram mais bem valorados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, na análise comparativa entre esses grupos.

Toda a prática de promoção da saúde deve estar calcada em elementos que visam relacionar a saúde e as condições de vida, física, psicológica, social e ambiental articuladas entre si para a busca de uma vida saudável. Desse modo, Oliveira (2005), destaca, então, que a promoção da saúde influencia os fatores ambientais, os comportamentos individuais e os modos de vida na ocorrência de doenças e na morte, e ainda enfatiza a necessidade de haver uma combinação de ações para melhorar o ambiente e mudar os comportamentos, ou estilos de vida.

Segundo Brasil (2001), esses elementos estão fundamentados na Carta de Ottawa que estabeleceu os cinco campos da ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação

de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades individuais e reorientação do sistema de saúde.

Nesse sentido as enfermeiras da Rede Básica identificam os elementos de promoção da saúde como aqueles mais próximos dos princípios do sistema de saúde e, conseqüentemente, das práticas que realizam cotidianamente nas unidades de saúde.

Os ambientes favoráveis à saúde foram destacados na análise dos resultados feita através das avaliações das enfermeiras da Rede Básica de Saúde, como o fator mais valorado visualizado no seu trabalho, sendo que pelas profissionais das USF a apreciação foi maior do que aquela dada pelas profissionais das UBS, quando comparados os grupos.

A partir desse resultado pode-se tender a afirmar que os ambientes favoráveis a saúde estão intrinsecamente ligados à promoção da saúde porque relacionam saúde e ambiente como componentes interdependentes e inseparáveis. Para Brasil (2004) em todo o lugar, espaço ou território o ser humano e a natureza interagem, por isso esse ambiente de inter-relações pode e deve ser favorável a saúde. Além do meio ambiente, outros ambientes como os sociais, os econômicos e os políticos, através da intervenção das pessoas, comunidade, organizações e governos, devem ser favoráveis a saúde. Isso implica em encorajar a ajuda mútua, ou seja, que cada indivíduo cuide de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente. Desse modo, para Buss (2003) o agente central nessa relação é o homem que deve defender o meio ambiente para que a expectativa e a qualidade de vida sejam saudáveis.

A valoração dos ambientes favoráveis à saúde pelas enfermeiras das USF pode estar associada à própria proposta do PSF em considerar todos os condicionantes e determinantes de saúde da área de atuação da unidade de saúde. Nessa perspectiva, essas profissionais bem como os demais trabalhadores da equipe de saúde da família conhecem a população de uma maneira mais ampla, ou pelo menos dispõe de informações que lhes permitem reconhecer as condições de vida, o que não acontece nas UBS. Isso explica o potencial das USF em atuarem

sobre os determinantes do processo saúde-doença, ao incluírem o cuidado ambiental local como uma das tarefas de educação voltadas para a saúde.

De acordo com as informações contidas na análise dos dados, a participação social foi outro fator valorizado como essencial para a promoção da saúde identificada pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde. Este quesito, como encontrado na análise comparativa, foi melhor avaliado pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

A participação social é uma das bases conceituais da promoção da saúde e que em concordância com Brasil (2004) exige ações comunitárias concretas e efetivas para o desenvolvimento de ações que visem à melhoria das condições de saúde. Para tanto, é preciso melhorar a capacidade das pessoas e promover a saúde através do acesso mais consistente e consciente à educação, conhecimentos e informações sobre os fatores que afetam a saúde. Para a OMS/OPAS (2004) participação social na gestão da saúde é fundamental para ampliar o processo democrático em âmbito dos direitos ambientais e das reivindicações sociais necessárias para melhorar o bem –estar da população.

Essa participação social destacada pelas enfermeiras das USF é estimulada nas práticas diárias voltadas para o coletivo, ou seja, para as famílias. As atividades de educação em saúde são fundamentais para conscientizar as pessoas quanto ao seu papel de co-responsabilidade na promoção da saúde, junto aos serviços de saúde em âmbito do SUS.

Associado a participação social tem-se, de acordo com Buss (2003) a valorização aos conhecimentos populares como forma de conhecer melhor a realidade das pessoas. Esses conhecimentos devem ser considerados no desenvolvimento de ações de ajustes em favor do bem comum. Esse fato possibilita a criação de um espaço de diálogo entre os profissionais da saúde e as pessoas que buscam o serviço de saúde, ou que pertencem na área de inserção da unidade de saúde. Esse diálogo permite que as práticas de proteção da saúde e do meio ambiente que visam à promoção da saúde, sejam mais facilmente agregadas ao cotidiano das

pessoas, pois através do ato de ouvir e falar sobre saúde, no contexto de seus condicionantes e determinantes ocorre o processo de aprendizado mútuo. Conforme os dados obtidos na análise comparativa, na Rede Básica de Saúde, as profissionais enfermeiras das USF são as que mais valorizaram os conhecimentos populares como fatores intrínsecos para a promoção da saúde. Através da consideração dos conhecimentos populares no desenvolvimento do trabalho para a promoção da saúde pelas enfermeiras do PSF torna-se mais promissora a aproximação com as famílias e com a comunidade da área adstrita. Essa aproximação refere-se à forma de poder dialogar com eles sobre o reconhecimento dos problemas de saúde, bem como, sobre as maneiras de melhorar as condições de vida.

Outro fator inerente para realizar as ações de promoção da saúde destacado na análise dos resultados pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde foi o próprio sistema de saúde. Ele foi indicado, por ser quem fundamenta o trabalho que elas realizam diariamente na Unidade de Saúde. Para essas profissionais a promoção da saúde é uma prática vinculada aos princípios e diretrizes do SUS, como "ações não-específicas, extra e intra-setoriais, dirigidas às condições e aos modos de vida de coletivos/grupos sociais, produzindo efeitos sobre estruturas epidemiológicas e sociais" (TEIXEIRA, 2001, p.102).

Nesse aspecto para o enfrentamento dos problemas de saúde visualizado sob a ótica do campo da saúde na Rede Básica de Saúde, a ação intersetorial também foi um dos fatores intrínsecos para a promoção da saúde valorizado mais pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, como mostraram os dados obtidos. Para Buss (2003) a intersetorialidade referida evoca uma direção para a resolução dos problemas de saúde. Isso porque a promoção da saúde, segundo as informações obtidas em Brasil (2001), não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde. Nesse aspecto torna-se pertinente uma das recomendações da Carta de Ottawa, que se refere a importância da abertura de canais entre os setores da saúde e entre os setores políticos, sociais e econômicos.

Para a OPAS/OMS (2004) a intersetorialidade para a promoção da saúde visa à construção coletiva de uma maneira melhor de compreender e abordar a saúde, tendo a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos, famílias e comunidade como norteador da ação. Nas USF as enfermeiras, destacam a ação intersetorial como importante no trabalho de promoção da saúde, pois através de esforços de distintos setores, como a saúde, a educação, o saneamento, a habitação entre outros é possível, conforme Teixeira & Paim (2002), transformar as atividades desenvolvidas com vistas a uma maior efetividade e impacto sobre os problemas e as necessidades de saúde das famílias. Para tanto, é preciso que ocorra um planejamento e uma programação que "se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas" (TEIXEIRA & PAIM, 2002, p.61) entre todos os envolvidos.

Neste estudo foram analisados também os princípios da promoção da saúde como norteadores do trabalho em promoção da saúde na Rede Básica de Saúde.

Políticas públicas saudáveis

No que se refere aos princípios das políticas públicas saudáveis utilizadas como norteadoras para atuar na promoção da saúde no processo de trabalho diário, os dados mostraram que as enfermeiras da Rede Básica de Saúde valorizaram a eqüidade na saúde através do acesso a bens serviços, privilegiando os grupos humanos mais vulneráveis ou prioritários. No quesito sobre as mudanças organizacionais no processo de trabalho que visam atender as necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e no ambiente através da eficiência econômica e prudência ecológica foi mais bem avaliada pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS na análise comparativa dos grupos.

As políticas públicas saudáveis estão direcionadas às condições de saúde da população através da atuação de todas as áreas das políticas públicas na direção da saúde e da eqüidade, bem como o impacto que essa políticas causam sobre a saúde das pessoas. Dessa maneira o principal objetivo de uma política pública saudável é a criação de um ambiente favorável para as pessoas viverem. Segundo Brasil (2001) para criar ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde, os setores do governo responsáveis pela agricultura, pelo comércio, pela educação, pela indústria e pela comunicação deveriam considerar a saúde como essencial nas decisões de suas políticas. Além disso, assegurar às pessoas o acesso aos meios que levam a uma vida saudável é fundamental para superar as iniqüidades sociais, se for usada uma linguagem que a população e os diferentes grupos sociais possam facilmente compreender. Desse modo, tanto para OPAS/OMS (2004) quanto para Brasil (2001) às políticas públicas saudáveis devem priorizar os grupos humanos mais desprivilegiados e vulneráveis.

Isso reflete o compromisso assumido na Carta de Ottawa sobre a eqüidade em saúde como um dos elementos norteadores da promoção da saúde. De acordo com as considerações de Buss (2003) e Senna (2002), as ações de eqüidade visam diminuir as diferenças entre as condições de vida ou estado de saúde e entre o acesso e ao consumo dos serviços de saúde para uma vida mais saudável. Essa ação deve ocorrer tanto em nível local quanto em nível regional e nacional. Conforme Senna (2002) a eqüidade em saúde diz respeito às necessidades e aos problemas de saúde socialmente determinados e que ultrapassam a realização de ações dos serviços nesta área, uma vez que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. A mesma autora refere que quanto a eqüidade do uso, ou seja, do acesso e do consumo de serviços de saúde, é necessário considerar a maneira de se utilizar os serviços, já que ela sofre a influência das característica e das necessidades da população e também por estar condicionada por uma série de fatores,

internos e externos ao setor, relacionados com a oferta dos serviços de saúde e com as preferências e possibilidades dos usuários nesses serviços**.**

No entanto, Teixeira & Paim (2002) expõem que muitos esforços tem sido empreendidos para a redução dos custos e para ampliação do atendimento das demandas de saúde, tendo em vista a redução da capacidade de captar recursos e financiar as ações de saúde por parte da maioria dos estados nacionais. Isso, de acordo com Senna (2002) é o resultado de um "cenário de reforma do Estado e de controle do gasto público" em que as "inovações introduzidas nas duas últimas décadas como decorrentes também de fatores internos ao próprio setor, foram potencializadas por sua dinâmica própria e pelo processo de implementação do SUS" (p.10).

Os dados encontrados na análise das avaliações realizadas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde mostraram ainda que as mudanças organizacionais no processo de trabalho que visam atender as necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e na saúde do ambiente através da eficiência econômica e prudência ecológica como princípio das políticas públicas saudáveis foi mais apreciado pelas enfermeiras das USF. Alterando o processo de trabalho para atender as necessidades da população é um fato importante no contexto da promoção da saúde, uma vez que ela considera o ambiente e os comportamentos humanos como essenciais para o seu desenvolvimento. Assim, pode-se inferir de acordo com a OPAS/OMS (2000) que nas USF as enfermeiras ao direcionarem suas ações de trabalho para a promoção da saúde, consideram o componente ambiente e desenvolvimento como essenciais para proteção, prevenção e recuperação da saúde humana e ambiental.

Habilidades individuais

Para potencializar as habilidades individuais das pessoas para a promoção da saúde, as enfermeiras da Rede Básica de Saúde valorizaram no resultado da análise a capacitação das pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, etc) visando multiplicadores. Esse quesito foi mais bem avaliado na análise comparativa pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Incentivar o desenvolvimento de habilidades individuais é um dos princípios da promoção da saúde que aparece como elementar para a realização de uma ação comunitária para a promoção da saúde.

Ele se apóia ao desenvolvimento pessoal e social das pessoas que ocorre através da divulgação de informações e da educação em saúde na Rede Básica de Saúde, principalmente nas USF. Para Buss (2003) e Andrade &Barreto (2002) melhorar a capacidade das pessoas para promover a saúde, significa permitir às pessoas o acesso consciente, em grupos, organizações e comunidade para influenciar os determinantes de saúde. Isso possibilita, conforme OPAS/OMS (2004) que se aumente o controle das pessoas sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, facilitando as opções para uma saúde melhor.

A divulgação de informações sobre direito individual e coletivo à saúde em espaços como escolas, creches, associação de bairros, entre outros, também, de acordo com a análise comparativa dos dados, foi mais bem apreciada pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS como maneira de potencializar as habilidades individuais para a promoção da saúde. Essa realidade pode estar ligada ao fato de que nas USF o trabalho educativo é realizado nos diferentes ambientes da comunidade, no espaço de atuação das equipes da saúde da família.

Criação de ambientes favoráveis à saúde

Em relação a como se processa a criação de ambientes favoráveis à saúde, as enfermeiras da Rede Básica de Saúde, em concordância com os resultados encontrados, destacaram as ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho e escolas, sendo que este quesito, na análise comparativa foi mais bem avaliado pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS. As ações de proteção ao meio ambiente, como forma de criar ambientes saudáveis, também foram, na análise comparativa mais bem avaliadas pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS. Por outro lado, de acordo com os mesmos dados o item sobre planejamento e a gestão urbana com propósitos sustentáveis foi o quesito menos valorizado pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, mesmo assim, ele foi mais bem apreciado pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, quando comparados os grupos.

A identificação dos espaços lar, trabalho e escolas como ambientes que facilitam e favorecem a saúde visando à criação de ambientes saudáveis para as pessoas viverem são valorizadas pelas enfermeiras da Rede Básica, principalmente as das USF, por serem os locais onde elas aplicam os seus trabalhos. Esses espaços dizem respeito aos aspectos físicos e sociais onde os seres humanos vivem, daí a importância de protegê-los e conservá-los para o benefício da saúde humana e ambiental. Com esse sentido, para Andrade & Barreto (2002), Brasil (2001) e Gentile (2001), a promoção da saúde só terá êxito nos espaços que conservarem seus recursos naturais.

Para que isso aconteça a OMS/OPAS (2004) propõe que as ações de promoção da saúde ocorram em nível nacional, regional e essencialmente local, considerando a interdependência entre os seres vivos e o gerenciamento dos recursos naturais, permitindo um

amplo envolvimento e controle da comunidade, para que se consiga criar ambientes saudáveis promotores da saúde.

Assim, a participação da comunidade nos assuntos da saúde e do ambiente é uma das prioridades para a construção de ambientes favoráveis à saúde. Dessa forma, para Gentile (2001) capacitar a população por meio da educação para o desenvolvimento de ações comunitárias concretas é uma maneira de permitir a participação de todos ou de seus representantes nos processos de tomada de decisão sobre a saúde e o ambiente.

As ações de proteção ao meio ambiente também foram destacadas na análise mais pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS para a criação de ambientes favoráveis à saúde. Essas ações são importantes para a criação destes ambientes, uma vez que a exploração dos recursos da natureza alimentam uma estrutura econômica baseada na produção e no consumo em larga escala, exigindo para a sua própria reprodução e perpetuação o abuso incessante dos recursos disponíveis. Esse fato está em acordo com as idéias de Porto (1998) de que os problemas ambientais são decorrentes dos processos sociais e econômicos, sendo que eles demarcam a forma pela qual determinada sociedade produz e controla os riscos resultantes do desenvolvimento econômico para a saúde e o meio ambiente. Frente a este contexto, torna-se difícil a implementação de políticas públicas e comportamentos individuais em direção a criação de ambientes saudáveis pautados na preocupação sócio-ambiental[21]

[21] Os primeiros ensejos de cunho ambiental tiveram impulso a partir da década de 1960, através de encontros e reuniões governamentais e organizacionais: 1968 - Clube de Roma; 1972 - Primeira Conferência Mundial de Meio Ambiente Humano (Estocolmo); 1975 - A Carta de Belgrado; 1977 - Primeiro Congresso Mundial de Educação Ambiental (Geórgia - ex-URSS) e 1987 - Segundo Congresso de Educação Ambiental; 1992 - ECO-92, Rio de Janeiro (Brasil). Culminando, atualmente, com o desenvolvimento de posturas e políticas que almejam a construção e formação de uma consciência cidadã-ambiental, que mesmo paliativas quando confrontadas com a catástrofe presente na sociedade hodierna, percebe-se que esse é o caminho a ser trilhado. A partir desses encontros a idéia inicial de preservação, conservação, conservação e perpetuação do ambiente biótico e natural foi superada pela concepção global de interconectar-se o homem a sua realidade, promovendo dessa forma, a transformação da realidade circundante. Entretanto, a igualdade e a solidariedade entre as pessoas choca-se com o individualismo e a individualização presente na sociedade capitalista, onde a concorrência imposta por um processo mercadológico que coíbe, desvaloriza e menospreza atitudes e comportamentos de bem-estar coletivo.

Para Minayo (1998) o ambiente é construído pela ação humana, por isso pode ser repensado, tendo em vista a continuação de vida humana e das outras espécies, tanto no presente quanto no futuro e também a qualidade de vida para todos os seres vivos. Isso porque "o ambiente não é aquilo que é exterior ao homem, pois a noção de ecossistema a ele inclui, enquanto espécie em relação permanente com outras espécies e demais unidades complexas que integram os sistemas ecológicos" (TAMBELLINI & CÂMARA, 2002, p.79-80).

Considerando o ambiente como um dos determinantes de saúde destacado no conceito de saúde em âmbito do SUS, permite compreender o fato de que as enfermeiras das USF apreendem esse ambiente nas atividades de prevenção da doença e de educação em saúde. Isso porque o homem inserido no seu contexto sócio-ambiental produz e reproduz circunstâncias que favorecem ou desfavorecem a criação de situações prejudiciais à saúde que vão determinar ou não a edificação de ambientes saudáveis para as espécies

Entretanto, o planejamento e a gestão urbana com propósitos sustentáveis foram os itens menos valorizados pelas enfermeiras da Rede Básica para a criação de ambientes favoráveis. Sendo, mesmo assim, melhor avaliado pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Esse resultado pode estar associado à atuação das enfermeiras da Rede Básica de Saúde, predominantemente, em torno da Unidade de Saúde, sem, portanto participar diretamente com outros setores da gestão pública local. A intersetorialidade é elementar para o enfrentamento dos problemas ambientais que afetam a saúde, isso porque suas ações, conforme Teixeira & Paim (2002), fazem parte de um sistema que necessita da atuação conjunta dos diferentes serviços do município, das organizações e da comunidade.

Sendo assim, para a OPAS/OMS (2004) a administração e a gestão da saúde e do ambiente, na esfera do SUS, têm a responsabilidade de proteger a saúde humana dos efeitos

nocivos diretos ou indiretos de fatores biológicos, químicos e físicos. Bem como, "(...) resgatar o impacto sobre o homem nas preocupações do enfoque ambiental, avançando da clássica supervalorização dos impactos sobre o meio físico" (HELLER, 1998,p.74).

De qualquer forma, em anuência a Brasil (2001), há de se considerar que qualquer estratégia ou ação de promoção da saúde deve levar em conta a proteção ao meio ambiente e a conservação dos recursos naturais.

Ação em direção a criação de ambientes favoráveis à saúde

Em consonância com os resultados da análise, a ação em direção a criação de ambientes favoráveis à saúde mais valorizada pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, foi à educação em saúde (modificação dos estilos de vida). Sendo que, na análise comparativa, este quesito foi mais bem apreciado pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

A educação em saúde é um dos instrumentos utilizados pelas enfermeiras para realizarem o trabalho em qualquer espaço no campo da saúde e neste caso, ele é, a Rede Básica de Saúde. Segundo Candeias (1997) o termo educação em saúde diz respeito há "combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde" (p.209). Assim, conforme o mesmo autor, essas atividades falem-se de múltiplos determinantes do comportamento humano e de diversas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, apresentando um planejamento para sua realização a fim de que o comportamento adotado pelo indivíduo e pela comunidade traga benefícios à sua saúde.

Essa prática na Rede Básica de Saúde, especialmente nas USF está direcionada a organizar os componentes educativos dos programas de saúde que são desenvolvidos no

próprio ambiente de trabalho e nos diferentes ambientes da comunidade como escolas, creches e lares. Para Candeias (1997) as atividades educativas com o intuito de alcançar determinado fim, exigem conhecimentos e habilidades técnicas de maior ou de menor grau, conforme a natureza do problema de saúde apresentado.

Nesse aspecto a educação em saúde busca desencadear mudanças individuais (CANDEIAS, 1997), não apenas a prevenir doenças, mas á preparar o indivíduo para uma vivência saudável (OLIVEIRA, 2005).

Os profissionais da saúde, especialmente as enfermeiras, tem um papel fundamental no processo de construção de uma aprendizagem sobre saúde por isso sua atuação não deve vir calcada pela idéia de "saber tudo" ou de "tudo sei", mas pela noção de flexibilização de suas posturas e de abertura de seus conhecimentos para os novos, vindos da população e da ciência.

Segundo Oliveira (2005) o principal objetivo da educação em saúde[22] é o de promover a saúde no seu sentido positivo. Desse modo, o envolvimento dos indivíduos nas decisões sobre a sua saúde e naquelas referentes aos grupos da comunidade são importantes porque

> supõe-se que indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde (OLIVEIRA, 2005, p.424).

De acordo com os resultados da análise realizada a partir das avaliações das enfermeiras da Rede Básica, os quesitos referentes às ações de participação na criação de modelos alternativos (hortas comunitárias, multimistura); de reconhecimento das diversidades culturais, das crenças e dos valores individuais e coletivos (respeitando as diversidades culturais, religiosas, sexuais e outras); e de garantia à participação social nos processos decisórios e na descentralização dos recursos e das responsabilidades, através de reuniões

[22] Essa educação faz parte do modelo radical de educação em saúde. Consulta-se Oliveira, 2005.

entre a equipe e lideranças comunitárias foram mais bem avaliadas pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

Essas ações podem ser explicadas conforme Ribeiro et al (2004) pelo compromisso assumido do PSF com a saúde da população ao seu redor, através da valorização e do conhecimento das diversidades encontradas, da valorização do ambiente, da ampliação das ações de promoção da saúde e da maior participação das pessoas no serviço de saúde.

Já a participação na resolutividade de problemas de infra-estrutura na comunidade (transporte, moradia, saneamento), segundo as informações contidas na análise, foi a ação menos importante destacada pelas enfermeiras da Rede Básica para a criação de ambientes favoráveis à saúde. Sendo, no entanto, mais valorizada pelas enfermeiras das USF quando comparada às enfermeiras das UBS.

Como já dito anteriormente as enfermeiras visualizam formas de criação de ambientes saudáveis a partir do trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde. Assim, essa realidade expressa uma dificuldade de integração entre o setor da saúde e os outros setores da administração pública municipal. Mesmo assim, essa integração é mais possível de ocorrer nas USF, porque conforme Teixeira & Paim (2002) nelas os profissionais, especialmente as enfermeiras, trabalham diretamente com os fatores determinantes e condicionantes de saúde da área de inserção da Unidade de Saúde.

Esse trabalho exige então uma articulação entre o serviço de saúde e os diferentes serviços do município para a efetivação de melhorias nas situações apresentadas que afetam a saúde. Isso porque segundo OPAS/OMS (2004) e Teixeira & Paim (2002) a responsabilidade pela saúde não é apenas da área da saúde, mas de todas as áreas sociais.

Estímulo para o desenvolvimento das ações comunitárias

O princípio referente aos estímulos ao/para o desenvolvimento das ações comunitárias, utilizadas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, conforme as informações obtidas através da análise dos resultados, foi mais bem representado pelo acesso da comunidade às informações de saúde na Unidade de Saúde.

A ação comunitária é uma das bases conceituais da promoção da saúde, assim um dos estímulos para que ela aconteça é o acesso a informações, a experiências e habilidades de vida relacionadas com os diferentes temas da área da saúde, como forma de permitir a criação de oportunidades para que as pessoas possam fazer escolhas que levem a uma vida mais sadia. Segundo a WHO (1998) as escolhas são a essência da promoção da saúde e para tanto, as enfermeiras e os demais trabalhadores da saúde devem informar os indivíduos, as famílias e a comunidade sobre os méritos e deméritos das várias opções e dos recursos disponíveis de forma a realmente possibilitar a escolha de uma melhor opção de vida, uma vez que essa ação é uma das suas responsabilidades. Devem utilizar para isso, de acordo com as considerações de Brasil (2004) sobre promoção da saúde, uma linguagem que os diferentes segmentos da comunidade possam compreender.

Nesse sentido, busca-se uma mudança social e não apenas uma transformação individual, em que os indivíduos famílias e comunidades tenham maior controle sobre a sua saúde para melhorá-la.

Para que isso aconteça, de acordo com Brasil (2001), o acesso à informação é importante para que as pessoas possam participar eficazmente das decisões sobre tudo que afeta a sua saúde, por isso é necessário que elas estejam no centro da ação de promoção da saúde.

O desafio que surge é o de "integrar a participação de todos os agentes sociais envolvidos no problema de análise, sejam porque realizam, seja porque sofrem com as intervenções ambientais e os problemas de saúde" (ROZEMBERG, 2002,p.194).

Porém, a capacitação da comunidade para a formação de líderes comunitários foi considerada a menos relevante maneira de estimular a participação da comunidade apresentada na análise das avaliações das enfermeiras da Rede Básica de Saúde.

Isso vai ao encontro do trabalho que as enfermeiras realizam diariamente, em que as ações de educação em saúde estão ainda muito direcionadas ao enfoque biomédico de prevenção da doença. Mesmo assim, quando trabalham com a população questões referentes ao seu empoderamento, como cidadania, direitos e deveres entre outros, não há explicitamente o estímulo para a formação de líderes comunitários que representem a população nos processos de decisões dos assuntos que lhes afetam. Para Oliveira (2005) tal empoderamento significa ter autonomia para fazer escolhas informadas.

Reorientação do sistema de saúde

O princípio de promoção da saúde sobre a reorientação do sistema de saúde para a criação de ambientes favoráveis à saúde mais valorizado pelas avaliações feitas pelas enfermeiras da Rede Básica foram à formação de profissionais na área da saúde para viabilizarem a melhoria do sistema de saúde e a formação profissional para atuar com a comunidade.

Essa reorientação está atrelada às mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde, através de alterações nas bases curriculares dos cursos de graduação. As alterações dizem respeito ao incremento de disciplinas que considerem a complexidade do SUS, tanto no seu plano de gestão quanto no seu plano assistencial.

Para Ceccim & Bilibio (2004) a dificuldade encontrada para reorientar as práticas em direção a promoção da saúde encontram-se no fato de que a formação profissional ainda reproduz uma visão centrada em técnicas biomédicas, direcionadas para a prevenção da doença individual, tratamento e cura.

Portanto, é preciso fomentar uma postura de mudança nos cursos de graduação na área da saúde para que os profissionais, ao atuarem tenham atitudes que focalizem o trabalho com as comunidades proporcionando melhorias na saúde e na qualidade de vida delas. Isso significa capacitar, os profissionais da saúde e em particular as enfermeiras, para atuarem condizentemente com a promoção da saúde no SUS.

Assim sendo, neste capítulo foi apresentado a realidade das práticas de saúde desenvolvidas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde dos municípios de Rio Grande e São José do Norte, no que se refere a identificação dos elementos do processo e trabalho e os entendimentos da atenção primária em saúde e ambiental e da promoção da saúde expressadas pelos elementos de suas conceituações e de seus princípios norteadores.

6.CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Esta pesquisa teve como objeto de estudo o trabalho da enfermagem, na especificidade do trabalho da enfermeira, da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde. Este estudo emergiu da necessidade de analisar a estrutura do trabalho da enfermagem na relação com a estratégia de atenção primária ambiental e de promoção da saúde nos municípios de Rio Grande e São José do Norte pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A fim de visualizar esta estrutura, foram estabelecidos objetivos que nortearam o desenvolvimento do trabalho. Esses objetivos compreenderam: conhecer o processo de trabalho da enfermagem da Rede Básica de Saúde; conhecer os princípios da APA que estão sendo operacionalizados no trabalho da enfermagem da Rede Básica de Saúde; identificar os princípios da promoção da saúde que estão sendo desenvolvidos no trabalho da enfermagem da Rede Básica de Saúde.

Neste contexto foi desenvolvido um estudo de corte transversal, quanti-qualitativo de caráter exploratório, descritivo e analítico. Com o intuito de atingir os objetivos propostos, para a coleta de dados foi construído um instrumento fechado, que foi respondido adequadamente por 36 enfermeiras da Rede Básica de Saúde que atuavam em Unidades de Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde.

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados do projeto ao qual este trabalho está vinculado, podendo ser utilizado por outros pesquisadores. Os dados coletados foram analisados através do *software* Statistics® na versão 1998.

Após a coleta de dados foram selecionadas algumas variáveis que melhor respondessem os objetivos da pesquisa.

Pode-se considerar que os objetivos foram, então, alcançados, pois foi possível visualizar a estrutura do trabalho da enfermagem na Rede Básica de Saúde a partir das

avaliações das enfermeiras, através do conhecimento acerca do perfil das trabalhadoras, dos elementos do processo de trabalho e dos entendimentos sobre a atenção primária em saúde e ambiental e a promoção da saúde, bem como de seus princípios, que estão sendo desenvolvidos no fazer diário dessas profissionais.

O trabalho da enfermagem na Rede Básica de Saúde representa um dos espaços do trabalho da enfermagem em saúde coletiva em que as enfermeiras ao atuarem em Unidades de Saúde da Família e em Unidades Básica de Saúde realizam práticas de saúde vinculadas às necessidades sociais de saúde da população. Nesses espaços elas operam diferentes formas de cuidado a indivíduos e a coletivos humanos. Esses cuidados compreendem as práticas assistenciais e educativas que dão suporte a atenção primária à saúde.

Os dados da pesquisa revelaram que, quanto à formação pós-graduada, uma parte das enfermeiras que participaram da pesquisa buscou ampliar os conhecimentos através de cursos de especialização, uma pequena parcela procurou qualificar-se por meio de cursos de mestrado e nenhuma enfermeira da Rede Básica de Saúde utilizou o doutorado como forma de expandir seus saberes.

Diante destes aspectos, há de se considerar que o sistema de saúde, em especial nos espaços da Rede Básica de Saúde, necessitam de trabalhadoras qualificadas não apenas com pós-graduação *latu senso,* mas também com pós-graduação *stricto senso.* Uma vez que esse tipo de formação, além de dar suporte, abre diversos caminhos para que as profissionais possam atuar condizentemente com a proposta do SUS.

Assim, algumas conclusões puderam ser feitas a partir do desenrolar do estudo.

Com relação aos elementos do processo de trabalho identificados pelas enfermeiras da rede básica pode-se concluir que:

- a organização do trabalho na Rede Básica de Saúde ocorre em nível local através da participação da Secretaria Municipal de Saúde e das necessidades da população por meio da

demanda programática, sendo que este dado foi mais expressivo pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS, entretanto não foi visualizada a participação em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.

-o trabalho na Rede Básica de Saúde desenvolvido pelas enfermeiras serve para promover a saúde e prevenir a doença. Os quesitos referentes aos conhecimentos sobre os determinantes e condicionantes de saúde – alimentação moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e a serviços essenciais; prevenção de doenças e agravos e identificação de grupos de risco são mais valorizadas como finalidades, pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS. Porém, a atuação em conjunto com a Universidade não é compreendida como intento do trabalho.

- as atividades de supervisão e coordenação do trabalho, bem como as de prevenção à doença (vacinação) são as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras da Rede Básica de saúde. Por outro lado, as atividades de visitação domiciliária e os trabalhos na comunidade (escolas, creches, igreja, etc.) não são consideradas atividades desenvolvidas. Mesmo assim, essas atividades e as referentes à promoção da saúde e as atividades em grupos – étnicos, enfermidade, trabalho, etc –são mais bem reconhecidas pelas enfermeiras das USF quando comparado às enfermeiras das UBS.

- os conhecimentos desenvolvidos no processo de trabalho diário são os instrumentos de trabalho utilizados pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde para desenvolverem as atividades.

-o ambiente de trabalho da equipe é o ambiente objeto de aplicação do trabalho das enfermeiras. Já o ambiente institucional privado não é considerado local de aplicação do trabalho. O ambiente familiar, o ambiente físico, social e cultural da comunidade e o ambiente institucional público são ambientes reconhecidos pelas enfermeiras das USF do que pelas UBS, quando comparados os grupos.

No que se refere ao entendimento da expressão atenção primária ambiental, bem como de seus princípios visualizados na prática das enfermeiras da Rede básica de Saúde foi concluído que:

- a prevenção da doença e a atenção às comunidades sendo acessível a todos os indivíduos e suas famílias são os entendimentos das enfermeiras acerca do conceito da atenção primária à saúde. A co-responsabilização das pessoas por sua saúde é a compreensão mais cabível pelas enfermeiras das USF em relação às enfermeiras das UBS.

- o entendimento sobre a expressão atenção primária ambiental é visualizado por meio das atividades de prevenção a doenças e agravos. No entanto, a contribuição para a formação de líderes comunitários comprometidos com a preservação, proteção e conservação dos ambientes naturais locais não é considerada.

- o compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável é o princípio da atenção primária ambiental visualizado pelas enfermeiras através do trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde.

A respeito do entendimento acerca da promoção da saúde identificado por meio do fazer das enfermeiras da Rede Básica de Saúde, concluiu-se que:

- a promoção da saúde influencia o trabalho sobre as condições clínicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes).

- os valores para promoção da saúde são a saúde na visão ampliada, influenciada por determinantes e condicionantes sociais econômicos, políticos e culturais e o partilhamento do acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalha. O compromisso dos cidadãos entre si e com o Estado, para as enfermeiras das USF, é o valor destacado, quando comparado às enfermeiras das UBS.

- os elementos intrínsecos da promoção da saúde, utilizados pelas enfermeiras no trabalho que desenvolvem na Rede Básica de Saúde são os ambientes favoráveis à saúde, a participação social e o próprio sistema de saúde. Para as enfermeiras das USF a intersetorialidade no desenvolvimento das ações, os conhecimentos populares, a participação social e ambientes favoráveis à saúde são os elementos destacados por elas em relação às enfermeiras das UBS.

No que se refere aos princípios da promoção da saúde visualizados nas ações desenvolvidas pelas enfermeiras da Rede Básica de Saúde, pode-se concluir que:

- equidade na saúde através do acesso a bens e serviços, privilegiando os grupos humanos mais vulneráveis ou prioritários é o princípio referente às políticas públicas saudáveis considerado pelas enfermeiras. As mudanças organizacionais no processo de trabalho que visam atender às necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e no ambiente através da eficiência econômica e prudência ecológica são o princípio identificados pelas enfermeiras das USF quando comparadas pelas enfermeiras das UBS.

- para potencializar as habilidades individuais, enquanto princípio da promoção da saúde, as profissionais visualizaram a capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, etc) visando multiplicadores. A divulgação de informações sobre direito individual e coletivo à saúde em espaços como escolas, creches, associação de bairros, entre outros e capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda) visando multiplicadores são formas de potencializar as habilidades individuais para as enfermeiras das USF do que para as enfermeiras das UBS.

- as ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas é o princípio indicativo da criação de ambientes favoráveis à saúde. Contrariamente, o planejamento e a gestão urbana não são visualizados. Mesmo assim, quando comparada às

avaliações das enfermeiras pode-se concluir que as ações de proteção ao meio ambiente, às ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas, e o planejamento e a gestão urbana com propósitos sustentáveis são identificados pelas enfermeiras das USF do que pelas enfermeiras das UBS.

- a educação em saúde é a ação realizada no trabalho diário das enfermeiras da Rede Básica de Saúde que visa a criação de ambientes favoráveis à saúde, já a participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade (transporte, moradia, saneamento) não é identificada. As enfermeiras das USF em relação às enfermeiras das UBS visualizam à educação em saúde, a participação na criação de modelos alternativos, a participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade, o reconhecimento das diversidades culturais, das crenças e dos valores individuais e coletivos e garantia à participação social nos processos decisórios e na descentralização dos recursos e das responsabilidades, através de reuniões entre a equipe e lideranças comunitárias,como ações realizadas para a criação de ambientes favoráveis à saúde.

- o acesso da comunidade às informações sobre a saúde na Unidade de Saúde é o estímulo que as enfermeiras da Rede Básica de Saúde reconhecem para o desenvolvimento da ação comunitária, enquanto princípio da promoção da saúde, no entanto, a capacitação da comunidade para formação de líderes comunitários não foi visualizada.

- o princípio da promoção da saúde referente à reorientação dos serviços de saúde para a criação de ambientes favoráveis à saúde é visualizado através da formação de profissionais na área da saúde para viabilizarem a melhoria do sistema de saúde e a formação profissional para atuar com a comunidade.

Pode-se, então, concluir com esses fatos que o trabalho desenvolvido na Rede Básica de Saúde em âmbito da atenção primária ambiental e da promoção da saúde se aproximam das

maneiras como as trabalhadoras desenvolvem suas atividades no processo de trabalho diário, tanto em USF quanto em UBS.

Mesmo que a valoração das práticas de promoção da saúde e principalmente de atenção primária ambiental, sejam ainda insipientes como formas de cuidado em direção a produção de saúde na trabalho na Rede Básica de Saúde, há de se considerar que, através do trabalho que as enfermeiras estão desenvolvendo, torna-se possível visualizar os seus entendimentos e as expressões dos seus princípios nas ações do fazer diário das Unidades de Saúde. Nesses aspectos, destacou-se o trabalho desenvolvido nas USF, conforme a proposta do PSF, havendo um espaço maior para o desenvolvimento de práticas voltadas a atender as necessidades sociais de saúde da população e a reorientar a atenção primária à saúde, com a intenção de influenciar no processo de reestruturação do modelo de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), que vão ao encontro da promoção da saúde e da atenção primária ambiental.

Sendo que, as necessidades de novos conhecimentos não cessaram com esta pesquisa, mas expressaram a necessidade de dar continuidade para a visualização da atenção primária ambiental e da promoção da saúde no processo de trabalho da enfermagem, apresentam-se algumas recomendações:

-divulgar este trabalho na Rede Básica de Saúde, nas instâncias acadêmicas e em revistas científicas da área da saúde.

-destacar a importância do estudo para a formação de enfermeiras, assim, como de outros profissionais, que hão de atuar na Rede Básica de Saúde.

-possibilitar através de novos estudos uma oportunidade para que as profissionais possam articular os seus saberes e fazeres diários com as ações das propostas de atenção primária ambiental e de promoção da saúde.

-estimular a atuação conjunta da Rede Básica de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde com a Universidade para proporcionar aos profissionais atuantes e para os futuros trabalhadores uma maior aproximação entre a teoria e a prática no campo de atuação do SUS.

-procurar desenvolver instrumentos de trabalho que estimulem as trabalhadoras a utilizarem a promoção da saúde e a atenção primária ambiental nas ações desenvolvidas no processo de trabalho.

Trabalhar com a atenção primária ambiental e com a promoção da saúde contribui para integrar os determinantes de saúde com os vários níveis de população, ou seja, indivíduos e sociedade e aos princípios norteadores das estratégias.

Dessa forma, atenção primária ambiental e a promoção da saúde convergem casualmente, através de suas propostas e de seus princípios, os quais mantêm relação direta com a atenção primária à saúde.

Ainda que, diante do predomínio dos modelos médico-assistencial-privatista e do modelo assistencial sanitarista, outros modelos alternativos estão sendo desenvolvidos nos municípios brasileiros que vão ao encontro das propostas de atenção primária ambiental e da promoção da saúde. Para Teixeira (2002) Teixeira et al (2002) e Paim (2003) esses modelos referem-se as ações programáticas de saúde, o programa saúde da família, o acolhimento, a vigilância à saúde, as cidades saudáveis e a promoção da saúde. Essas alternativas visam integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde por meio de uma base epidemiológica.

A enfermagem, representada pelas enfermeiras, inseridas nessa realidade, através dos saberes específicos da profissão e das ações realizadas na Rede Básica de Saúde podem construir uma prática voltada a um melhor atendimento à população. Uma vez que, conforme

Neto & Ramos (2004) a enfermeira constrói sua identidade no tempo e no espaço das relações do cotidiano do trabalho, essas relações estão inseridas num processo de trabalho que se altera diariamente.

7.REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de; ANDRADE, R.F.S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas,C.M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

ALMEIDA, M.C.P ; ROCHA, S.M.M.. O Trabalho da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. Considerações da enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M.C.P ; ROCHA, S.M.M.. O Trabalho da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P de; et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde. In: Almeida, M.C.P de & Rocha, S.M.M.. O Trabalho da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, R.B. Vigilância em Saúde do Trabalhador e Promoção da Saúde: aproximações possíveis e desafios. Cadernos de Saúde Pública. Jan./Fev. 2003, vol.19, nº1, p. 319-322.

ANDRADE, L.M. de; BARRETO, I.C. de H.C. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente.In: Maria Cecília Minayo & Ary Carvalho Miranda (orgs). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro:FIOCRUZ, 2002.

BECH, J. Princípios fundamentais de atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C. A. & BECH, J. Estratégias de Organização da Atenção à Saúde. Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde. Dacasa: Porto Alegre, 2002. XX p.

BRANCO, et al. Atuação da enfermagem na rede básica de saúde do município do Rio Grande. In: Vittale.v.12, Rio Grande RS: Editora da FURG, 2000, p.1-125.

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

BRASIL, Lei 8.142 – de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL.Ministério da Saúde. Relatório Final de IX conferência nacional de Saúde. Brasília,1992.

BRAVERMAN, H. Trabalho e Capital Monopolista: A degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1981.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.& Freitas,C.M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde coletiva, 2000, vol.5, nº1, p.163-177. ISSN 1413-8123.

CABREIRA, G.O. A Enfermagem em Saúde Coletiva e a Modelagem da Programação em Saúde: Uma Abordagem Socioambiental do Trabalho.[Dissertação de Mestrado]. Rio Grande: FURG/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003 p.130.

CAMPOS, G.W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO: 2000, v. 5, nº2 ,p. 219-230. ISSN 1413-8123.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. In: Rev Saúde Pública [online]. Abr.1997, v.31, n.2 [citado 31 de março 2004], p.209-213. Disponível na Word Wide Web:http://www.scielo.br/scielo.php?scripy=sci_artex%pid=S0034-89101997000200016&Ing=pt&nrm=iso. ISSN 0034-8910.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico .Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982 (p.144-163).

CAPRA, F. O Ponto de Mutação. São Paulo:Cultrix, 1982.

CARNEIRO, F.; MOISÉS. M.; PERES, F. SÁ, W. R. de; BETOLINI, V. A. Da Atenção Primária Ambiental para a Atenção Primária em Saúde Ambiental: Construção de espaços saudáveis e convergências no Brasil. In: VII Congresso da ABRASCO, 2003. Brasília, 6p.

CARNEIRO JR, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro nov./dez. 2003, v.19, n. 6, p. 1827-1835. ISSN 0102-311X.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.de S. Modelos de atenção á saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. In: Ver-SUS Brasil: cadernos de textos/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CECCIM, R.B; BILIBIO,L.F.S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: Ver-SUS Brasil: cadernos de textos/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CEZAR-VAZ, M.R. O trabalho em Saúde: Expressão Viva da Vida Social. In: Leopardi, Maria Tereza (et al). O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC: Papa-livros, 1999. p.176.

CEZAR VAZ, M.R. Conceito de Saúde- Rede de Relações entre as Fronteiras do Indivíduo e do Ambiente Externo ao Corpo Singular. Revista de Educação Ambiental. FURG:1997 v.2 [Questões Ambientais e Educação: A multiplicidade de Abordagens].

CEZAR VAZ, M.R. Conceitos e Práticas de Saúde: Ilustrando através da Tuberculose. Pelotas: UFPEL, 1996- 176p.

CEZAR VAZ, M. R; et al. Projeto de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva: Poder e Autonomia na Organização Tecnológica do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde. CNPq, FURG: 2001.

CEZAR VAZ, M. R.; et al. Projeto de Pesquisa: Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental: Complexidade do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde no Extremo Sul do Brasil CNPq/LAMSA, FURG:2003-2005.

COREN/RS. Lei nº94.406/1987. Dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Artigo 8º, iten I, alíneas a e b.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D. & Freitas,C.M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D.; FREITAS,C.M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, p.176.

EGRY, E. Y. Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem: São Paulo: Ícone, 1996. p.144.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL [on line]. Disponível na internet via http://www.estdo.rs.gov.br. Capturado em 10 de outubro de 2004.

FERREIRA, J.M.; MISHIMA, S.M. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. In: Rev Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto mar.abr.2004, v.12, n. 2 p.212-220. ISSN 0104-1169.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE [on line].Disponível na internet via http://www.furg.br/rgrande. Capturado em 10 de outubro de 2004.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE [on line].Disponível na internet via http://www.coperve.furg.br/vest2006/manual_2006.pdf). Capturado em 05 de outubro de 2005.

FRIEDRICH, D.B de C.; SENA, R.R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. In: Rev. Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto.nov./dez.2002, v.10, n.6. p. 772-779. ISSN 0104-1169.

GENTILE, M. Promoção da saúde e município saudável. São Paulo:Vivere, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselho Municipal de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro nov/dez, 2004, v.20. n.6. ISSN 0102-311X.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo:Atlas, 1999.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HISTÓRIA DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE [on line]. Disponível na internet via http://www.fiocruz.br. Capturado em 15 de abril de 2004.

LAURELL, AC. A saúde-doença como processo social. In: Medicina social: aspectos teóricos e históricos/Everaldo Duarte Nunes, organização, introdução e tradução; apresentação Maria Cecília Ferro Donnângelo. São Paulo: Global ed, 1983.

LEFF, H. Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade e poder. (Tradução Lúcia Mathilde Endlich Orth) Petrópulis, RJ:Vozes, 2001.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. Ciência & Saúde Coletiva, 3 (2): 73-84, 1998.

LEOPARDI, M.T. (org); et al. O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC. Ed. Papa – Livros, 1999, p.176p.

LEOPARDI, M.T., Instrumentos de Trabalho na Saúde: razão e subjetividade.In Leopardi, Maria Tereza et al. O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC: Papa-livros, 1999. p.176.

LEOPARDI, M.T.; et al. Processo de Trabalho em Enfermagem. Florianópolis: REPENSUL: ESPENSUL, 1998. [xvi, 103 f.: il.- (Série curso de especialização em projetos assistenciais de enfermagem; momento 2)].

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI,V.V. A REPENSUL e seu impacto no curso de Enfermagem e Obstetrícia da FURG. In: Vittale.v.12, Rio Grande RS: Editora da FURG, 2000, p.1-125.

MARX, K. O Capital. Crítica da economia política. 10. ed. São Paulo: Difel. Liv.I, v.1, 1985.

MATUMOTO, S; et al. Saúde Coletiva: Um desafio para a enfermagem. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 17 n. 1 p. 233-241. Jan./Fev. 2001.

MENDES, I.A.C.Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e os movimentos posteriores. In: Rev Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto maio/jun, 2004, v.12, n.3. ISSN 01041169.

MINAYO, M.C.S; MIRANDA,, A C (orgs). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. ABRASCO, Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2002 p.344.

MINAYO, M. C. S. Enfoque Ecossistêmico de Saúde e Qualidade de Vida. In: Minayo, M.C.S & Miranda, A C. (org). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. ABRASCO, Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2002 p.344.

MINAYO, M. C. S; et al. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva, 2000, vol.5, nº1, p.7-18. ISSN 1413-8123

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento:pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- ABRASCO, 1992.

MOTTA, J.I.J.; BUSS, P.;NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. In: Ver-SUS Brasil: cadernos de textos/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [online]. Disponível na Internet via http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360. Capturado em 29 de outubro de 2005.

NEMES, M.I.B. Ação Programática Em Saúde: Recuperação Histórica De Uma Política De Programação. In: SCHRAIBER, L.B. (org.). Programação em saúde hoje. 2ªed. São Paulo:HUCITEC, 1993.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Saúde do Paraná, PR: 1998, p.07-17.

NETTO, L.F.S.de A., RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. In: Rev Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto jan./fev.2004, v.12, n. 1 p.50-57. ISSN 0104-1169.

OLIVEIRA, D.L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. In: Rev Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto maio/jun 2005, v.13, n. 3 ISSN 0104-1169.

OMS/UNICEF.Primary Health Care. Report of the International Conference on PHC, Alma – Ata, USSR, 6-12 Sept.1978: WHO, Health-for-All Series nº 1(inclui a Declaração de Alma-Ata).

OPAS/OMS. Atenção Primária Ambiental. Brasília: Gráfica e Editora Brasil,2000.

OPAS/OMS. Promoção e Proteção da Saúde. [on line]. Disponível na internet via http://www.opas.org.br/promocao/temas.cfm?id=29&area=conceito. Capturado em 01 de julho de 2004.

PIRES, D. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: Leopardi, M. T. et al. O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC: Papa-livros, 1999. p.176.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D. & Freitas,C.M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, p.176.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PELOTAS [on line]. Disponível na internet via http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade_dados/pelotas_dados.htm. Capturado em 20 de outubro de 2004.

PORTO, M. F. de S. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Reflexões sobre a Experiência da COPASAD - Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável. Ciência & Saúde Coletiva, 3(2): 33-46 1998.

REALTÓRIO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE [on line]. Disponível na internet via http://www.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude.htm. Capturado em 20 de setembro de 2004.

RELATÓRIO DO BRASIL [on line]. Resultados em Promoção da Saúde com respeito aos compromissos da Declaração do México. OPAS/OMS- Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Disponível na internet via http://www.paho.org/Portuguese/hpp/InfBrazil-pdf. Capturado em 01 de abril de 2004.

RIBEIRO, E.M.;PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro mar./abr. 2004, v.20 n.2. p.438-446. ISSN 0102-311X.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde e a interdisciplinaridade. In: In: Rev Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto dez.2000, v.18, n. 6 p.96-101. ISSN 0104-1169.

ROZEMBERG, B. Participação comunitária em programas de promoção da saúde: elementos para uma avaliação crítica de metas e pressupostos. In: Minayo, M.C.S & Miranda, A C. (org). Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós. ABRASCO, Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2002 p.344.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.;COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Out./dez, 1998, v.14, n.4. ISSN 0102-311X.

SENNA, M.deC.M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2002, v.18 supl. ISSN 0102-311X.

SÃO JOSÉ DO NORTE [on line].Disponível na internet via http://www.fee.tche.br/sitefee/pt/conten/resumo/pgmunicipiosdetalhe.php?municipio-saojosedonorte . Capturado em 19 de outubro de 2004.

SCHRAIBER, L.B. (org.). Programação em saúde hoje. 2ªed. São Paulo:HUCITEC, 1993.

MENDES-GONÇALVES, R.B; SCRAIBER, L.B.;NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (org.). Programação em saúde hoje. 2ªed. São Paulo:HUCITEC, 1993.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 3 (2): 47-59, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002, 128 p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002.

TEIXEIRA, C. O futuro da prevenção. Bahia: Casada Qualidade Editora, 2001.

_____. Um pouco da história. Reconstruindo o debate sobre modelos de atenção á Saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002.

_____ . Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002.

_____ . Promoção e vigilância da saúde no SUS: desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador, BA, 2002.

TEXTOS DE REFERÊNCIA [on line]. O que é promoção da saúde?Disponível na internet via http://www.cedaps.org.br/textosdereferencia_oquee.htm. Capturado em 01 de abril de 2004 a.

TEXTOS DE REFERÊNCIA [on line]. Conheça mais sobre a história da promoção da saúde. Disponível na internet via http://www.cedaps.org.br/textosdereferencia.htm. Capturado em 01 de abril de 2004 b.

VILLA, T.C.S; MISHIMA, S.M; ROCHA, S.M.M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: Almeida, M.C.P de & Rocha, S.M.M.. O Trabalho da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

[WHO] WHO Regional Office for Europe. 1998. HealthPromotion Evaluation: recommendations to policymakers.Copenhagen.

WITT, R.R. Competências da Enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.[Tese de doutorado] Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2005. 336P.

8.APÊNDICES

APÊNDICE A

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

TRABALHO: O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:Um olhar sobre os princípios/ações da Atenção Primária Ambiental e da Promoção da Saúde na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde

Mestranda: Enfª Alísia Helena Weis

Orientadora: Drª Marta Regina Cezar Vaz

Co-orientadora: Drª Maria Cristina Flores Soares

Coordenador(a) da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde

Vimos, por meio deste, solicitar a autorização para realização do trabalho de pesquisa supracitado junto às enfermeiras da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde dos municípios de Pelotas, Rio Grande e São José do Norte. A referida pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura do trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, dos municípios de Rio Grande e São José do Norte, na ótica dos princípios constituintes da atenção primária ambiental e da promoção da saúde. Este trabalho está vinculado ao macro projeto de pesquisa "Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental: Complexidade do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde no Extremo Sul do Brasil" LAMSA/FURG, coordenado pela Profº Drº Marta Regina Cezar Vaz.

Certas da atenção que será dispensada ao presente nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

_____ _____

Profª Drª Marta Regina Cezar Vaz Mestranda Alísia Helena Weis

ANEXO B

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DO TRABALHO: O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:Um olhar sobre os princípios/ações da Atenção Primária Ambiental e da Promoção da Saúde na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde

Mestranda: Enfª Alísia Helena Weis

Orientadora: Drª Marta Regina Cezar Vaz

Co-orientadora: Drª Maria Cristina Flores Soares

Secretário Municipal de Saúde

Vimos, por meio deste, solicitar a autorização para a realização da pesquisa junto às enfermeiras da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde do município. Além disso, solicita-se a autorização para disponibilização do nome das enfermeiras, bem como a localização das Unidades DE Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, para que se possa agendar a realização das entrevistas estruturadas com aquelas profissionais. Analisar a estrutura do trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, dos municípios de Rio Grande e São José do Norte, na ótica dos princípios constituintes da atenção primária ambiental e da promoção da saúde. Este trabalho está vinculado ao macro projeto de pesquisa "Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental: Complexidade do Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde no Extremo Sul do Brasil" LAMSA/FURG, coordenado pela Profº Drº Marta Regina Cezar Vaz.

Certas da atenção que será dispensada ao presente nos colocamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente.

_____ _____

Profª Drª Marta Regina Cezar Vaz Mestranda Alísia Helena Weis

APÊNDICE C

INSTRUÇÕES

Este instrumento de coleta de dados contém 46 questões fechadas de múltipla escolha. As questões deverão ser respondidas conforme a explicação abaixo:

- as questões de número 1, 2 e 3 devem ser respondida com sim ou não;
- na questão de número 3 devem ser colocados os números totais de funcionários de acordo com cada profissão;
- a partir da questão de número 4 deve ser utilizada a escala abaixo com notas de 0 a 10, onde você colocará em cada item o número que corresponda, de acordo com sua avaliação, ao valor mais adequado, conforme a realidade do seu trabalho.

Preencha todas as questões de forma clara, evitando rasuras. Não deixe nenhuma questão sem resposta.

Você é considerado um sujeito importante para o desenvolvimento da pesquisa, nossa intenção com sua participação é contribuir para o avanço da produção de conhecimento na Saúde Pública brasileira.

Desde já agradecemos sua colaboração.

ESCALA
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ENTREVISTADOR _____ N° DA ENTREVISTA_____ DATA_____

ENTR: _
NENTR: _ _ _
DATA: _ _/ _ _/ _ _

PARTE I

1) IDENTIFICAÇÃO

ID: _ _
SEX: _
MUNAT: _ _
LOCAT: _ _
TENAT: _ _

Idade____ Sexo ( )F ( )M
Município de atuação:_____
Local de Atuação_____
Tempo de Atuação no setor_____

2) FORMAÇÃO

GRAD: _ _
ANC: _ _
INS: _ _ _

Graduação_____ Ano de Conclusão_____
Instituição_____

2.1) Pós-Graduação

ESP: _
QU: _ _
INST: _ _
ANCON: _ _

2.1.1) Especialização ( )Sim ( )Não Qual?_____
Instituição_____
Ano de Conclusão_____

2.1.2) Mestrado ( )Sim ( )Não Qual?_____
Instituição_____
Ano de Conclusão_____

MEST: _
QUA: _ _
INSTI: _ _
ANCO: _ _

2.1.3) Doutorado ( )Sim ( )Não Qual?_____
Instituição_____
Ano de Conclusão_____

DOUT: _
QUB: _ _
INSTIT: _ _
ACON: _ _

PARTE II

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

3. Quais são as pessoas que compõe a tua equipe de trabalho? ASSOC_____

a)assistentes sociais ( )Sim ( ) Não Quantos?_____ ENF_____

b)enfermeiros ( )Sim ( ) Não Quantos?_____ MED_____

c)médicos( )Sim ( ) Não Quantos?_____ AUXEN_____

d)auxiliar de enfermagem ( )Sim ( ) Não Quantos?_____ AGCO_____

e)técnicos de enfermagem ( )Sim ( ) Não Quantos?_____ OUT_____

f)agentes comunitários de saúde ( )Sim ( ) Não Quantos?_____

g)outros ()Sim () Não Quantos?_____ Especificar:_____

4. As atividades que tu desenvolves na Unidade Básica de Saúde – UBS - compreendem:

a) atividades clínico-assistenciais ( )

b) atividades de planejamento do trabalho da UB ( )

c) atividades de supervisão, coordenação do trabalho ( ) ATIV4A_____

d) visitação domiciliária ( ) ATIV4B _____

e) atividades de prevenção a doença (vacinação) ( ) ATIV4C ____

f) atividades de promoção à saúde (melhoria das condições de vida e trabalho e o bem-estar geral)( ) ATIV4D ____

ATIV4E _____

g) atividades de controle de doenças e agravos (recomendações sobre mudanças de hábitos) ( ) ATIV4F_____

ATIV4G _____

h) trabalhos em grupos (étnicos, por enfermidade, trabalho, etc.)( ) ATIV4H _____

i) trabalhos na comunidade (escolas, creches, igreja, etc.) ( ) ATIV4I _____

5. A organização do trabalho na Unidade Básica dos serviços públicos de saúde se dá através:

a) da Secretaria Municipal de Saúde ( )

b) da Secretaria Estadual de Saúde ( )

c) do Ministério da Saúde ( ) ORG5A_____

d) da autonomia dos trabalhadores da UB ( ) ORG5B_____

e)das necessidades da população por meio da demanda espontânea ( ) ORG5C_____

f)das necessidades da população por meio da demanda programática ( ) ORG5D_____

g) das necessidades da população por meio da demanda reprimida ( ) ORG5E_____

h) da participação da população no planejamento do trabalho da UB ( )

i) em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde ( ) ORG5F_____

j) da participação dos serviços de Vigilância à saúde do Município ( ) ORG5G_____

ORG5H_____

6. A finalidade do teu trabalho compreende: ORG5I_____

a) conhecer os determinantes e condicionantes de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso a bens e serviços essenciais) ( ) ORG5J_____

b) promover a saúde ( )

c) prevenir doenças ou agravos ( ) FIN6A_____

d) controlar doenças ou agravos ( ) FIN6B_____

e) diagnosticar e tratar doenças ou agravos ( ) FIN6C_____

f) identificar grupos de risco ( ) FIN6D_____

g) investir na melhoria das condições de vida da população ( ) FIN6E_____

h) atuar em conjunto com outros serviços do município, da própria Rede (PACS, PSF, programas) ( ) FIN6F_____

i) atuar em conjunto com a Universidade ( ) FIN6G_____

FIN6H_____

FIN6I_____

7. Instrumentos que tu utilizas para desenvolver as atividades na UB:

a) conhecimentos oriundos das normas técnicas e programas do Ministério da Saúde ( )

b) conhecimentos oriundos da própria formação profissional ( )

c) conhecimentos desenvolvidos no processo de trabalho diário ( ) INST7A_____

d)conhecimentos oriundos da própria comunidade (costumes, culturas, modos de vida, etc)( ) INST7B_____

INST7C_____

8. Em que é aplicado o trabalho da UB: INST7D_____

a) ambiente individual do sujeito ( )

b) ambiente familiar ( )

c) ambiente físico, social e cultural da comunidade ( ) OBJ8A_____

d) no ambiente de trabalho da equipe ( ) OBJ8B_____

e) no ambiente institucional privado (escolas, hospitais, etc) ( ) OBJ8C_____

f) no ambiente institucional público (escolas, hospitais, etc) ( ) OBJ8D_____

OBJ8E_____

OBJ8F_____

9.Tua formação profissional permitiu o trabalho direto na UB:

a) no conteúdo teórico desenvolvido ( )

b) nas atividades práticas programadas ( )

c) na organização do trabalho ( ) FORM9A_____

d) na relação profissional com a equipe ( ) FORM9B_____

e) na integração com outros setores do município ( ) FORM9C_____

f) na interação com a Secretaria Municipal de Saúde ( ) FORM9D_____

g) na atividade prática direta com a população ( ) FORM9E_____

FORM9F_____

10. A educação (capacitação) para o processo de trabalho na UBS se dá através: FORM9G_____

a) de cursos promovidos pela Secretária Municipal de Saúde ( )

b) de cursos promovidos pelo Ministério da Saúde ( )

c) de especialização através de iniciativa própria ( ) EDUC10A_____

d) pela própria equipe de trabalho, no campo de atividades práticas ( ) EDUC10B_____

e) de cursos promovidos pela 3ª Coordenadoria Regional de Saúde ( ) EDUC10C_____

EDUC10D_____

EDUC10E_____

ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

11. A relação do ecossistema com a saúde ocorre:

a) na abordagem da prevenção de agravos e doenças no ecossistema urbano ( )

b) na abordagem da prevenção de agravos e doenças no ecossistema rural ( )

c) na abordagem da promoção da saúde no ecossistema social/comunitário (crenças, costumes, etnias, cultura, estilos de vida)( ) ECOSS11A_____

d) na abordagem da promoção da participação das comunidades na preservação do ecossistema natural (rios, lagos, florestas) ( ) ECOSS11B_____ ECOSS11C_____

e) na abordagem da promoção da participação das comunidades na preservação do ecossistema social/comunitário (crenças, costumes, etnias, cultura, estilos de vida) ( ) ECOSS11D_____ ECOSS11E_____

12. O ambiente em que as tuas atividades são desenvolvidas, no trabalho, corresponde:

a) natureza (flora e fauna) ( )

b) espaços onde se vive (casa, escola, bairro, cidade) ( ) AMBT12A_____

c) Universo (planeta Terra, Cosmos); ( ) AMBT12B_____

d) Corpo Humano (organismo biológico e social) ( )

e) Trabalho em equipe ( ) AMBT12C_____

f) Ambiente comunitário ( ) AMBT12D_____

AMBT12E_____

13. A relação saúde e ambiente é construída no processo de trabalho: AMBT12F_____

a) na identificação dos condicionantes biológicos relacionados com algumas doenças e agravos (manifestação orgânica) ( )

b) na identificação dos condicionantes sociais relacionados com algumas doenças e agravos (pobreza, costumes, hábitos, violência urbana, desemprego) ( ) SAAM13A_____

c) na identificação dos condicionantes do meio ambiente relacionado com algumas doenças e agravos (fatores climáticos, poluição da água, terra e do ar) ( ) SAAM13B_____ SAAM13C_____

14. As atividades desenvolvidas influenciam na saúde:

a) do ambiente individual ( )

b) do ambiente familiar ( )

c) do ambiente de grupos específicos da comunidade (trabalhadores, escolares, idosos, doentes crônicos degenerativos, etc) ( ) ATIVS14A_____

d) do ambiente das instituições (escolas, associações, etc) ( ) ATIVS14B_____

e) do ambiente dos trabalhadores da equipe ( ) ATIVS14C_____

f) do ambiente social das comunidades em geral (saneamento, habitação, etc.) ( ) ATIVS14D_____

g) do ambiente natural do município e da região (geográfico, climático, ecossistema costeiro) ( ) ATIVS14E_____ ATIVS14F_____

ATIVS14G_____

15. O entendimento de saúde aplicado no teu trabalho é:

a) pela ausência de doenças no sujeito/individuo ( )

b) pelo bem-estar físico do sujeito/individuo(locomoção, flexibilidade, força muscular e agilidade) ( )

c) pelo bem-estar mental ou psicológico do sujeito/individuo (bom humor, disposição e auto-estima) ( ) ENTSAU15A____ ENTSAU15B____

d) pelo bem-estar social no ambiente de trabalho (relacionamento interpessoal colegas do ENTSAU15C____

setor, funcionários de outros setores) ( ) ENTSAU15D____

e) pelo bem-estar social no ambiente familiar ( ) ENTSAU15E____

f) pelas condições do ambiente natural (fauna, flora, rios, lagos, mares) ( )

g) pelas condições do ambiente social (água, esgoto, energia elétrica, distribuição populacional, hábitos saudáveis, modos de vida) ( ) ENTSAU15F____

h) pelas condições de bem estar coletivo dos diferentes grupos sociais(étnicos, escolares, trabalhadores, etc.) ( ) ENTSAU15G____ ENTSAU15H____

16. A expressão Atenção Primária na relação com o trabalho que desenvolves compreende:

a) atuar na prevenção de doenças ( )

b) dar atenção às comunidades sendo acessível a todos os indivíduos e suas famílias ( )

c) parcela integrante do sistema único de saúde ( ) AP16A_____

d) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema único de saúde ( ) AP16B_____ AP16C_____

e) a co-responsável de levar a saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham ( ) AP16D_____

f) a co-responsabilidade das pessoas por sua saúde ( ) AP16E_____

g) a participação dos trabalhadores na descentralização da saúde ( ) AP16F_____ AP16G_____

17. A expressão Atenção Primária Ambiental em saúde na relação com o trabalho que tu desenvolves compreende:

a) uma estratégia de ação ambiental que visa a saúde da população em que atuas ( )

b) atividades de prevenção a doenças e agravos( )

c) o alcance de melhores condições de saúde e qualidade de vida para as populações através da proteção do ambiente natural ( ) APA17A____ APA17B____

d) a contribuição para a construção de municípios saudáveis ( ) APA17C____

e) fortalecer as comunidades para que alcancem a sustentabilidade da comunidade local( ) APA17D____

f) contribuir para a formação de líderes comunitários comprometidos com a preservação, proteção e conservação dos ambientes naturais locais ( ) APA17E____ APA17F_____

g) facilitar a interação entre o setor público e a sociedade para o estabelecimento de prioridades para o desenvolvimento de políticas públicas de sustentabilidade saudável local ( ) APA17G_____ APA17H____ APA17I_____

h) promover o direito do ser humano de viver num ambiente saudável ( ) APA17J_____

i) promover o direito do ser humano de ser informado dos riscos do ambiente em relação a

sua saúde ( )

j) definir a participação da população nas ações relacionadas ao ambiente e a saúde (proteção, conservação e recuperação) ( )

18. Os princípios básicos visualizados no teu trabalho sobre Atenção Primária Ambiental são compreendidos pelo (a):

a) controle social interagindo no planejamento e na execução no trabalho da equipe ( )

b) prevenção e proteção ambiental dentro de uma visão social, cultural e geofísica ( )

c) compromisso do profissional como cidadão, em assegurar que cada pessoa tenha acesso a um ambiente saudável ( ) PRINA18A_____

d) ações ambientais são vistas como parte de um ecossistema humano ( ) PRINA18B_____

PRINA18C_____

19. Estratégias que tu utilizas para trabalhar com a relação entre saúde e ambiente: PRINA18D_____

a) participação na definição das políticas públicas relacionadas ao meio ambiente e a saúde ( )

b) conhecimento das situações ambientais do município que impliquem em riscos efetivos ou potenciais à saúde humana ( )

c) participação em projetos de intervenção ambiental para controlar os riscos ambientais na prevenção e promoção da saúde coletiva e individual ( ) ESTSA19A_____

d) avaliação dos impactos causados por produtos químicos, agrotóxicos e outros produtos tóxicos na saúde da população ( ) ESTSA19B_____

e) construção de indicadores de vigilância ( ) ESTSA19C_____

ESTSA19D_____

ESTSA19E_____

20.Para desenvolver o teu trabalho os problemas ambientais que influenciam na saúde da comunidade, no município, que tu reconheces são:

a) Falta saneamento básico (sistema de esgoto) ( )

b) Contaminação atmosférica (industrial, doméstica, automotivas) ( )

c) Contaminação da água ( ) PROBAM20A___

d) Uso indevido dos solos ( ) PROBAM20B___

e) Vetores de doenças ( ) PROBAM20C___

f) Ruas sem pavimentação ( ) PROBAM20D___

g) Falta de áreas verdes ( ) PROBAM20E___

h) Alimentos contaminados por agrotóxicos ou outras substâncias ( ) PROBAM20F___

i) Manejo inadequado de resíduos sólidos e domésticos (lixo, etc.) ( ) PROBAM20G___

j) Erosão e desmatamento ( ) PROBAM20H___

k) Utilização de agrotóxicos em plantações( ) PROBAM20I____

PROBAM20J____

21. Frente aos problemas identificados tu atuas através de : PROBAM20K___

a) Atividades de educação em saúde que viabilizem a identificação desses problemas pela população de forma que cada indivíduo reconheça sua co-responsabilidade na preservação de ambientes, bem como promover o conhecimento das responsabilidades dos órgãos públicos.( )

b) Atividades integrativas com os serviços que atuam diretamente com os diferentes problemas ambientais identificados (vigilância à saúde, secretaria do meio ambiente, serviços urbanos entre outros, ligados aos órgãos públicos) ( ) PROBAT21A____ PROBAT21B____

RELAÇÃO COM OS OUTROS SETORES

22.A articulação do trabalho da equipe ocorre em conjunto com:

a) Secretaria Municipal de Saúde ( )

b) Secretaria Estadual de Saúde ( )

c) Secretaria do Meio ambiente ( )

d) Secretaria de Serviços Urbanos ( ) ARTI22A_____

e) Conselho Municipal de Saúde ( ) ARTI22B_____

f) associações de moradores ( ) ARTI22C_____

g) instituições públicas (escolas, creches, asilos, hospitais) ( ) ARTI22D____

h) instituições privadas (escolas, creches, asilos, hospitais) ( ) ARTI22E____

i) unidades de saúde do município ( ) ARTI22F_____

j) Universidades ( ) ARTI22G____

k) com o serviço de vigilância à saúde ( ) ARTI22H_____

ARTI22I_____

23. Essa articulação é desenvolvida motivada pela:: ARTI22J_____

a) necessidade da população em situação especial (situação de risco) ( ) ARTI22K_____

b) necessidade para desenvolver as atividades do trabalho da equipe ( )

c) necessidade de atender a demanda geral do município ( )

d) necessidade imediata apresentada pela população ( )	ARTIMO23A____
e) necessidade imediata apresentada como exigência por meio de um programa municipal( )	ARTIMO23B____
f) necessidade imediata apresentada como exigência por meio de um programa nacional( )	ARTIMO23C____
g) necessidade de promover a saúde da população ( )	ARTIMO23D____
	ARTIMO23E____
h) necessidade de promover a participação da população ( )	ARTIMO23F____
	ARTIMO23G____
24.As atividades desenvolvidas em conjunto com outros setores são:	
a) atividades de promoção, prevenção, controle e reabilitação promovidas pelo Ministério da Saúde ( )	ARTIMO23H____
b) atividades de promoção, prevenção, controle e reabilitação promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde ( )	
c) atividades de promoção, prevenção, controle e reabilitação de doenças ou agravos de grupos específicos ( )	ATIVSE24A____
	ATIVSE24A ____
d) atividades de promoção, prevenção, controle e reabilitação de doenças ou agravos da comunidade em geral ( )	ATIVSE24A ____
	ATIVSE24A____
e) atividades em conjunto com Universidades ( )	ATIVSE24A ____
25. As facilidades encontradas para desenvolver esta integração são:	
a) bom relacionamento entre as equipes ( )	
b) apoio da Secretaria Municipal de Saúde ( )	
c) percepção da importância da integração por parte dos trabalhadores ( )	
d) programação das atividades destinadas à promoção da saúde ( )	FAINT25A_____
e) programação das atividades destinadas à prevenção e controle de doenças ( )	FAINT25B_____
f) programação das atividades destinadas à reabilitação ( )	FAINT25C_____
	FAINT25D_____
26. As dificuldades encontradas para desenvolver esta integração:	FAINT25E_____
a) dificuldade de relacionamento entre as equipes ( )	FAINT25F____
b) falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde ( )	
c) inadequação da organização do sistema de saúde local ( )	
d) possuem objetivos diferentes ( )	DIINT26A____
e) falta de infra-estrutura dos setores (espaço físico, laboratórios, viaturas, material de coleta)	DIINT26B____
e força de trabalho ( )	DIINT26C____

DIINT26D____

27. Os resultados identificados às comunidades das atividades desenvolvidas pela integralidade dos setores são: DIINT26E_____

a) melhora na situação de saúde da comunidade em geral ( )

b) melhora na qualidade de vida da população ( )

c) melhora na situação de saúde de grupos específicos ( ) RCOM27A_____

d) participação da comunidade nas atividades desenvolvidas ( ) RCOM27B_____

e) melhora das condições sanitárias da população ( )

RCOM27C_____

28. A busca de conhecimento considerando as características socioambientais da comunidade ocorre: RCOM27D_____

RCOM27E_____

a) na identificação das características da ocorrência de doenças ( )

b) na assistência considerando as características dos indivíduos (culturais, hábitos, modos de vida, costumes) ( )

c) na organização dos serviços públicos de saúde considerando o espaço de atuação dos trabalhadores em saúde ( ) BCONH28A____

d) no planejamento de estratégias de atuação da equipe de saúde para a promoção da saúde ( ) BCONH28B_____

BCONH28C____

BCONH28D_____

29.A aplicação do conhecimento das características socioambientais da comunidade, no teu processo de trabalho ocorre:

a) na organização do processo de trabalho ( )

b) no planejamento das atividades que serão realizadas ( )

c) na definição dos instrumentos que serão utilizadas nas atividades ( )

d) na definição do objeto de trabalho ( ) ACONH29A_____

e) na avaliação do processo de trabalho ( ) ACONH29B____

f) nas estratégias utilizadas para promover a participação da população no planejamento e na execução das ações de saúde ( ) ACONH29C_____

ACONH29D_____

g) no alcance da finalidade do trabalho ( ) ACONH29E_____

ACONH29F_____

30.O contato dos trabalhadores da vigilância ambiental com o trabalho da rede ocorre através: ACONH29G____

a) de campanhas promovidas pelo próprio setor ( )

b) de campanhas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde ( )

c) de investigações dos agravos a saúde ( )

d) de atividades de promoção à saúde com a população ( ) VIGAM30A____

e) cursos de capacitação para os trabalhadores da rede básica ( ) VIGAM30B____

VIGAM30C_____

VIGAM30D_____

VIGAM30E_____

31. O contato dos trabalhadores da vigilância epidemiológica com o trabalho da rede ocorre através:

a) de campanhas promovidas pelo próprio setor ( )

b) de campanhas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde ( )

c) de investigações dos agravos a saúde ( ) VIGEP31A_____

d) de atividades de promoção à saúde com a população ( ) VIGEP31B_____

e) cursos de capacitação para os trabalhadores da rede básica ( ) VIGEP31C

VIGEP31D_____

32. O contato dos trabalhadores da vigilância portuária com o trabalho da rede ocorre através: VIGEP31E____

a) de campanhas promovidas pelo próprio setor ( )

b) de campanhas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde ( )

c) de investigações dos agravos a saúde ( )

d) de atividades de promoção à saúde com a população ( ) VIGPOR32A____

e) cursos de capacitação para os trabalhadores da rede básica ( ) VIGPOR32B_____

VIGPOR32C_____

33. O contato dos trabalhadores da vigilância sanitária com o trabalho da rede ocorre através: VIGPOR32D_____

a) de campanhas promovidas pelo próprio setor ( ) VIGPOR32E____

b) de campanhas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde ( )

c) de investigações dos agravos a saúde ( )

d) de atividades de promoção à saúde com a população ( ) VIGSAN33A____

e) cursos de capacitação para os trabalhadores da rede básica ( ) VIGSAN33B____

VIGSAN33C____

VIGSAN33D____

VIGSAN33E____

PROMOÇÃO DA SAÚDE

34. O teu trabalho em Promoção da Saúde influencia:

a) nas condições sanitárias (lixo, água, alimentos, habitação, transporte) ( )

b) nas condições epidemiológicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes) ( ) PS34A_____

c) nas condições clínicas (processo saúde-doença e seus condicionantes/determinantes)( ) PS34B_____

d) nas condições do ambiente natural, físico e social (água, vegetação, distribuição populacional, modos de vida, hábitos saudáveis) ( ) PS34C_____ PS34D_____

e)nas condições de trabalho da população (processo saúde-doença e seus condicionantes( ) PS34E_____

35. As atividades de promoção da saúde realizada pela rede compreendem:

a) cuidados coletivos de saúde para a comunidade ( )

b)cuidados individuais de saúde ( )

c)prevenção e controle da doença individual ( ) ATPS35A____

d)prevenção da doença na coletividade ( ) ATPS35B_____

e) redução de danos e reabilitação coletiva ( ) ATPS35C_____

f) redução de danos e reabilitação individual ( ) ATPS35D_____

ATPS35E_____

ATPS35F____

36. No processo de trabalho os princípios das políticas públicas saudáveis que tu utilizas como norteadores para atuar na promoção da saúde incluem:

a) Mudanças organizacionais no teu processo de trabalho que visam atender as necessidades de saúde da população que influenciam na saúde humana e no ambiente através da eficiência econômica e prudência ecológica ( )

b) Participação em espaços de discussões no trabalho que inclua o tema do desenvolvimento sustentável local e o conhecimento dos problemas de saúde e do meio ambiente ( ) PPPS36A____ PPPS36B_____ PPPS36C_____

c) Responsabilização do setor público referente ao processo de trabalho para o atendimento das necessidades de saúde da população ( ) PPPS36D_____ PPPS36E_____

d) Equidade na saúde através do acesso a bens e serviços, privilegiando os grupos humanos mais vulneráveis ou prioritários ( )

e) Integralidade nas ações de saúde em conjunto com os outros setores ( )

37. No teu trabalho diário as discussões sobre a preocupação com o desenvolvimento sustentável das comunidades abordam os conteúdos:

a) grupos humanos menos favorecidos e exclusão social ( )
b) crescimento econômico e distribuição do capital ( )
c) expectativa de vida, educação e renda da população ( ) DSUST37A_____
d) situação das condições de infra-estrutura do meio ambiente físico-biológico e suas repercussões sobre a saúde humana.( ) DSUST37B_____ DSUST37C_____
e) Saúde da população e ambiente saudável ( ) DSUST37D_____
f) Ambiente saudável para se viver, deterioração ambiental ( ) DSUST37E_____
g) Valorização da cidadania e atenção à saúde ( ) DSUST37F_____
h) Educação do/no trabalho voltada à sustentabilidade das comunidades ( ) DSUST37G_____
DSUST37H___

38. Os espaços que utilizas no teu trabalho para a co-responsabilização na implementação e avaliação das políticas públicas de saúde ocorre:

a) Atendendo as necessidades da população através dos programas de saúde do Ministério da Saúde ( ) IAPPS38A____
b) Atendendo as necessidades da população no próprio ambiente de trabalho ( ) IAPPS38B_____
c) Participando das conferências municipais de saúde ( ) IAPPS38C____
d) Participando das reuniões do conselho municipal de saúde ( ) IAPPS38D_____
e) Participando em fóruns regionais ( ) IAPPS38E_____
f) Participando de ONG's ( ) IAPPS38F_____

39.As referênciais de políticas locais, regionais ou federais para desenvolver o teu trabalho na relação saúde e ambiente, incluem:

a) Estatuto da cidade ( )
b) Políticas públicas saudáveis para os municípios ( ) REFSA39A_____
c) Princípios e diretrizes do SUS ( ) REFSA39B_____
d) Conselho Municipal de Saúde ( ) REFSA39C____
e) As Universidades locais ( ) REFSA39D____
f) Plano municipal do meio ambiente ( ) REFSA39E____
g) Plano municipal de saúde ( ) REFSA39F____
REFSA39G_____

40.A criação de ambientes favoráveis à saúde no teu processo de trabalho com as comunidades processa-se:

a) através de ações de proteção ao meio ambiente ( )

b) Conservação dos recursos naturais ( )

c) Através de ações em ambientes facilitadores e favorecedores de saúde: lar, trabalho, escolas ( ) AMFAV40A____ AMFAV40B____

d) Através da promoção do desenvolvimento sustentável, superação da pobreza e distribuição eqüitativa de recursos. ( ) AMFAV40C____ AMFAV40D____

e) No planejamento e na gestão urbana com propósitos sustentáveis.( ) AMFAV40E____

41.As ações no teu processo de trabalho que visam à criação de ambientes favoráveis à saúde incluem:

a) Educação em saúde (modificação dos estilos de vida) ( )

b) Participação na criação de modelos alternativos (hortas comunitárias, multimistura) ( ) AÇAMFAV41A__

c) Participação na resolutibilidade de problemas de infra-estrutura na comunidade (transporte, moradia, saneamento) ( ) AÇAMFAV41B__

d) Reconhecimento das diversidades culturais, das crenças e dos valores individuais e coletivos(Respeitando às diversidades culturais, religiosas, sexuais e outros). ( ) AÇAMFAV41C__ AÇAMFAV41D__

e) Garantia à participação social nos processos decisórios e na descentralização dos recursos e das responsabilidades, através de reuniões entre a equipe e lideranças comunitárias.( ) AÇAMFAV41E__

42. No teu trabalho o estímulo ao/para desenvolvimento da ação comunitária ocorre através do (a):

a) acesso à comunidade às informações sobre a saúde na unidade básica( )

b) capacitação na comunidade para formação de líderes comunitários ( )

c) atuação em conjunto com os líderes da comunidade( ) DESAÇC42A____

d) favorecimento à população do reconhecimento de seus direitos e deveres, como propósito para a cidadania( ) DESAÇC42B____ DESAÇC42C____

e) Incentivo a co-responsabilidade individual e comunitária pela saúde e pela saúde do ambiente ao seu redor ( ) DESAÇC42D____ DESAÇC42E____

43.A tua atuação como profissional potencializa as habilidades individuais para a promoção da saúde por meio :

a) Da divulgação de informações sobre direito individual e coletivo à saúde em espaços

como escolas, creches, associação de bairros, entre outros ( )

b) Da capacitação de pessoas na aquisição de conhecimentos sobre a saúde e seus determinantes (meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, etc) visando multiplicadores ( ) — HABIND43A____ HABIND43B____

44. A reorientação do sistema de saúde para a criação de ambientes saudáveis tu percebes:

a) Na ampliação dos serviços assistenciais ( )

b) Na ação intersetorial com o setor da saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.( )

c) Na formação de profissionais na área da saúde para viabilizarem a melhoria do sistema de saúde. ( ) — REORS44A_____ REORS44B_____ REORS44C_____

d) Na formação de profissionais na área da saúde que integrem ações de saúde com a comunidade ( ) — REORS44D_____

45.Os valores utilizados no teu trabalho que visam a promoção da saúde compreendem:

a) a vida humana e a vida do planeta ( )

b) a saúde entendida como ausência da doença ( )

c) a saúde na visão ampliada, influenciada por determinantes e condicionantes sociais econômicos, políticos e culturais( ) — VALPS45A_____ VALPS45B_____

d) Compromisso dos cidadãos entre si e com o estado.( ) — VALPS45C_____

e) Compromisso do estado com os cidadãos. ( ) — VALPS45D_____

f) Ajuda mútua entre os cidadãos.( ) — VALPS45E_____

g) Ações educativas que visem o acesso de cada pessoa a um meio ambiente saudável( ) — VALPS45F____

h) Participação das pessoas nos processos decisórios de maneira a assegurar as ações necessárias para mudar as reais condições de acesso aos bens e serviços.( ) — VALPS45G_____ VALPS45H_____

i) Liberdade para poder escolher o que é melhor para si.( ) — VALPS45I_____

j) Auto-reconhecimento de direitos e deveres.( ) — VALPS45J_____

k) Reconhecer o outro como portador de direitos e deveres.( ) — VALPS45K_____

l) Respeitar a biodiversidade.( ) — VALPS45L_____

m) Partilhar acesso ao conhecimento com os colegas de trabalho e com a população da área onde trabalha.( ) — VALPS45M_____ VALPS45N_____

n) Intermediar na participação de conselhos e órgãos colegiados, movimentos sociais e

entidades particulares, Governo e ONGs.( )

46. Para promover a saúde no teu trabalho o que tu visualiza como intrínseco nesta ação:

a) estilos de vida ( ) PSINTR46A____
b) intersetorialidade no desenvolvimento das ações ( ) PSINTR46B____
c) descentralização de saúde para visando relativizar frente aos problemas locais mais próximos da população ( ) PSINTR46C____
d) equidade para favorecer os grupos menos privilegiados ( ) PSINTR46D_____
e) conhecimentos populares( ) PSINTR46E____
f) participação social( ) PSINTR46F_____
g) ambientes favoráveis a saúde( ) PSINTR46G_____
h) sistemas de saúde( ) PSINTR46H_____

47) Os movimentos sociais existentes no local de abrangência da UB em que tu atuas são compostos:

a) pela Associação de moradores MS47A_____
b) por grupos de pais e mestres (escolas públicas) MS47B_____
c)grupos paroquiais MS47C_____
d)movimentos composto por grupos de melhoramento de renda e qualidade de vida – ONG's MS47D_____
e)pela existência do Conselho Municipal de Saúde no local de atuação MS47E_____
f) pela atuação de grupos privados MS47F_____
g) atuação de grupos públicos MS47G_____

48) A atuação dos movimentos sociais existentes no local de abrangência da UB em que tu atuas são expressos através da:

a) associação dos moradores AMS48A____
b)dos grupos de pais e mestres (escolas públicas) AMS48B____
c)dos grupos paroquiais AMS49C____
d)dos grupos de melhoramento de renda e qualidade de vida – ONG's

e)do Conselho Municipal de Saúde

f)de grupos privados

g)de grupos públicos AMS48D____

AMS48E____

AMS48F____

AMS48G____

49) O trabalho que tu desenvolves em conjunto com os movimentos sociais visa:

a)a participação comunitária e o controle social

b)o desenvolvimento sustentável das comunidades

c)a participação comunitária na organização do processo de trabalho

d)o conhecimento das necessidades apresentadas pela comunidade TMS49A____

e)a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde TMS49B____

TMS49C____

TMS49D____

50) O trabalho que tu desenvolves em conjunto com os movimentos sociais visa : TMS49E____

a)concretizar a integralidade na saúde

b)concretizar a igualdade na saúde

c)concretizar a equidade na saúde

d) concretizar a universalidade na saúde DMS50A_____

e)concretizar a participação social na saúde DMS50B_____

DMS50C_____

DMS50D_____

DMS50E_____

51) A articulação do teu trabalho com os movimentos sociais acontece pelo :

a) trabalho em conjunto com os líderes da associação de bairro

b)trabalho em conjunto de grupos religiosos locais	
c)trabalho em conjunto diretamente com as famílias da comunidade	
d)trabalho em conjunto com educadores	
e)trabalho em conjunto com professores e alunos de universidades locais	AMS51A_____
	AMS51B_____
	AMS51C_____
	AMS51D_____
	AMS51E_____

APÊNDICE D

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Esclarecimento:

Prezado(a) Participante

Estamos solicitando respeitosamente, sua colaboração no sentido de participar da macro pesquisa intitulada: "Produção de Saúde e Atenção Primária Ambiental – complexidade do trabalho nos serviços públicos de saúde no extremo sul do Brasil", através do trabalho "O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: Um olhar sobre os princípios/ações da Atenção Primária Ambiental e da Promoção da Saúde na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde" que está sendo coordenado pela Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz, juntamente com o grupo de trabalho interinstituicional constituído pelo LAMSA no Departamento de Enfermagem/FURG.O objetivo geral da pesquisa constitui-se em analisar a estrutura do trabalho da enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, dos municípios de Rio Grande e São José do Norte na ótica dos princípios da atenção primária ambiental e da promoção da saúde que estão presentes em seus saberes e práticas, considerando o saber do ambiente local.Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas estruturadas. As entrevistas serão descritas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, das entrevistas serão identificadas por um código. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à instituição em que este será realizado. A pesquisa tem finalidade acadêmica e técnica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade.Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação, reiteramos o respeito à privacidade e o anonimato de cada participante. Sobre a garantia de receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade;
- Do compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados
- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho;
- De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Assinatura da Coordenadora Geral da Pesquisa:_____

Assinatura do pesquisador em loco: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___