



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

**I ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RE-VISÕES DO PSF: OS OLHARES BAIANOS**

ILHÉUS-BAHIA
JANEIRO-2005

¹Vitória Solange Coelho Ferreira², Túlio Batista Franco³, Cristina Setenta Andrade⁴, Soraya Dantas Santiago dos Anjos⁵, Maria da Conceição Filgueiras de Araújo⁶, Douglas Henrique Crispim⁷ e Hanina Silva Bidu⁸.

**Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde:
Analisando a Produção do Cuidado no Programa Saúde da
Família**

**Ilhéus-Bahia
Janeiro-2005**

¹ Grupo de pesquisa em Organização dos Serviços de Saúde do Curso de Enfermagem da UESC

² Prof^a Ms UESC e pesquisadora.

³ Prof^o Dr. Universidade Federal Fluminense, pesquisador visitante e coordenador geral da pesquisa.

⁴ Prof^a Dr^a UESC, pesquisadora e coordenadora local do grupo de pesquisa.

⁵ Prof^a Ms da UESC e pesquisadora.

⁶ Prof^a Ms da UESC e pesquisadora.

⁷ Bolsista do curso de medicina.

⁸ Bolsista do curso de medicina.

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO	
ABSTRACT	
1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS	11
3. REFERENCIAIS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	12
4. METODOLOGIA	18
4.1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	
4.2. CONTEXTO LOCAL	
4.3. PROCED. DE COLETA E FONTES DE INFORMAÇÃO	
4.4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	
5. DISCUSSÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICE	

RESUMO

O presente trabalho é um subproduto do Projeto de Pesquisa intitulado “A produção do cuidado na rede básica de atenção à saúde” que toma como eixo central o processo e as tecnologias do trabalho em saúde aqui entendido como um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato (Merhy, 1998). Trata-se de um estudo de caso, com o objetivo de analisar o processo de trabalho do ACS e verificar sua eficácia na produção do cuidado. O cuidado é analisado pela sua capacidade em manter um processo de trabalho mais relacional, acolhedor, firmador de vínculo e capaz de autonomizar os sujeitos em seu modo de andar a vida. O estudo foi realizado em uma Unidade Saúde da família (USF), teve como instrumento de coleta a entrevista semi-estruturada e como instrumento analisador do fluxo assistencial e das tecnologias de cuidado o Fluxograma Descritor e o Projeto Terapêutico (Franco & Merhy, 2003) respectivamente. Os resultados apontam para utilização extensiva de tecnologias leves na produção do cuidado a indivíduos, famílias e coletividades, seguidos da utilização das leves-duras, sustentado por um processo de trabalho que teve como principal insumo o conhecimento adquirido pelo ACS e a relação que estabelece com sua clientela no território e domicílio. Observou-se que o ACS trabalha um modelo que produz o cuidado centrado no usuário e suas necessidades, com hegemonia do Trabalho Vivo em ato no seu processo de trabalho, governando ele mesmo suas ações e guiados por uma vontade e subjetividade que direcionam o seu fazer.

Palavras-chaves: Agente Comunitário de Saúde, Processo e tecnologias de trabalho em saúde, produção do cuidado, Fluxograma Descritor, Projeto Terapêutico, acolhimento de vínculo.

ABSTRACT

The present work is a by-product of the intitled Project of Research "the production of the care in the basic net of attention to the health" that takes as central axle the process and the technologies of the work in health understood here as a relationary process, produced through the alive work in act (Merhy, 1998). One is about a case study, with the objective to analyze the process of work of the ACS and to verify its effectiveness in the production of the care. The care is analyzed by its capacity in keeping a process of relationarier, acolhedor work, subscriber of bond and capable to autonomizar the citizens in its way of walking the life. The study Health of the family was carried through in a Unit (USF), the half-structuralized interview had as collection instrument and as analytical instrument of the assistencial flow and the technologies of care the Describing Flowchart and the Therapeutical Project (Franco & Merhy, 2003) respectively. The results point with respect to extensive use of light technologies in the production of the care the individuals, families and collectives, followed of the use of the leavenings, supported for a process of work that had as main insumo the knowledge acquired for the ACS and the relation that establishes with its clientele in the territory and domicile. It was observed that the ACS works a model that produces the care centered in the user and its necessities, with hegemony of the Alive Work in act in its process of work, governing he himself its action and guided by a will and subjectivity that direct its to make.

Word-keys: Communitarian agent of Health, Process and technologies of work in health, production of the care, Describing Flowchart, Therapeutical Project, shelter of bond.

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade o grande desafio que se coloca no campo da saúde pública consiste em propor programas de intervenções culturalmente aceitáveis, sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as comunidades às quais são destinados (Massé 1995 apud Trad & Bastos, 1998; Minayo, 1990). Esse desafio assume proporções ainda maiores e de difícil superação quando se trata de populações que vivem em situações de extrema pobreza e exclusão social e econômica.

Diferentes países têm utilizado membros da comunidade para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde como primeiros socorros, pesagem, orientações e vigilância à saúde. Os países em desenvolvimento, ao longo dos anos vêm utilizando o treinamento de membros da comunidade com estratégia para aumentar a qualidade da atenção (Nair et al, 2001).

A utilização de agentes de saúde em comunidades rurais e periurbanas, na América Latina e Caribe, ganha impulso na década de 70 com a estratégia de extensão de cuidados básicos de saúde através do Plano Decenal de Saúde para as Américas e da atenção primária a saúde com a Conferencia de Alma Ata.

Os anos 70 tornam-se palco de implementação de diversas experiências racionalizadoras, voltadas para os programas comunitários de saúde, geralmente vinculados aos projetos de integração docente assistencial (IDA) de algumas universidades e igrejas. Essas experiências⁹ caracterizavam-se por adotarem um modelo focal de saúde comunitária que tinha como objetivo ampliar a cobertura dos serviços básicos de saúde para populações marginalizadas das periferias urbanas e das áreas rurais que não tinham acesso aos serviços de saúde e a integração das ações preventivas e curativas através do desenvolvimento de atividades extramuros realizada por agentes de saúde pública e a utilização de pessoal auxiliar.

⁹ Trata-se da implantação de programas de extensão de cobertura (PEC's) que teve como maior expressão o Programa de interiorização das ações de Saúde e Saneamento do Nordeste em 1976 (PIASS) e as experiências de do programa de saúde comunitária de Montes Claros em Minas Gerais, (Paim, 2002) e Projeto Integrado de Desenvolvimento da Bacia do Rio Paraguaçu (PIDERP) Bahia (Pimenta, 1999 apud Coelho Ferreira, 2000)

As condições sócio-culturais políticas e econômicas instaladas no país, na década de 80, favorece a formulação e implementação de políticas públicas democratizantes, em especial a descentralização das ações e serviços de saúde, através da experimentação de diversas experiências¹⁰ pontuais (Almeida et al, 1989; OPS, 1990) que serviram de base à implantação de programas como o de agentes de saúde posto em prática inicialmente em Recife em 1985.

A partir de então, experiências concretas vêm sendo desenvolvidas e testadas em diversos estados e municípios¹¹ com a incorporação de agentes comunitários de saúde no processo de descentralização das ações e serviços de saúde e de reorganização do modelo de atenção vigente, visando à melhoria da realidade sanitária de grupos específicos. A título de exemplo podemos citar a expansão do papel das parteiras tradicionais na Índia e no Brasil, em 1975, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Brasil, 1976) já apontava a importância de capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes ao quadro institucional de serviços de saúde como estratégia para melhorar a qualidade dos serviços e do atendimento prestado a população.

No que pese esses programas de saúde terem assumido na primeira metade dos anos 80 um caráter de medicina simplificada, os ideários da SPT-2000¹² foram amplamente incorporados e difundidos pela reforma sanitária servindo como balizador de mudanças das atuais práticas de saúde e de reorganização do sistema de saúde no âmbito da atenção básica.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) diversas estratégias organizacionais, gerenciais, de modelo de atenção e gestão têm sido implementadas em diferentes municípios e, no âmbito federal as leis orgânicas da saúde e os instrumentos jurídicos normativos tem direcionalizado a política do setor nos três âmbitos de governo, indicando os tipos de gestão a serem assumidas pelos municípios e estados e apontando como estratégia de

¹⁰ O programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV-SAÚDE), 1980; Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), 1981; AIS, 1982-1985 SUDS, 1985-1987.

¹¹ Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão, Vale do Ribeira (SP), Rondonópolis (MT) (Brasil, 1994).

¹² Referente à integralidade, à descentralização, à equidade, à intersetorialidade, à participação da comunidade e à regionalização e hierarquização dos serviços,

reorganização do atual modelo de atenção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS/PSF).

A primeira experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada ocorreu, em 1987, *no estado do Ceará* (Tomaz, 2002) e posteriormente foi estendido para todo o Nordeste. A entrada do cólera no País e a eminência de uma epidemia na Região Norte, faz com que o programa seja estendido em caráter emergencial para esses estados (Brasil, 1994). Em 1993 é implantado na Região Centro Oeste e na Bahia em 1991, contudo devido à indefinição político-administrativa a respeito do programa sua implantação ocorre em maio de 1992.

O PACS é considerado uma importante estratégia estruturante do campo dos serviços de saúde (Mendes, 1996) por constituir-se, juntamente com a estratégia saúde da família, em uma possibilidade de mudança das práticas sanitárias, no âmbito da atenção básica, e do processo e tecnologia de trabalho que ao longo dos anos encontra-se voltado para produção de uma assistência centrada no saber médico e em uma clínica baseada no biológico e na produção de procedimentos. Tem como objetivo geral *melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para construção e consolidação de sistemas locais de saúde* (Brasil, 1991 e 1993).

Ademais tem servido como elo de integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (Brasil, 2001) e como referência na produção do cuidado a divisão do território em microáreas, no sentido de discriminar áreas homogêneas de riscos em condições de vida e traçar ações de promoção e prevenção no controle das causas, riscos e danos

Não sendo um programa, nem uma versão moderna de medicina simplificada ou projeto exclusivo para regiões e grupos sociais em situação de exclusão torna-se necessário adredemente ressignificá-lo como um dos pilares de um sistema de saúde racional que além de ter os excluídos e as regiões mais

pobres como prioridades deve utilizar tecnologias custo/efetivas especialmente àquelas que contribuem com a produção do cuidado na perspectiva do usuário-centrado.

Pesquisa recente, em fase de andamento, realizado por Franco et al, 2004 sobre “*A produção do cuidado na rede básica de atenção à saúde*” aponta a utilização extensiva de tecnologias leves na produção do cuidado aos indivíduos, famílias e comunidades pelos ACS seguido da utilização das leves-duras. Trata-se de um processo de trabalho que tem como principal insumo o conhecimento adquirido pelo ACS e a relação que estabelece com a sua clientela no território e domicílio. Verifica-se que o ACS, no caso estudado, realiza um cuidado, centrado no trabalho vivo em ato, governando ele mesmo suas ações, o que demonstra que o que move sua função cuidadora é a sua própria vontade em fazê-la de tal modo, isto é, sua subjetividade (Franco, et al, 2004).

No documento, Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos ACS, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1999, é proposto um conjunto de atribuições que podem ser resumidas no tripé: identificar sinais e situações de riscos, orientar as famílias e a comunidade e encaminhar/comunicar as equipes os casos e situações identificadas. Essas atribuições devem ter como base as questões de cunho social e político, ligadas à competência de promoção da saúde envolvendo as dimensões técnico-assistencial ou político-social do seu papel (Tomaz, 2002).

Dentre as atribuições que desenvolve podemos elencar suas ações de forma reduzida através da elaboração das seguintes tarefas: a) cadastramento/diagnóstico; b) mapeamento; c) identificação de microáreas de riscos; e) realização de visitas domiciliares; f) ações coletivas; e g) ações intersetoriais. O desenvolvimento de suas ações não implica, necessariamente, apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde, mas das que fomentem e reforcem os vínculos de solidariedade, de cooperação e de coesão comunitária, que amplie sua compreensão sobre a comunidade possibilitando o entendimento de seus problemas e a estimulando a buscar melhores condições de vida e de saúde.

Partindo dessas proposições e reconhecendo a importância de estudos que sirvam de balizador de uma nova prática centrada no trabalho vivo em ato e no cuidado integral à saúde é que nos propomos a realizar este trabalho pela possibilidade de contribuir com o conhecimento acerca dos processos e tecnologias de trabalho em saúde envolvidos na produção do cuidado à indivíduos, famílias e coletividades acompanhadas pelo ACS no Programa Saúde da Família (PSF). Além de servir de analisador das mudanças ocorridas nos modelos de atenção, organização dos serviços, informa os saberes e práticas utilizadas pelos diversos profissionais para operar a assistência.

Nessa direção, o presente estudo tem como foco o nível micropolítico, ou seja, o processo de trabalho do ACS enquanto analisador da produção do cuidado e pretendemos com ele responder as seguintes questões: como vem sendo operado o processo de trabalho do ACS em uma Unidade Saúde da Família (USF) no município de Itabuna-Bahia? Quais as tecnologias de trabalho utilizadas na produção do cuidado pelo ACS?, O ACS faz educação em saúde?, Utiliza os conhecimentos básicos de vigilância?, Cuida se responsabilizando com as pessoas?.

A resposta a essas questões requer uma análise sobre os processos e tecnologias de trabalho em saúde utilizado pelo ACS na produção do cuidado as famílias a eles adscritas bem como uma investigação à acerca das tecnologias de trabalho mais utilizadas pelo ACS no desenvolvimento de sua prática e dos possíveis nós críticos à utilização das tecnologias leves, usuário-centrado, como eixo da produção cuidado do ACS em situações concretas.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

✚ Analisar o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em uma Unidade Saúde da Família de Itabuna-Bahia;

2.2. ESPECÍFICO

✚ Descrever as tecnologias de trabalho em saúde, utilizados na produção do cuidado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS);

✚ Descrever os fatores que determinam o cuidado ou descuidado aos usuários no processo de trabalho do ACS

✚ Verificar a eficácia do processo de trabalho em saúde do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na produção do cuidado.

Túlio,

Este último objetivo específico tem como ser operacionalizado?

3. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

A sistematização realizada por Gonçalves, (1994) em torno das tecnologias¹³ de trabalho em saúde não diz respeito apenas aos instrumentos e maquinarias (tecnologias materiais), mas ao conhecimento técnico aplicado à saúde (tecnologias não materiais) que permitiu posteriormente Merhy (1997) a considerar uma terceira dimensão voltada para o aspecto relacional (Franco, 2004).

Esse autor considera que todo trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do *trabalho vivo em ato*, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de intersubjetividade expressos através de escutas, falas, empatias e interpretações (Merhy, 1998). Sua produção gera atos e intervenções de saúde que atua sobre os problemas de saúde provocando uma alteração deste que pode ou não ser expresso em ganhos de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida.

Refere, ainda, que ao trabalhar em saúde o fazemos sempre operando um **trabalho morto** expresso através de instrumentos, ferramentas, normas e protocolos que são resultado de um trabalho humano anterior que foi incorporado por uma lógica instrumental advinda da cristalização do trabalho vivo em morto já instituído e um **trabalho vivo** expresso pelo trabalho humano em ato, ou seja, o trabalho criador instituinte, lugar próprio das tecnologias leves (Franco, 2003 apud Marx; Merhy, 1992, 1997). ACHO QUE NÃO É A HORA DE COLOCAR ESSA DISCUSSÃO. SUGESTÃO: RETIRAR ESSE PARÁGRAFO.

Quando abordamos os processos e tecnologias de trabalho em saúde não estamos nos referindo apenas ao conjunto de máquinas que são usadas nas ações de intervenções assistenciais realizadas (tecnologia duras), mas também o

¹³ Refere-se não apenas as máquinas e instrumentos, mas sobretudo ao conhecimento aplicado através do trabalho (Franco, 2003).

conhecimento bem estruturado sobre a forma de saberes profissionais que utilizamos sob forma de saber fazer bem estruturado e saber pensar (tecnologias leve-duras) bem como a produção de espaços relacionais e de intervenções voltadas para o acolher, o responsabilizar e a criação de vínculos, (tecnologias leves), ou seja, o espaço de atuação da clinica ampliada¹⁴ onde todos participam direta ou indiretamente na produção do cuidado (Merhy, 1998).

Na medida em que os trabalhadores de saúde com seus saberes específicos e práticas interferem no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho ou mesmo de todo o processo pelo exercício do autogoverno está dado às possibilidades de privatização do uso de um dado *perfil tecnológico hegemônico* no modo de produzir saúde (Franco, 2003; Merhy, 1997).

Todo esse processo pode ser analisado a partir de duas perspectivas: o procedimento centrado¹⁵ comprometido mais com a produção de procedimentos do que com os problemas de saúde que deve enfrentar e o usuário-centrado comprometido com uma clínica mais profunda e rica onde serão levados em conta prioritariamente os resultados em termos de benefícios gerados para os usuários e com a gestão partilhada e mais pública dos processos de trabalho.

Refletir sobre os processos e tecnologias de trabalho em saúde requer assumir toda complexidade do modo de se produzir e atuar em saúde e a necessária multidisciplinariedade deste agir como ponto de partida e chegada para o ordenamento das práticas clínicas e sanitárias responsáveis em processar o cuidado em saúde. Ademais, exige um reordenamento das relações entre trabalhadores-usuários através de um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo produtivo em saúde (Merhy, 1998).

Tradicionalmente, os agentes comunitários de saúde têm assumido diferentes atividades *na produção de atos em saúde* (Merhy, 1998) utilizando ao mesmo tempo *os seus saberes e modos de agir* no controle das causas e fatores

¹⁴ Será considerada como um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado e, no qual existe um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir (Merhy, 1997).

¹⁵ Considerado como uma modalidade de intervenção centrada nas tecnologias duras a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos. Aqui ocorre mediocrização da prática clínica, inclusive no sentido dos saberes estruturados que incorpora (Merhy, 1998)

de riscos individual e coletivo em diferentes sistemas e contextos. Enquanto operador do cuidado em sua dimensão leve ou fluída deverá utilizar recursos tecnológicos centrado no trabalho vivo em ato produzindo um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar e com a defesa radical da vida do usuário.

Trabalhar com essa dimensão requer ressignificar o processo de trabalho modificando sua finalidade que passa a ser a produção do cuidado na perspectiva de ampliar a autonomia e a consciência sanitária de indivíduos, famílias e coletividades e fomentar processo de subjetivação capaz de alterar posturas e atitudes que possibilite alterações no núcleo tecnológico cuidado através da incorporação de um conhecimento ampliado que seja balizador do trabalho vivo e das tecnologias leves.

Nessa perspectiva, o treinamento do ACS deve proporcionar-lhes conhecimentos diversos e sistematizados em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando, além do saber biomédico outros que o habilitem na interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades bem como de procedimentos técnicos e educativos (Trad et al, 2002). Ao tempo em que amplia suas competências nas ações de promoção à saúde através do fortalecimento das *dimensões técnico-assistencial ou político-social do seu papel* (Tomaz, 2002).

Observa-se que sua prática cotidiana vem sendo desenvolvida ora voltada para a dimensão técnica universalista ou para dimensão social comunitarista, tendo em vista a tensão existente entre dois paradigmas opostos de políticas do Estado, o que tem acarretado múltiplas e contrapostas expectativas que não podem ser correspondidas na prática em virtude de visões ético-políticas distintas sobre como a saúde pode ser promovida nessa interface entre auto-organização comunitária e sistemas de Estado (Nogueira, 2002).

Estas visões conflitivas tendem, por um lado, a acentuar o potencial emancipatório das ações de solidariedade e de autonomização e de outro, dá ênfase à eficácia do princípio da beneficência assistencial do Estado. Este dilema aponta, também, para ausência de abordagens e instrumentos adequados de

preparação do ACS o que parecer indicar que o Estado do ponto de vista educacional ainda não aprendeu lidar com essa figura nem definiu seu verdadeiro papel.

Nessa perspectiva, seu processo de formação e qualificação deverá estar voltado para o desenvolvimento e ampliação de competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento do cuidado clínico com base na observação dos resultados de sua prática cotidiana junto à comunidade e dos enfermeiros instrutores-supervisores voltadas essencialmente para ações de promoção e proteção a saúde e prevenção de problemas específicos em grupos populacionais expostos ao risco de adoecer e morrer.

No que pese a indefinição quanto a seu papel, o ACS tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médicos científicos o que possibilita um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas. Essa característica híbrida e polifônica o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo modelo assistencial pela posição de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde. Ademais, assume o papel de *tradutor* (Geetz, 1983 apud Trad et al, 2002) no sentido que essa tradução vai do universo científico ao popular.

A regulamentação da profissão do ACS ocorre em 2002 com a publicação da Lei 10.501 (Brasil, 2002) e conforme levantamento realizado, nesse mesmo ano, pelo Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde, estima-se a existência, no Brasil, de 173.593 ACS em atuação, com maior concentração na Região Nordeste com 75.138 ACS (Levy et al, 2004).

No tocante a produção do cuidado integral à saúde, Cecílio (2001) citado por Franco apresenta uma taxonomia que organiza as necessidades de saúde, a partir de quatro conjuntos de condições imprescindíveis que devem ser operadas no âmbito dos serviços, a saber: “ter boas condições de vida (...) ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida (...) ”criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um

profissional (...) necessidade cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Atualmente a busca pelo cuidado na sociedade brasileira tem sido apontada como uma das principais demandas por atenção a saúde e tem vindo acompanhada por uma série de críticas as instituições, as práticas e os discursos em saúde como forma de fragmentos de saberes em diferentes espaços-tempo, que muitas vezes não se traduzem apenas na identificação de problemas, mas na construção de soluções e respostas que buscam espaços cuidadores e cuidar de si e de outros (Pinheiro & Guizardi, 2004).

A noção de cuidado não deve ser apreendida apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou como mais um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser. Refere-se ao tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento. Ao nos reportarmos a ação integral estamos entendendo-a como o “entre-relações” de pessoas, como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas como tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (Pinheiro & Guizardi, 2004).

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O processo de investigação é realizado através de indagações e de sucessivos questionamentos sobre alguns aspectos da realidade que gostaríamos de apreender, o que tem contribuído para construção do conhecimento. Surge a partir de elaborações teóricas do pesquisador sobre uma dada realidade, vivenciada por ele de alguma forma e se constrói através de um processo constante e indissociável de busca de articulação entre teoria e prática, na tentativa de desvendar, explicar, responder e criar o fenômeno analisado (Minayo, 1996).

4.1. Estratégia de Pesquisa

Esta pesquisa se insere no campo metodológico da investigação qualitativa “(...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 1996).

Trata-se de um estudo de caso, sobre o processo de trabalho do ACS analisado a partir da produção cuidado. A escolha dessa estratégia de investigação justifica-se por se tratar de uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno atual em seu contexto real, no qual os limites entre o contexto e o objeto não estão claramente definidos, sendo necessária a utilização de várias fontes de evidências (Yin, 1991). Ademais, possibilita descrição aproximada dos fatos e fenômenos da realidade que se pretende apreender (Triviños, 1995) e a identificação dos determinantes dos resultados de uma ação (Valney & Kalusny apud Coelho Ferreira, 2000).

Para analisar o processo de trabalho do ACS, tornou-se necessário estabelecer, a priori, algumas categorias analíticas (Merhy, 1998), que nortearam a análise do nosso objeto de estudo, a saber: política, organização e produção do cuidado.

4.2. Contexto Local

O município de Itabuna localiza-se na Mesorregião Econômica do Estado da Bahia denominada Litoral Sul, a 429 Km² da capital, tem uma extensão territorial de 584 Km² (Bahia, 1996), uma população estimada em 201.296 mil habitantes, sendo 48% do sexo masculino e 52% do feminino (Brasil, 2004), integra a 7^a região administrativa.

O Sistema Municipal de Saúde está organizado de acordo com a modularização, que divide o território em quatro módulos, localizando bairros e equipamentos de saúde públicos, filantrópicos e privados em cada um deles. No que se refere ao tipo de gestão, encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2001 e tem como porta de entrada do Sistema de Serviços de Saúde a Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Saúde da Família, que estão distribuídas geograficamente por módulos.

Possui uma rede de serviços de saúde composta de nove (09) UBS, dezesseis (16) USF, dez (10) unidades especializadas, e 24 serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT). A rede hospitalar, conta com 6 hospitais, sendo um (01) público, com 220 leitos, dois (02) filantrópicos e três (03) privados e conveniados ao SUS, com 806 leitos. Os leitos hospitalares estão distribuídos nas seguintes especialidades: clínica médica, obstetrícia, pediatria e UTI.

O PACS foi implantado em 1992 com 77 ACS. Em 1996 e 2000 foi ampliando com a oferta de 64 e 81 vagas respectivamente. Em 2002 existiam 170 ACS em atividade e após seleção passaram para 310. Tem cobertura de 55,6% e acompanham 24.436 famílias cadastradas. O PSF foi implantado em 2001, quando foram organizadas 5 equipes. A meta da Secretaria Municipal de Saúde, pactuada com o Ministério da Saúde, é de implantar 40 equipes até 2006, o que completaria uma cobertura de 70% da população do município. Em julho de 2004 haviam 16 equipes organizadas. As equipes são implantadas de acordo com o critério de maior necessidade, do ponto de vista sanitário e das condições sócio-econômicas das regiões da cidade. Formou-se assim um cinturão de cobertura do SF na periferia do município (Franco, 2004).

O estudo foi realizado na USF Ubaldo Dantas, localizada no Módulo II, no bairro de Nova Ferradas, tem uma equipe de saúde da família composta por um (01) médico, uma (01) enfermeira, um (01) odontólogo, dois (02) técnicos de enfermagem, uma (01) recepcionista, uma (01) auxiliar de consultório dentário (ACD), duas (02) auxiliares de higienização, um (01) digitador de dados e oito (08) ACS.

4.3. Procedimentos de Coleta e Fontes de Informação

Foram utilizados como instrumentos de coleta e fontes de informação a entrevista semi-estruturadas¹⁶, a análise documental e o Fluxograma Descritor (FD) e o Projeto Terapêutico como instrumento analisador do fluxo assistencial e das tecnologias do cuidado. **A entrada em campo** foi realizada em três fases seqüenciais e complementares, que permitiu a articulação entre as informações obtidas e o referencial teórico do estudo.

Na **fase exploratória** da pesquisa foi feito contato com o secretário de saúde e a equipe da USF Ubaldo Dantas para apresentar a proposta de investigação, ao tempo em que foi solicitada permissão para realização do estudo, o que nos permitiu uma primeira aproximação com a realidade empírica.

Nesse momento foi entregue o ofício, feito a apresentação dos pesquisadores e explicitados os objetivos da pesquisa, sendo assegurada a garantia dos aspectos éticos que envolvem uma pesquisa com seres humanos, conforme disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Vasconcelos, 2002). Foi entregue, também, o modelo do termo de consentimento livre esclarecido sobre a realização de pesquisa com seres humanos, o qual foi discutido, posteriormente, com os sujeitos que participaram da entrevista (Apêndice B).

¹⁶ É uma técnica em que o pesquisador conhece alguns aspectos que deseja pesquisar e ,com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista, através da elaboração de um guia ou roteiro que será utilizado de acordo com a dinâmica que se estabelece na entrevista. Importa destacar, que além de valorizar a presença do investigador, o entrevistado tem ampla liberdade de expressar-se ou discorrer sobre o tema (Richardson, 1999; Triviños, 1987). As perguntas fundamentais que a constitui são resultados da teoria que alimenta a ação do investigador e das informações recolhidas sobre o fenômeno social que interessa (Triviños, 1987).

A fase de coleta de dados foi realizada em duas etapas: a primeira etapa envolveu a revisão de literatura, realização de oficinas para aprofundamento do referencial teórico e das entrevistas semi-estruturadas com os dois ACS.

A segunda etapa, a do **trabalho de campo**, foi realizada em três momentos, a saber: **no primeiro momento** foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas¹⁷ (Apêndice A), sendo esta a principal técnica utilizada para coleta de dados. Os entrevistados, em número de nove, foram identificados após primeira visita ao município e as entrevistas foram agendadas e realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados em local e horário sugeridos pelos mesmos. Ademais, foi elaborado um roteiro que serviu de guia para orientar a entrevista, entretanto sua utilização dependeu da dinâmica da narrativa dos entrevistados, considerando que algumas informações surgem normalmente e outras precisam ser estimuladas.

As entrevistas foram registradas manualmente pelos pesquisadores e, após, foram digitadas e codificadas com uma numeração como o exemplo a seguir, Entrevistado 01 a 09 (E. 01) a (E. 09). Tiveram duração média de cinquenta (50) minutos. As anotações de campo¹⁸, sobre as informações contidas nas entrevistas foram registradas em um diário de campo.

O segundo momento teve como objetivo principal complementar os dados coletados. Para tanto, foram realizadas análise documental¹⁹ e oficinas para

¹⁷ É uma técnica em que o pesquisador conhece alguns aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista, através da elaboração de um guia ou roteiro que será utilizado de acordo com a dinâmica que se estabelece na entrevista. Importa destacar, que além de valorizar a presença do investigador, o entrevistado tem ampla liberdade de expressar-se ou discorrer sobre o tema (Richardson, 1999; Triviños, 1987). As perguntas fundamentais que a constitui são resultados da teoria que alimenta a ação do investigador e das informações recolhidas sobre o fenômeno social que interessa (Triviños, 1987).

¹⁸ Pode ser entendida como todo processo de coleta e análise de informação que envolve a descrição de fenômenos físicos ou sociais, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo; Ou, em um sentido mais restrito, como todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as e fazendo comentários críticos sobre as mesmas (Triviños, 1987).

¹⁹ A análise documental é considerada uma técnica valiosa de abordagem de dados, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema. Busca identificar as informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. Ademais, tem como propósito fazer inferências sobre valores, sentimentos, intenções, ideologias das fontes ou dos autores do documento (Lüdke & André, 1986).

aprofundamento do referencial teórico e discussão e revisão pelo grupo dos instrumentos utilizados.

A análise dos documentos permitiu a identificação de informações factuais presentes nos documentos, que possibilitaram fazer inferências sobre valores, sentimentos, intenções e ideologias das fontes e/ou dos autores dos documentos, mostrando aspectos relevantes sobre organização do processo de trabalho dos ACS.

Quadro 01: Esquema de análise das entrevistas semi-estruturadas.

Unidade temática	E. 01	E. 02	E. 09	Convergência	Divergência	Neutras
Política						
Organização						
Produção do cuidado						

O confronto realizado entre os extratos de falas dos entrevistados e as categorias presentes na unidade temática nos permitiu a construção de uma nova matriz, onde foi realizada a síntese vertical para apreender o significado latente contido no discurso de cada entrevistado quando analisado numa perspectiva integradora das categorias presentes nas unidades temáticas. O mesmo movimento deu-se como no plano de análise das informações presentes nas dimensões coincidentes e divergentes de idéias e nas expressões consideradas como concepções neutras por não se enquadrarem em nenhuma unidade ou categoria. O quadro abaixo ilustra a análise da síntese vertical.

Quadro 02: Esquema de análise da síntese vertical das entrevistas semi-estruturadas.

Unidade temática	E. 01	E. 02	E. 09	Convergência	Divergência	Neutras
Política						

Organização						
Produção do cuidado						
Síntese vertical						

O resultado da síntese vertical aponta a existência de distorções quando analisamos os discursos de cada entrevistado em relação a uma única ou todas as categorias presentes na unidade temática e quando as falas de todos são articuladas. Tendo por base a convergência, a divergência e a expressões neutras foi possível identificar com maior clareza os fatores que têm dificultado a participação dos conselheiros no controle social do SUS.

Esse resultado nos conduziu à realização de mais uma reflexão analítica entre os diversos discursos das sínteses horizontal e vertical com o propósito de apreender o significado global latente do conjunto das falas dos entrevistados, tendo como base as três dimensões das sínteses e o referencial teórico que possibilitou responder as questões da investigação e os objetivos do estudo.

Quadro 03: Esquema de análise das sínteses vertical e horizontal das entrevistas semi-estruturadas.

Unidade temática	E. 01	E. 02	E. 09	Síntese Horizontal		
				Convergência	Divergência	Neutras
Política						
Organização						
Produção do cuidado						
Síntese vertical						

A partir da análise dessas três matrizes nos foi possível traçar os caminhos percorridos pelos ACS em seu processo de trabalho, trás tona as dificuldades que encontra para sua operacionalização bem como aponta para utilização extensiva das tecnologia leves como eixo norteador de suas ações. Ademais, auxiliou no confronto dos diversos discursos dos entrevistados, e outras fontes foram utilizadas a fim de possibilitar a apreensão dos avanços, perspectivas e limites encontrados na implementação de uma assistência integral que contribuísse com a produção de um cuidado que levasse em consideração a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e participação dos usuários na produção do seu cuidado, na organização das ações e serviços dirigidos a ele e na formulação e e no controle da execução das ações e serviços de saúde em seu território, bem como apontasse as intervenções necessárias para o fortalecimento deste processo. Além de ampliar a validade interna da pesquisa

5. DISCUSSÃO E RESULTADOS ALCANÇADOS

A compreensão dos diversos discursos analisadas expressam a visão social de mundo de cada sujeito e a relação que estabelece com os serviços e profissionais de saúde. Esse entendimento nos informa que a fala e o comportamento dos atores sociais relativos à produção do cuidado trás consigo um significado profundo da determinação histórica de um dado momento e das relações existente entre trabalho e capital. Assim sendo, os resultados aqui presentes, trazem consigo as relações que se estabelecem ao longo de nossa história entre Estado e a sociedade (Minayo, 1996).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Incluir as lições aprendidas

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

ANDRADE, F. M. O. *O Programa de Saúde da Família no Ceará: Uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza, 1998.

BAHIA, SESAB. DEPAS. DIREBA. PACS-BAHIA. *Relatório Anual*. Salvador, novembro, 1994a (mimeo).

BAHIA, SESAB. *Relatório*, 1991-1994, Salvador, 1994b (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. *Programa de Preparação estratégica de pessoal de saúde (PPREPS)*. Brasília, OPAS, 1976.

BRASIL/UNICEF. *Relatório da Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma - Ata*. URSS, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde.O *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde.O *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde.O *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde./Fundação Nacional de Saúde.O *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): Normas e diretrizes*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacionalização da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01). *Regionalização da Assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Série A n. 116. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências*. Brasília, 2002.

COELHO FERREIRA. V. S. *Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso*. Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade federal da Bahia, 2000. (Dissertação de Mestrado).

DAL POZ, M. R. *O agente comunitário de saúde: algumas reflexões*. Interface. Comunicação, Saúde, Educação, v 6, n 10, p. 75-94, fev 2002. Série Debates.

DAL POZ, M.R. & VIANA, A. L. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. In: MARTINIC, S., ARDO, C., CORVALAN, J (Org.) *Reformas em Educacion y Salud em América Latina y el Caribe*. Santiago do Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación-CIDE, 1999.

FRANCO, T. B. *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2003. (Tese de Doutorado).

LEVY, F.M; MATOS, P.L.E.de S. & TOMITA, N.E. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde*. Cad. de Saúde Pública, jan/fev, 2004, 20 (1): 197-203.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org.) *Práxis Em Salud: um desafio para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial & São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C., DIELIA, J. C. R. & SVITONE, E. *Programa de Agentes de Saúde do Ceará*. Fortaleza. UNICEF, 1990.

NAIR, V.M., THANKAPPAN, K.R., SARMA, P.S. Changing roles of grass-root level workers in Kerela, Índia. Health Policy Plan, v.16, n.2, p.171.

NOGUEIRA, R. P. *O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”* Interface. Comunicação, Saúde, Educação, v 6, n 10, p. 75-94, fev 2002. Série Debates.

NOVAES, Humberto de Moraes. *Ações integradas em los Sistemas Locales de Salud: analisis conceptual y apreciacion de programas seleccionados en América Latina*. In: Organización Panamericana de Salud. Cuaderno técnico nº 31. Washington D. C., 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. _____. *Plan Decenal c id para las Américas: Informe final da III Reunión Especial de Ministros de sauu de las Américas*. Doc. Oficial N.º 118. Santiago, Chile, 1973.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participacion social. Estudios de casos*. Washington, 1990. HSD/SILOS-7.

PAIM, J.S. *Saúde: Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPES, 2002.

PIMENTA, Ely de Oliveira Rosa. *A intervenção do Estado no desenvolvimento rural: o estudo do Projeto Integrado de Desenvolvimento da Bacia do Rio Paraguaçu (PIDERP) Bahia*. Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999. (Dissertação de Mestrado).

PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. *Cuidado e Integralidade: pro uma Genealogia de Saberes e práticas no Cotidiano*. In: Pinheiro, Rosani & Mattos, Ruben Araújo de (Org.). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

SVITONE, E. C. ,GARFIELD, R. VASCONCELOS, M. I. & CRAVEIRO, V. A. *Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program*. Pam Am. J. Public Health, v 7, n 5, p. 293-302, 2000.

SOLLA, J. J. S. P., MEDINA, M. G. & DANTAS, M. B. P. *O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde*. Saúde em Debate, 51: 4-15, jun, 1996.

TOMAZ, J. B. C. *O agente comunitário de saúde não deve ser um "super herói"*. Interface. Comunicação, Saúde, Educação, v 6, n 10, p. 75-94, fev 2002. Série Debates.

TRAD, L.A.B & BASTOS, A.C DE S. *O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação*. Cad. De Saúde Pública, abr/jun, 1998, vol. 14, nº 2 p. 429-435. ISSN 0102-311x.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.p.116-166.

VANEY, J. E. & KALUSNY, A. D. ***Evaluation and decision making for health services***. Second Edition. Ann Arbor. Michigan, Health Administration Press, 1991.

Yin, R. *Case Study Research, Design an Methods*. Second Edition. Ann Arbor, Michigan. Health Administration. Press. 1991.

APÊNDICE

APÊNDICE A

CNPq/FAPESB/UESC

Pesquisa: A produção do cuidado na rede básica de saúde.

Instrumento de Coleta de Dados

Roteiro para Entrevista.

ACS: _____

Idade: _____

Tempo de Trabalho no SF: _____

USF: _____

CIDADE: _____

DATA: _____ / _____ / _____

ENTREVISTADOR (A): _____

Trabalho do ACS:

1. Qual seu trabalho na Unidade de Saúde?
2. Qual seu trabalho junto à Comunidade?
 - a. Que tipo de ações você realiza no domicílio?
 - b. Orientação à Gestante?
 - c. Agenda a Gestante para o Grupo?
 - d. Verifica o Cartão de Vacina?
 - e. Verifica se a consulta de pré-natal está em dia?

No Puerpério:

- f. Orienta Vacinas?
 - g. Orienta sobre aleitamento, cuidados com RN, teste pezinho?
 - h. Faz busca ativa de RN, quando este não comparece a USF?
3. Verifica na sua rotina, cuidados com higiene?
 - a. Água tratada?
 - b. Água filtrada ou fervida?
 - c. Ambiente doméstico?
 - d. Destinação do lixo.
 - e. Fossa, Banheiro, etc.

4. Participou de algum programa de capacitação no PSF? Quais?

Impressões acerca da Acessibilidade dos usuários:

1. Como se dá o acesso ao atendimento a USF?
 - a. Agendados.
 - b. Não agendados.
 - c. Outros serviços da USF.
 - d. Como se dá o atendimento da população fora da área de abrangência da USF?
 - e. Verificar dispositivos racionalizadores (fila, ficha, triagem, cota, etc...) e burocráticos que dificultam o acesso, relação com população da área de abrangência e fora dela.
2. Quais os fatores que facilitam e dificultam a procura e/ou utilização da USF pela população.
3. Quais os principais motivos que levam a população a procurar esta USF?
4. Quais os problemas de funcionamento desta USF que dificultam o atendimento à população?
5. Quais as dificuldades para a realização do seu trabalho?

Integralidade At. Gestante:

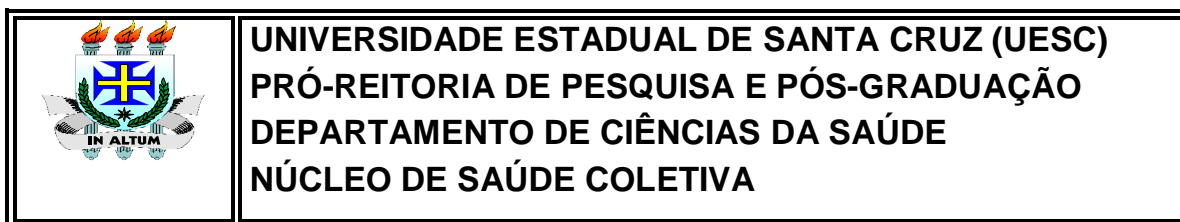
1. Como é o acesso da gestante ao pré-natal?
2. Qual o número de consultas de pré-natal o serviço garante à gestante?
 - a. Médico.
 - b. Enfermeira.
3. Como se trata o pré-natal de risco?
4. Existem ações de promoção/educação à saúde realizadas com a gestante, para estimular o autocuidado e os cuidados com o RN?
 - a. Individual.
 - b. Coletiva.
 - c. Orientações ao aleitamento materno.
 - d. Outras...

5. Como se dá o acesso aos exames preconizados pelo protocolo da SMS ou MS?
6. Como se dá o acesso a exames de alta e média complexidade, quando necessários?
7. Como se dá o acesso a medicamentos, quando necessários?
 - a. Da farmácia básica.
 - b. Outros.
8. Como ocorre o encaminhamento nas intercorrências durante o período de pré-natal?
9. Como é a atenção ao parto?
 - a. Há um hospital de referência para o parto e este é de conhecimento da gestante?
 - b. O médico que faz o parto é o mesmo que acompanhou o pré-natal?
 - c. O parto tem acompanhamento de pediatra?
 - d. O hospital tem leito de neonatologia (cuidados semi-intensivos)?
 - e. O hospital conta com alojamento conjunto?
 - f. O serviço conta com acompanhamento pós-internação para crianças que necessitam (follow up)?
 - g. Há banco de leite disponível?
 - h. Qual a taxa de cesariana?
10. Onde são feitas as imunizações do RN?
11. As imunizações atendem às normas do PNI?
 - a. Criança.
 - b. Gestante.
12. Onde e quando é realizado o teste do pezinho?
13. A USF desenvolve as ações de atenção integral à saúde da criança e/ou AIDIPI? Quais?
14. Com que periodicidade a criança realiza o ACD na USF?
15. É feito acompanhamento nutricional às gestantes, crianças? Em caso de intercorrências, há doação de alimentos ou equivalente (bolsa alimentação, bolsa família, fome zero, etc...).

16. São realizadas visitas domiciliares?

- a. À gestante?
- b. À puérpera?
- c. Ao RN?

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA QUE ENVOLVE SERES HUMANOS.

Tendo como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza e regulamenta a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, vimos solicitar permissão a V. S^o para as pesquisadoras assistentes Vitória Solange Coelho Ferreira, Maria Conceição Figueiras de Araújo e Soraya Santiago dos Anjos do Núcleo de Saúde Coletiva para realização da pesquisa neste município com os representantes das instituições no Conselho Municipal de Saúde, coordenado pelos pesquisadores Prof^o Dr Túlio Franco e a prof^a Dr^a Cristina Setenta de Andrade realizarem a coleta de dados da pesquisa intitulada A Produção do Cuidado na Rede Básica de Atenção a Saúde no município de Itabuna-Ba.

Nesse sentido, esperamos contribuir com a organização e funcionamento do serviço, nesta fase de implantação do trabalho das equipes saúde da família, através da elucidação dos possíveis pontos de estrangulamentos a operacionalização do atendimento. Ademais, informamos que os resultados desta investigação serão utilizados para fins pedagógicos e divulgados sob forma de pôster ou artigo com o objetivo de contribuir com a produção do conhecimento e a reorganização dos serviços de saúde no âmbito da atenção básica ampliando e consolidando a articulação entre ensino-pesquisa e extensão.

Vale destacar, a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum de qualquer natureza.

Ilhéus, 26 de julho de 2004.

(Sujeito da Pesquisa)

Pesquisador da UESC