

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“As múltiplas dimensões do território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro”

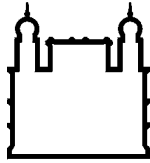
por

Daniele Rodrigues Vidal Rocha

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim

Rio de Janeiro, outubro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“As múltiplas dimensões do território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Daniele Rodrigues Vidal Rocha

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Simone Maria dos Santos

Prof. Dr. Christovam de Castro Barcellos Neto

Prof.^a Dr.^a Grácia Maria de Miranda Gondim – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

R672 Rocha, Daniele Rodrigues Vidal
As múltiplas dimensões do território na construção de uma
prática de gestão comprometida com as necessidades da
população: um estudo de caso de uma Clínica da Família do
município do Rio de Janeiro. / Daniele Rodrigues Vidal
Rocha. -- 2013.

134 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Gondim, Grácia Maria de Miranda
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família.
3. Estratégias. 4. Gestão em Saúde 5. Trabalho. 6. Território.
I. Título.

CDD - 22.ed. –

362.12098153

Às minhas queridas filhas Luiza e Paula, pelo
carinho, companheirismo e compreensão.

AGRADECIMENTOS:

À Deus, que durante toda a minha vida iluminou o meu caminho e me deu forças para superar os obstáculos encontrados.

À minha família pelo apoio e carinho.

À querida Grácia Gondim que pelas oportunidades, incentivo e dedicação, se tornou muito mais do que uma Orientadora, mas um exemplo e uma grande parceira.

À Gerente da Clínica estudada pelo apoio e acolhida durante a coleta de dados.

Aos Profissionais de Saúde que participaram do estudo, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Vigilância em Saúde que muito colaboraram na busca ativa dos usuários que participaram da pesquisa.

Aos usuários que participaram da pesquisa com contribuições tão valiosas.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro pela iniciativa de criar este curso juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que possibilitou o aprimoramento profissional de seus servidores.

Aos componentes da minha banca de qualificação e de defesa pelas contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

Aos amigos da primeira Turma de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família da ENSP/SMSDC-RJ pela força e apoio.

*“O mais incompreensível do mundo é que ele
seja compreensível.”*

Albert Einstein

RESUMO:

A construção efetiva de políticas públicas de gestão e de trabalho na Atenção Primária à Saúde envolve uma alta complexidade, que não se traduz pelo uso de tecnologias avançadas de alto custo, mas sim com as interferências do território nos processos de cuidado. Essas interferências possuem uma dimensão não só técnica como também ético-política. O território possui redes existenciais, políticas, locais, formais e/ou informais. O processo trabalho em saúde, baseado no território e suas redes, requer uma atenção inclusiva ao que nele, através dele e por ele surge através de seus movimentos. O território e seus determinantes sociais envolvem, produzem e tensionam os processos de gestão, produção e promoção da saúde, criando uma complexidade nas práticas da Atenção Primária à Saúde, justificando práticas que se voltem para o enfrentamento dos desafios e tensionamentos cotidianos que não são impedimentos, mas devem ser considerados matéria viva que promoverá o trabalho em saúde na Atenção Primária. Com esse balizamento o objetivo desta pesquisa é articular uma discussão teórica a um *estudo de caso*, que desvele as múltiplas dimensões do território, seus dispositivos e sua influência na estruturação de uma prática de gestão na Estratégia Saúde da Família comprometida com os problemas e as necessidades da população e com as demandas dos serviços. O campo da pesquisa foi uma Clínica da Família da Área Programática 3.2 do município do Rio de Janeiro, onde foram colhidas as falas dos sujeitos da pesquisa através de entrevistas semi-estruturadas e posteriormente estas falas foram analisadas e sistematizadas através do Discurso do Sujeito Coletivo, obtendo assim as Representações Sociais do grupo investigado, a compreensão das concepções de território que os profissionais da Estratégia saúde da Família e a comunidade têm e o reconhecimento da importância de se apropriar dos dispositivos do território para melhorar a gestão do cuidado.

Palavras-chave: Território, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Processo de Trabalho em Saúde, Gestão do Cuidado.

ABSTRACT:

The effective construction of public management policies and working in Primary Health Care involves a high complexity, which is not translated by the use of advanced high cost, but with the interference of the territory in the processes of care. These interferences have a dimension not only technical but also ethical and political. The territory has existential political, local, formal and / or informal networks. The work process in health care, based on territory and their networks, requires inclusive attention itself, through it and it comes from its own movements. The territory and its social determinants involve, produce and creates tension on management processes, production and promotion of health, creating complexity in the practice of Primary Health Care, justifying practices that turn to face the everyday challenges and tensions that are not impediments but should be considered living matter that promote health work in Primary Care. With these considerations, the goal of this research is to articulate a theoretical discussion to a case study that unveils the multiple dimensions of the territory, their devices and their influence on the structuring of a management practice in a Family Health Strategy committed with population's problems and needs and service's demand. The research field was one of the Family Clinics of the 3.2 Program Area of Rio de Janeiro municipality, where the speeches lines were taken of the individuals through semi-structured interviews and those lines were subsequently analyzed and systematized through the Discourse of the Collective Subject, thus obtaining the social representations of the investigated group, understanding the concepts of territory that health professionals from Family Health Strategy and community have, and also the recognition of the importance of appropriating territory's devices to improve care management.

Key words: Territory, Primary Health Care, Family Health Strategy, Work process in Health care, Care Management.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	14
1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 GERAL.....	21
2.2 ESPECÍFICOS.....	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	22
3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	24
3.3 TRABALHO EM EQUIPE.....	26
3.4 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE.....	28
3.5 GESTÃO DO CUIDADO.....	32
3.6 PLANEJAMENTO DE BASE TERRITORIAL.....	34
4 METODOLOGIA	37
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.3 AMOSTRA.....	38
4.4 COLETA DE DADOS.....	41
4.4.1 Revisão da Literatura.....	41
4.4.2 Entrevista Semi-estruturada.....	41
4.5 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS.....	43
4.5.1 Figuras Metodológicas do DSC.....	45
4.5.1.1 Expressões-chave (ECH).....	45
4.5.1.2 Ideias centrais (IC).....	45
4.5.1.3 Ancoragem (AC).....	46
4.5.1.4 Discurso do sujeito coletivo (DSC).....	46
4.5.2 Representações Sociais (RS).....	46
4.5.3 Atributos Quantitativos do DSC.....	48
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
6 RESULTADOS	51
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	51
6.2 CONSTRUÇÃO DO DSC.....	55
6.3 MATRIZ DESCRITIVA RELACIONANDO DSC, DIMENSÕES DO TERRITÓRIO E DISPOSITIVOS OPERATIVOS.....	69
7 DISCUSSÃO	71
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

APÊNDICE	95
Apêndice A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Usuário ou Representante de movimentos sociais do território.....	95
Apêndice B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Gestor ou Profissional de Saúde.....	97
Apêndice C – Roteiro da Entrevista Semi-estruturada.....	99
Apêndice D – Quadro de Sistematização dos discursos.....	101
ANEXOS	131
Anexo A – Instrumento de Análise de Discurso 1.....	131
Anexo B – Instrumento de Análise de Discurso 2.....	133

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELAS:

1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Figura 1 – Mapa Conceitual do Estudo.....	20
---	----

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.4 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO

Quadro 1 – As abordagens conceituais de território em três vertentes básicas.....	29
---	----

4 METODOLOGIA

4.3 AMOSTRA

Figura 2 – Mapa de distribuição das áreas de população cobertas pelas Equipes da CFIS.....	39
--	----

Quadro 2 – Características gerais da população e o seu território.....	39
--	----

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.2 Entrevista Semi-estruturada

Quadro 3 – Codificação dos territórios e dos sujeitos da pesquisa.....	42
--	----

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Tabela 1 – Distribuição da Amostra por Sexo.....	51
--	----

Figura 3 – Distribuição da Amostra por Faixa Etária.....	52
--	----

Tabela 2 – Distribuição da Amostra por Escolaridade.....	52
--	----

Figura 4 – Distribuição da Amostra por Posição na Família.....	53
--	----

Tabela 3 – Distribuição da Amostra por Profissão.....	53
---	----

Tabela 4 – Distribuição da Amostra por Local de Trabalho.....	54
---	----

6.2 CONSTRUÇÃO DO DSC

Tabela 5 – Distribuição das Categorias da primeira pergunta do roteiro.....	55
---	----

Figura 5 – Distribuição das Categorias da primeira pergunta do roteiro.....	56
---	----

Quadro 4 – DSC das Categorias da primeira pergunta do roteiro.....	57
--	----

Tabela 6 – Distribuição das Categorias da segunda pergunta do roteiro.....	58
--	----

Figura 6 – Distribuição das Categorias da segunda pergunta do roteiro.....	58
--	----

Quadro 5 – DSC das Categorias da segunda pergunta do roteiro.....	59
---	----

Quadro 6 – DSC da Ancoragem da segunda pergunta do roteiro.....	59
---	----

Tabela 7 – Distribuição das Categorias da terceira pergunta do roteiro.....	60
---	----

Figura 7 – Distribuição das Categorias da terceira pergunta do roteiro.....	61
---	----

Quadro 7 – DSC das Categorias da terceira pergunta do roteiro.....	61
--	----

Quadro 8 – DSC da Ancoragem da terceira pergunta do roteiro.....	62
--	----

Tabela 8 – Distribuição das Categorias da quarta pergunta do roteiro.....	63
---	----

Figura 8 – Distribuição das Categorias da quarta pergunta do roteiro.....	63
---	----

Quadro 9 – DSC das Categorias da quarta pergunta do roteiro.....	64
--	----

Tabela 9 – Distribuição das Categorias da quinta pergunta do roteiro.....	65
---	----

Figura 9 – Distribuição das Categorias da quinta pergunta do roteiro.....	65
---	----

Quadro 10 – DSC das Categorias da quinta pergunta do roteiro.....	66
---	----

Tabela 10 – Distribuição das Categorias da sexta pergunta do roteiro.....	67
---	----

Figura 10 – Distribuição das Categorias da sexta pergunta do roteiro.....	68
---	----

Quadro 11 – DSC das Categorias da sexta pergunta do roteiro.....	68
--	----

6.3 MATRIZ DESCRITIVA RELACIONANDO DSC, DIMENSÕES DO TERRITÓRIO E DISPOSITIVOS OPERATIVOS

Quadro 12 – Matriz descritiva relacionando DSC, dimensões do território e dispositivos operativos69

7 DISCUSSÃO

Quadro 13 – Concepções de acordo com a natureza do entrevistado.....87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

AC	Ancoragem (s)
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CFIS	Clínica da Família Izabel dos Santos
CMS	Centro Municipal de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão-Chave (s)
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete do Ministro
IAD1	Instrumento de Análise de Discurso 1
IAD2	Instrumento de Análise de Discurso 2
IC	Ideia (s) Central (s)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ-AB	Programa da Melhoria da Qualidade e Acesso na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
RS	Representação Social
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
VISA	Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO:

Esta Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) buscou articular uma discussão teórica a um *estudo de caso* de uma Clínica da Família da Área Programática 3.2 do município do Rio de Janeiro, a fim de desvelar as múltiplas dimensões do território, seus dispositivos e sua influência na estruturação de uma prática de gestão do processo de trabalho em saúde comprometida com os problemas e as necessidades da população e com as demandas dos serviços.

A amostra foi composta por duas equipes de ESF, uma equipe com território e condições de vida de maior vulnerabilidade e uma equipe com o território e condições de vida de menor vulnerabilidade, uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), a Gerente e pela comunidade vinculada às equipes de ESF selecionadas.

A coleta de dados foi feita através de uma revisão de literatura prévia sobre temas que embasam a pesquisa, e através de entrevistas semi-estruturadas orientadas por um roteiro dividido em quatro blocos: Bloco I – Informações Pessoais, Bloco II – Quanto ao conceito e uso do território, Bloco III – Quanto ao processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família no território e Bloco IV – Quanto à participação no processo de gestão da saúde no território (Apêndice C). A análise e sistematização dos dados colhidos nas entrevistas foram feitas através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, utilizando o programa *Qualiquantisoft*.

Os resultados desta pesquisa estão apresentados sob a forma de: Análise quantitativa de caracterização dos sujeitos da pesquisa, Quadros com o DSC do território investigado e Matriz descritiva relacionando discurso, dimensões do território e dispositivos operacionais.

Os resultados foram antecidos pela contextualização do problema de pesquisa e pergunta de investigação, objetivos, referencial teórico que circunscreve o objeto de investigação, metodologia e considerações éticas.

A síntese e articulação dos resultados apresentados estão contempladas na discussão e nas considerações finais.

INTRODUÇÃO:

O sistema de saúde brasileiro, ao longo de sua constituição vem se organizando em diferentes arranjos espaciais definidos por múltiplos critérios - população a ser coberta por ações de saúde compatíveis com o perfil de adoecimento e morte; gestão da rede de serviços; controle sobre pessoas, grupos populacionais, doenças e agravos (GONDIM et al, 2008).

A categoria geográfica território se incorpora com força ao campo da saúde a partir dos anos 70 no interior do debate sobre modelos de atenção e de propostas voltadas para a reorganização das práticas e dos serviços de saúde. Consolida-se no processo de territorialização como ferramenta para compreender os problemas e as necessidades de saúde no âmbito local e para efetivar ações descentralizadas e participativas.

Nesse contexto, apresenta uma polissemia conceitual e pode ser abordado de diversas maneiras, desde a delimitação espacial de uma área até uma concepção ampliada e rica em conteúdos sociais, políticos e culturais. No setor saúde, na maior parte das vezes é utilizado apenas como recorte político-administrativo definido pela gestão da saúde, como local onde as ações sanitárias acontecem, sem levar em consideração a participação dos atores sociais que vivem naquele espaço, que produzem e modificam o território (GONDIM, 2011).

A partir dos anos 80 com a introdução de programas focados na comunidade e na família – Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), inicia-se um ‘novo’ olhar sobre o território, embasado por uma concepção e uma prática que melhor se aproximam e traduzem o significado geográfico do termo.

Autores como Santos (1994), Monken & Barcellos (2005), Pereira & Barcellos (2006) e Gondim (2011) consideram o *território* ou *espaço geográfico* como uma categoria que procura analisar sistematicamente a constituição do território, baseada no dinamismo da economia e da sociedade, incluindo a implantação de equipamentos de infra-estrutura, à distribuição da agricultura, da indústria e dos serviços, o arcabouço normativo, ou seja, a legislação civil, fiscal e financeira, a apropriação do espaço pelo cidadão e os movimentos da população. Consideram também a construção histórica e sócio-cultural, identificando quem vive naquele local, de que modo e com quais recursos, ou seja, analisa o cotidiano da vida em um determinado espaço geográfico e cujo significado é atribuído pelas pessoas que nele vivem.

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e o conjunto de documentos do pacto pela saúde (BRASIL, 2006a,b) elegem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como dispositivo técnico-assistencial estruturante da atenção e do cuidado capaz de efetivar mudanças no modelo de atenção e nas práticas sanitárias. A ESF se estrutura em um desenho de base territorial bem definido para o qual estabelece uma série de princípios que apontam responsabilidades sobre famílias e territórios (GONDIM, 2011). De acordo com a PNAB a ESF orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006b).

Em um contexto de reconfiguração de modelo e de práticas de saúde é preciso considerar a dinâmica do território como espaço em permanente construção, que possui dimensões objetivas e subjetivas. As dimensões objetivas são as redes de serviços públicos e privados, as redes comunitárias, possibilidades de trabalho e renda e os equipamentos culturais, religiosos e de lazer. Já as dimensões subjetivas são representadas pelas relações estabelecidas pelos atores sociais com seu território, manifestadas pelos desejos, escolhas, sonhos, valores, sofrimentos e nas redes sociais construídas.

Desta forma, o território onde se materializam as ações de saúde é processo que se constitui e se estrutura permanentemente em sucessivos momentos de construção, desconstrução e reconstrução no âmbito individual e coletivo, estabelecendo redes e parcerias para fortalecer a equipe de saúde e a população.

Uma prática de gestão pautada na dinâmica do território e operacionalizada por meio da territorialização representa um importante passo tanto para fortalecer as políticas públicas locais de natureza integrada e participativa como para efetivar mudanças no processo de trabalho em saúde.

Com esse balizamento a proposta desta pesquisa é a de articular uma discussão teórica a um estudo de caso, que desvele as múltiplas dimensões do território, seus dispositivos e sua influência na estruturação de uma prática de gestão na ESF comprometida com os problemas e as necessidades da população e com as demandas dos serviços.

O campo da pesquisa foi uma Clínica da Família (CF) localizada na Área Programática (AP) 3.2 do município do Rio de Janeiro. A AP 3.2 ocupa uma extensão de 44 Km², compreende 23 bairros, 3 Regiões Administrativas (12^a, 13^a e 28^a RA), 54 comunidades, uma população de 553.123 habitantes sendo 371.861 (70% da população) usuários do

SUS e um total de 59.303 imóveis, com predomínio de comércio e serviços (CAP 3.2, 2012)

Dentre os 23 bairros desta AP encontra-se o Méier situado entre os 20 maiores IDH do Município do Rio de Janeiro e o Jacarezinho entre os 7 menores IDH deste município (IPP/IUPERJ/IPEA; FJP-MG, 2000). Exemplarmente essa Área Programática expõe em seus diferentes territórios as contradições do modelo de desenvolvimento econômico brasileiro, cuja distribuição da riqueza material se territorializa em padrões demográfico-espaciais desiguais: territórios com populações em condições adequadas de vida e territórios de exclusão com condições de vida vulneráveis.

A AP 3.2 possui 19 (dezenove) unidades de saúde de Atenção Primária, sendo 12 (doze) unidades de saúde tipo A – são unidades que trabalham somente com a ESF, 7 (sete) unidades de saúde tipo B – são unidades que oferecem atendimentos de APS no modelo tradicional de posto de saúde e possuem ESF para uma população adscrita e nenhuma unidade de saúde tipo C - são unidades que oferecem atendimentos de APS apenas no modelo tradicional de posto de saúde (SUBPAV, 2013).

Conta com 81 (oitenta e uma) equipes de saúde da família, sendo 64 (sessenta e quatro) delas completas e 19 (dezenove) equipes de saúde bucal modalidade II completas, composta pelo Dentista, Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal (SUBPAV, 2013). Cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) atende em média 4.000 (quatro mil) habitantes e conta com a retaguarda de 6 (seis) equipes do Núcleo de Apoio a ESF (NASF) que realizam o matriciamento das equipes da área:

- O NASF 1 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Herbert de Souza, CF Bibi Voguel e CMS Ariadne Lopes de Menezes;
- O NASF 2 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Barbara Starfield, CF Sérgio Nicolau Amin e CMS Rodolpho Rocco;
- O NASF 3 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Emydio Alves Costa Filho, CMS Eduardo Araújo Vilhena Leite e CMS Milton Fontes Magarão;
- O NASF 4 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Anthídio Dias da Silveira, CMS Renato Rocco e CF Carioca;

- O NASF 5 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Anna Nery, CMS César Pernetá, CMS Professor Antenor Nascente e CMS Dr. Carlos Gentile de Mello;
- O NASF 6 trabalha com as seguintes unidades de saúde: CF Cabo Edney Canazaro de Oliveira, CF Izabel dos Santos e CMS Tia Alice.

Em 23 de Dezembro de 2008 foi inaugurada a Primeira Clínica da Família - o Centro Municipal de Saúde (CMS) Professor Antenor Nascente, que possui uma equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal, cobrindo 0,7% do território da AP 3.2.

Durante o processo de expansão da ESF na AP 3.2. a primeira clínica a ser inaugurada na 12ª RA foi a CF Herbert de Souza, em 11 de Janeiro de 2011 e possui 5 (cinco) equipes de saúde da família e 2 (duas) equipes de saúde bucal. Na 13ª RA em 26 de Janeiro de 2011 foi a CF Izabel dos Santos que possui 4 (quatro) equipes de saúde da família e 2 (duas) equipes de saúde bucal, e na 28ª RA em 29 de Junho de 2011 foi a CF Anthídio Dias da Silveira, que possui 7 (sete) equipes de saúde da família, 1 (uma) equipe de consultório de rua e 3 (três) equipes de saúde bucal. Hoje a AP 3.2 tem 38,32% de sua área coberta pela ESF (SUBPAV, 2013).

1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA:

A construção efetiva de políticas públicas de gestão e de trabalho na Atenção Primária em Saúde envolve alta complexidade, que não se traduz pelo uso de tecnologias avançadas de alto custo, mas sim com a necessidade urgente de entender e de incorporar as múltiplas dimensões do território (política, social, econômica e ambiental) nos processos de cuidado. Essas interferências circunscrevem âmbitos diversos, em sua maioria, envolvendo questões ético-políticas que interferem na tomada de decisão e no desenvolvimento das práticas sanitárias no território.

Existem diversas visões sobre o conceito de território e suas possibilidades para a formulação de intervenções no campo da saúde. Essas visões variam de acordo com o contexto histórico e com a concepção do processo saúde-doença.

O processo de territorialização como metodologia de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde de um dado território, possibilita avançar e aprofundar o olhar sobre os problemas e as potencialidades das áreas de atuação das equipes de saúde família, entendendo-as como espaço social e geopolítico - territórios em permanente construção.

Milton Santos (1994) define Território como um lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Nele, encontram-se ambientes construídos e ambientes naturais. O território é, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas, formado de lugares contíguos e de lugares em redes: existenciais, políticas, locais, formais e/ou informais.

O trabalho em saúde, baseado no território e suas redes, requer uma atenção inclusiva ao que nele, através dele e por ele surge através de seus movimentos. É o lócus onde o trabalho se materializa, se faz vivo, se transforma em ação comunicativa (CECCIM, 2005).

O território é campo de formalizações de diversas políticas, tais como: universais, científicas, programáticas, protocolares, normativas e redutoras de danos e riscos. A partir dele podemos definir um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que abranjam a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção dos agravos, possibilitando um modo de viver mais saudável (CUNHA & DANTAS, 2010).

Do mesmo modo, o território traz em si a história - as vivências, os saberes e as identidades, de um conjunto de atores sociais que buscam, cada um a seu modo, efetivar

seus projetos políticos (de vida, de trabalho) como hegemônicos. Esse permanente devir, estrutura conflitos, contradições, lutas, que se bem estruturados e compartilhados, podem apontar saídas e soluções criativas para os problemas e as necessidades identificadas no lugar, potencializando fortalezas existentes para a melhoria da qualidade de vida de pessoas e grupos (GONDIM, 2011).

No bojo das transformações esperadas com a reforma sanitária, a institucionalização do SUS, em 1990, e a implementação da Estratégia de Saúde da Família, em 1994, embora se configurem como processos significativos de mudança, não pressupõem uma transformação automática nas práticas do cuidado em saúde.

A Estratégia de Saúde da Família promove um trabalho territorializado, com criação de vínculo e participação da comunidade, resultando em melhor cobertura das ações programáticas; além de possibilitar importantes avanços do ponto de vista da ampliação do acesso, qualificação do cuidado, reconfiguração das demandas por serviços, dos modos de produzir cuidado em saúde no território, quebrando o paradigma da saúde calcada na lógica biomédica e centrada nas especialidades.

O território com seus determinantes sociais envolve, produz e tensiona os processos de gestão, produção do cuidado e promoção da saúde, criando uma complexidade para as práticas da Atenção Primária em Saúde, que não deve ser vista como um impedimento, mas deve ser considerada matéria viva que promoverá o trabalho em saúde.

Nesta lógica podemos considerar a gestão compartilhada, as estratégias de co-gestão na clínica, a confecção de agendas, as ações de planejamento, o trabalho com as equipes e os contratos de gestão como dispositivos que vão interferir na produção e promoção de uma nova realidade política e sócio-sanitária para a reconfiguração das ações em saúde na Atenção Primária Brasileira (CUNHA & DANTAS, 2010).

A construção de uma prática de gestão associada às necessidades da comunidade, considerando as múltiplas dimensões dos territórios nos quais se constroem e se produzem às políticas e seus modos de vida e de trabalho é o grande desafio das práticas da Atenção Primária em Saúde. Esses argumentos sustentam a proposta a ser o objeto de estudo desta pesquisa.

Tendo como campo de investigação uma Clínica da Família da AP 3.2 do Município do Rio de Janeiro e considerando as premissas mencionadas, este estudo é orientado pela seguinte pergunta:

- As concepções do território identificadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e pela Comunidade oferecem dispositivos e potência operacional para a estruturação de uma prática de gestão comprometida com os problemas e as necessidades da população?

O mapa conceitual abaixo mostra as interfaces e interconexões entre os temas, objetivos e perspectivas do estudo.

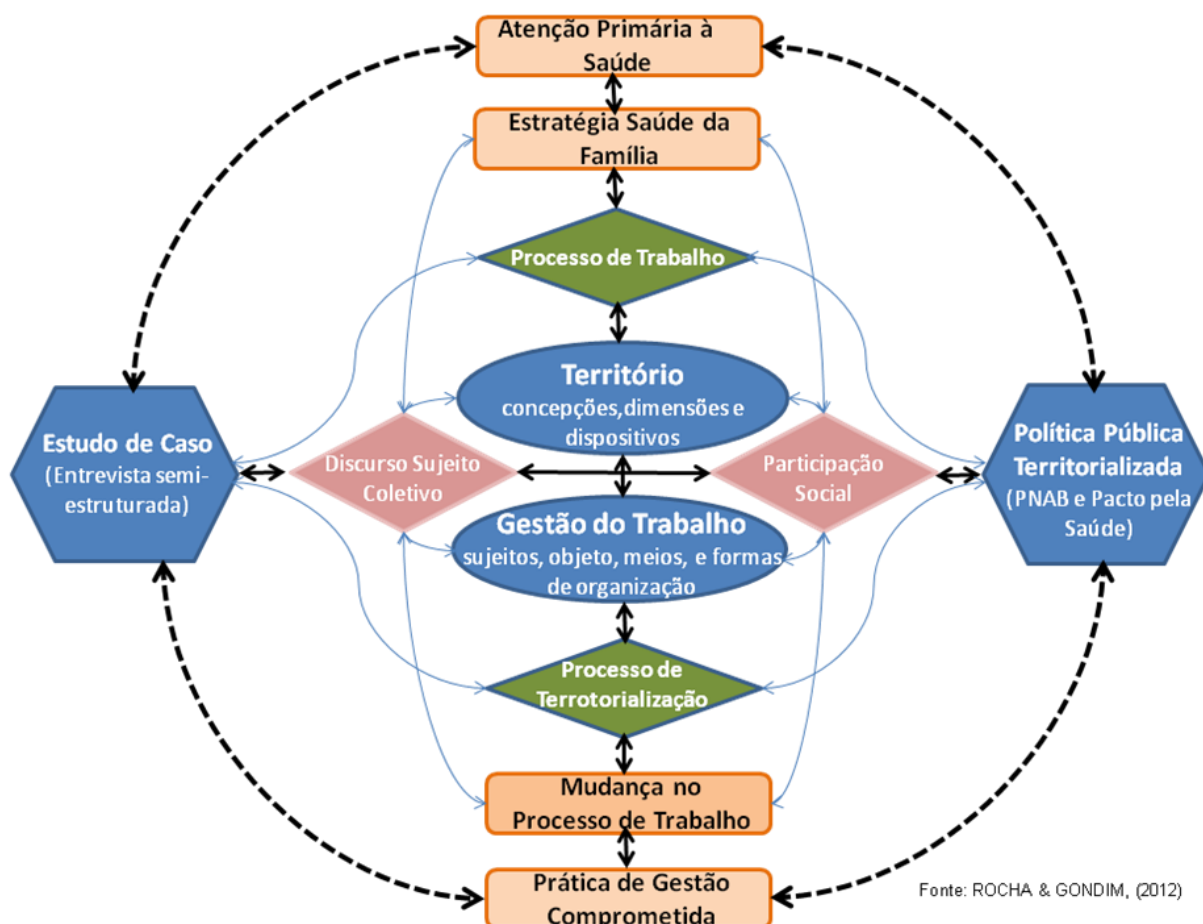


Figura 1 - Mapa Conceitual do Estudo

2 OBJETIVOS:

2.1 GERAL:

Reconhecer na abordagem do território, as concepções, os dispositivos e a potência operacional para estruturação de uma prática de gestão na ESF comprometida com os problemas e as necessidades da população.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Compreender qual a concepção que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e a Comunidade têm do território onde trabalham e vivem;
- Perceber como os profissionais da Estratégia de Saúde da Família se apropriam do território e quais dispositivos, a ele relacionados, que interferem em seus processos de trabalho;
- Identificar as dimensões e os dispositivos sociais, políticos e culturais subjacentes a abordagem do território.

3 REFERENCIAL TEÓRICO:

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático que tem sido adotado por diversos países para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde (FAUSTO & MATTA, 2007).

Segundo a OPAS (2005) a atenção primária é o nível que oferece a entrada num sistema de saúde focado na pessoa (não na doença), oferece atenção para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção oferecida por outros níveis do sistema.

Starfield (2002) define quatro atributos como organizadores da APS nos serviços de saúde: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção.

Em 1974, por meio do Relatório Lalonde no Canadá foi desenvolvida a ideia dos determinantes “não-médicos” da saúde. E em 1978 na Declaração de Alma Ata a Atenção Primária em Saúde foi definida como:

(...) atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e família na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter... Trata-se de uma parte integrante do sistema da saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde (OPAS, 2005).

No Brasil as primeiras experiências em atenção primária ocorreram nos anos 70 em alguns municípios que organizaram seus sistemas locais de saúde, os quais apresentavam um conjunto de ações preventivas e curativas integrado a uma rede de referência de maior complexidade, considerando que o estado de saúde das pessoas tinha uma relação direta com as suas condições de vida. O governo federal inspirado nessas experiências, principalmente na de Montes Claros, em 1978 editou um programa nacional de extensão de cobertura, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que ocorreu no período da proposta de APS formulada em Alma-Ata. Inicialmente o Piass foi apresentado como uma proposta para as regiões mais pobres do país e depois cogitou-se sua extensão para todo o território nacional.

Em 1981 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que previa uma política de extensão de cobertura dos serviços de saúde para todo o território nacional, mas que não conseguiu avançar. E em 1988 a Constituição Brasileira definiu as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que foram complementadas com as Leis Orgânicas da Saúde (I e II), aprovadas em 1990, que criaram o Fundo Nacional da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

O modelo sanitarista, anterior ao preconizado pela constituição de 1988, era organizado por programas verticais e centralizados para controlar doenças e fatores de risco. Este modelo não respondia a complexidade apresentada pelas populações e por seus territórios (GONDIM et al., 2011).

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no Brasil, desenvolvendo um trabalho semelhante à experiência dos médicos de pés descalços chineses, (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Em dezembro de 1993 criou-se o Programa Saúde da Família e em 1996, através da NOB 96, a Saúde da Família passou a ser uma estratégia para a reorganização do modelo de atenção, com uma concepção ampliada da saúde e valorizando a integralidade das ações.

Após a NOB SUS 01/96 a APS ganhou destaque na Política Nacional de Saúde e com isto criaram-se condições para que o Programa de Saúde da Família fosse desenvolvido como uma estratégia de reordenação do Sistema de Saúde, fortalecendo a capacidade resolutiva da atenção básica como nível de atenção e como integradora e coordenadora do cuidado.

Em 22 de fevereiro de 2006 foi definido o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399/GM, como o “compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do SUS, em razão de seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Saúde divide-se em: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O pacto pela vida aborda compromissos sanitários em torno de prioridades que provocam impacto na situação de saúde da população, como o fortalecimento da Atenção Básica. O pacto em defesa do SUS é um movimento de repolitização que pretende demonstrar o esforço dos gestores em fazer com que o SUS se torne uma política de Estado. O pacto

de gestão estabelece as diretrizes para a gestão do sistema (SILVA; SOUTO JÚNIOR; BRÊTAS JÚNIOR, 2011).

Em 28 de março de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica, que ampliou o escopo e a concepção da atenção básica, incorporando os atributos da Atenção Primária à Saúde abrangente, preconizados na Declaração de Alma Ata (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica. Reforça a necessidade de que a expansão desse modelo garanta a sua integração à rede de serviços de saúde municipal no sentido de organizar o sistema local de saúde, detalhando modalidades de implantação e incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2008).

Em 21 de Outubro de 2011 o Ministério da Saúde aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica, através da portaria nº 2488, em substituição à edição de 2006. A nova PNAB atualizou conceitos na política, introduziu elementos desejáveis à Atenção Básica como ordenadora das Redes de Atenção e consolidou os NASF, com suas novas diretrizes; as Equipes de Saúde da Família ribeirinhas; as Equipes de Atenção Básica para população de rua; o Programa Saúde na Escola; a flexibilização da carga horária do médico nas equipes de Saúde da Família; a proposta de Telessaúde Redes Brasil e a proposta do Programa da melhoria da Qualidade e Acesso na Atenção Básica (PMAQ-AB). Além de incluir o aumento do PAB fixo a partir de critérios de equidade e o PAB Qualidade (BRASIL, 2011).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:

O trabalho em saúde é parte da economia terciária – é um serviço, e compartilha características comuns com outros processos de trabalho. Nele verifica-se a divisão técnica e social do trabalho, organizada em três dimensões: uma intrínseca a formação dos profissionais de saúde; outra relacionada à gestão e a gerência dos serviços; e a última, centrada especificamente na produção das ações ofertadas aos usuários - ações promocionais, preventivas e curativas, com vistas a cuidar dos sofrimentos, das queixas e das demandas de saúde da população de um determinado território.

É um processo de trabalho complexo, heterogêneo e incerto no tempo, dado que envolve muitas pessoas – trabalhadores de saúde, usuários, famílias; diferentes

tecnologias – leves, duras, leves-duras; múltiplas instituições – públicas (federal, estadual e municipal) e privadas, e se estrutura para atender a uma demanda esperada, mas imprecisa, no cotidiano dos serviços – não se sabe ao certo quais e quantas queixas podem chegar diariamente para serem atendidas (MERHY,2007).

A produção de serviços de saúde expressa a necessidade de atingir uma finalidade útil, porém os resultados deste trabalho não se caracterizam como mercadorias a serem comercializadas - produtos mercantis em si mesmos (SOUZA & SANTOS, 1993). Sua lógica de produção está orientada pelo encontro entre pessoas - quem produz e quem recebe o serviço produzido.

Portanto, é um processo singular que se efetiva no ato de produzir saúde onde estão envolvidas relações pessoais e interpessoais, e o usuário é parte do processo de produção - fornece valores de uso substantivos e necessários a realização do trabalho, não apenas com as informações sobre seu estado de saúde, mas, sobretudo, por colaborar ativamente para sua manutenção ou recuperação – o produto final.

Segundo Merhy (1995), o modo de se produzir nos serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. Por sua singularidade, funda-se em um conjunto de relações interpessoais, que exigem o estabelecimento de vínculo entre os indivíduos e coletivos envolvidos para a eficácia do ato. Sua natureza dependente e dialógica o constitui também como um processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Na abordagem clássica sobre o processo de trabalho, destacam-se os seguintes componentes:

- matéria-prima;
- instrumentos de trabalho;
- homem;
- produto.

Para Franco, Bueno & Merhy (1999) em se tratando do processo de trabalho em saúde, é possível sistematizar a definição clássica da seguinte forma:

- matéria-prima ⇒ usuário;
- instrumentos de trabalho ⇒ tecnologia (leve/dura/leve-dura);
- homem ⇒ trabalhador em saúde = operador do cuidado;
- produto ⇒ trabalho em saúde ⇒ atos de saúde = produção do cuidado.

Com base nesses elementos é possível refletir sobre como se realiza o fazer em saúde, como está organizado e como se divide. Segundo Souza & Santos (1993), todo processo de trabalho em saúde traz intrínseca a dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientada por uma racionalidade técnica, condizente com os conhecimentos científicos e o uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

Historicamente toda organização e divisão do processo de trabalho é definida por um objetivo final que se quer atingir. Portanto, na lógica da produção dos serviços de saúde centrada na concepção médico-curativa a finalidade é a cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde. Nessa forma de pensar e fazer em saúde, o processo de trabalho tem um forte componente taylorista-fordista, com tarefas simples e prescritas, fragmentação do trabalho, forte subordinação e, sobretudo separação entre quem pensa e quem desenvolve o trabalho.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de mudança para um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental re-significar o processo de trabalho. Para tanto, exige-se também transformar a finalidade desse processo, que passa a se constituir na produção do cuidado – da autonomia e autodeterminação do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade que suscita novas ferramentas como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde.

3.3 TRABALHO EM EQUIPE:

O trabalho em equipe é um dos principais pilares da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ele deve ser norteado por um projeto assistencial comum, onde toda a equipe deve desenvolver uma ação de interação entre si e com a comunidade, por meio de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

A abordagem integral das famílias é facilitada pela atuação de uma equipe interdisciplinar, onde a prática de um profissional se reconstrói na prática do outro,

ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos, rompendo a dinâmica médico-centrada.

Madeira (2009) afirma que o trabalho em equipe interdisciplinar como norteador do processo de trabalho na ESF é um reflexo da mudança do modelo assistencial, que passa a trabalhar na ótica da integralidade, levando em conta toda a complexidade do processo saúde-doença e centrado nas tecnologias leves e leves-duras, tornando-o mais resolutivo e qualificado.

De acordo com Araújo & Rocha (2007) na ESF as ações de saúde são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. O processo de trabalho das equipes se estrutura a partir da territorialização, com o mapeamento das áreas e microáreas.

Segundo Ferreira, Varga & Silva (2009) as equipes de saúde da família necessitam conhecer as famílias do território de sua abrangência, identificando os seus problemas de saúde e as situações de risco, além de elaborar planos de ação para enfrentar os desafios do processo saúde-doença enquanto desenvolvem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação no âmbito da atenção básica em saúde.

Para viabilizar o trabalho em equipe há necessidade de uma relação interativa entre os trabalhadores, mediada pela troca de conhecimentos e a articulação de um “campo de produção do cuidado” comum a todos (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação.

A ideia de equipe possui duas concepções distintas: a equipe como agrupamento de agentes, caracterizado pela fragmentação das ações, e a equipe como integração entre relações e práticas, visando a integralidade das ações de saúde e a necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

Trabalhar em equipe implica em compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração, numa interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades. Nesta lógica a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo hospitalocêntrico, sendo dividida entre os membros da equipe.

Segundo Kell & Shimizu (2010) o trabalho em equipe é uma prática concebida a partir da união de esforços para o alcance de um objetivo comum, onde todos os sujeitos têm a mesma importância, pois contribuem igualmente para alcançar os resultados, porém deve-se destacar a importância da clareza dos limites das funções de cada um, sem, contudo perder a liberdade para discutir e dividir as responsabilidades na tomada de decisões.

A necessária mediação entre as facilidades e as fragilidades para a realização do trabalho em equipe requer estratégias, como a Educação Permanente, que incentiva a problematização da realidade e busca soluções conjuntas para as dificuldades e os problemas do cotidiano.

3.4 TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE:

A palavra Território pode ter uma conotação concreta ou simbólica, porém ambas estão relacionadas ao poder. O poder no sentido mais concreto é a dominação, enquanto o poder no sentido mais simbólico é a apropriação. Enquanto “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, diverso e complexo; imerso em relações de dominação e/ou de apropriação sociedade-espaço, indo de dominação político-econômica mais concreta à apropriação mais subjetiva, cultural e simbólica (HAESBAERT, 2004).

Segundo Haesbaert (2004) existem dois grandes tipos de territórios: o território funcional, caracterizado por processos de dominação, pelo princípio da exclusividade, como recurso de valor de troca e como um território sem territorialidade, e o território simbólico, caracterizado por processos de apropriação, pelo princípio da multiplicidade, como símbolo de valor simbólico e como uma territorialidade sem território.

O Território possui múltiplas dimensões, onde se destacam as seguintes dimensões: jurídico-política, cultural e econômica. A partir destas dimensões distinguem-se diferentes concepções de Território (Quadro 1).

Quadro 1 - As abordagens conceituais de território em três vertentes básicas

Dimensão Privilegiada	Concepções Correlatas	Concepção de Território	Territorialização		Perspectiva Geográfica	Exemplos de trabalhos próximos a esta vertente
			Principais atores/agentes	Principais vetores		
Jurídico-política (majoritária, inclusive no âmbito da geografia)	Estado-nação Fronteiras políticas e limites político-administrativos	Espaço delimitado e controlado sobre / por meio do qual se exerce determinado poder, especialmente o de caráter estatal	Estado-nação e diferentes organizações políticas	Relações de dominação política e regulação	Geografia Política (Geopolítica)	Alliès (1980) a visão clássica de Ratzel
Cultural(ista)	Lugar e cotidiano Identidade e alteridade social Cultura e imaginário*	Produto fundamentalmente da apropriação do espaço feita através do imaginário e/ou da identidade social	Indivíduos e grupos étnico-culturais	Relações de identificação cultural	Geografia Humanística e/ou Geografia Cultural	Deleuze e Guattari (1972) Tuan (1980 e 1983)
Econômica (muitas vezes economicista) minoritária	Divisão territorial do trabalho Classes sociais e relações de produção	(Des)territorialização é vista como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho	Empresas (capitalistas) Trabalhadores	Relações sociais de produção	Geografia Econômica	Storper (1994) Benko (1996)

***Imaginário**: "conjunto de representações, crenças, desejos, sentimentos, em termos dos quais um indivíduo ou grupo de indivíduos vê a realidade e a si mesmo"

Fonte: Haesbaert & Limonad (2007)

A partir dos dois grandes tipos de território, funcional e simbólico, surgem “múltiplos territórios” através das seguintes modalidades: territorializações mais fechadas, quase “uniterritoriais”; territorializações político-funcionais mais tradicionais; territorializações mais flexíveis e territorializações efetivamente múltiplas. A multiterritorialidade envolve a presença de uma grande multiplicidade de territórios e sua articulação na forma de território-rede.

O Território também varia de acordo com o nível de acessibilidade, indo dos territórios mais abertos, permeáveis, intensamente conectado em redes, até aqueles mais fechados, quase impermeáveis. Nas sociedades tradicionais prevalece a dimensão mais subjetiva e/ou simbólica de apropriação do espaço, já nas sociedades modernas a dimensão mais objetiva ou funcional de dominação do espaço prevalece. Vale ressaltar que nunca existiram espaços puramente simbólicos ou puramente funcionais (HAESBAERT & LIMONAD, 2007).

De acordo com Silveira (2009) o território usado é sinônimo de espaço banal, pois envolve todos os atores e todos os aspectos, é um híbrido de materialidade e de vida social, ele abriga ações passadas e presentes, num processo permanente e conflitante de produção de configurações territoriais e de vida social.

Oliveira & Furlan (2010) afirmam que existem distintas visões sobre o conceito de Território e que estas visões se relacionam com as concepções do processo saúde-doença-intervenção e com as forças político-ideológicas em disputa. Os processos de territorialização fizeram avançar o olhar para o Território como espaço geopolítico em permanente construção.

As diferentes concepções de território são expressas na prática de trabalho das ESF através: a) do modo de entender a área de trabalho; b) da forma de organização da ESF e; c) da maneira como são estabelecidos os vínculos com a população e o território. Dessa forma, existem várias maneiras com que as ESF mencionam os atributos do local: um território amorfo que contém uma população a ser atendida; um local com características próprias de difícil apreensão; ou um local com características inerentes ao lugar e em que estas influenciam no modo dessa população pensar e agir no território. Estas diferentes concepções podem influenciar consideravelmente na operacionalização do programa (PEREIRA & BARCELLOS, 2006).

Os conceitos de Território e de Vulnerabilidade estão intimamente ligados às relações de poder, às relações sociais e destas com a natureza. Seguindo esta lógica pode-se afirmar que promover a saúde no território significa entender e interferir nos determinantes sociais da saúde que levam determinadas comunidades a se tornarem mais ou menos vulneráveis ao produzirem e se defrontarem com determinadas situações de risco (PORTO & PIVETTA, 2009).

Haesbaert & Limonad (2007) afirmam que Território é mais amplo do que Lugar e Rede. Rede é a organização do Território e Lugar é uma das formas de manifestações do Território.

Segundo André (2009) Lugar é um território com vida, que tem ligação com a cultura e é identificado, já o Território pode conter um, vários ou nenhum Lugar, tem ligação com o poder e é delimitado.

O processo de territorialização é uma etapa fundamental de apropriação do território pelas equipes de saúde da família, onde são construídos mapas compostos pela sobreposição dos perfis: físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, de rede social, perfil das lideranças comunitárias, cultural e de lazer. A construção desses mapas traz consigo potencialidades, pois pode fomentar a aproximação entre a equipe e o território,

se utilizado de forma dinâmica, constantemente atualizada, norteadora geral das intervenções e da avaliação das ações de saúde (OLIVEIRA & FURLAN, 2010).

Ceccim (2005) afirma que o processo de territorialização não se restringe à dimensão técnico-científica do diagnóstico e do trabalho em saúde, mas se estende a construção de um campo de saberes e de práticas da saúde que envolve desterritorializar saberes e práticas hegemônicas, o que torna os Pólos de Educação Permanente em Saúde tão importantes neste processo.

A territorialização do sistema de saúde é o ponto de partida para a identificação dos problemas de saúde no território, que devem suplantar a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, através de notificações, a fim de abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes sociais da saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

Para Rovere apud Kastrup (2001) o território da saúde não é só físico ou geográfico, é o trabalho. É de inscrição de sentidos, no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Assim o processo de territorialização é o processo de "*habitar um território*" (Kastrup, 2001).

Desse modo, a materialização do trabalho no território pode contribuir para a aprendizagem, a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades e a fluência em ato das práticas. O autor insiste que para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível as suas problemáticas, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, identificando as modificações da paisagem e com isso estabelecer relações entre fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais, afetivos etc. (CECCIM, 2005).

Portanto, o território da saúde, encontra-se em disputa, em um processo de territorialização que pressupõe:

Construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, com um sistema e serviços capazes de acolhimento do outro, responsabilidade para com os efeitos das práticas adotadas, resolutividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e da população em matéria de saúde (CECCIM, 2005).

3.5 GESTÃO DO CUIDADO:

A Medicina “científica” define saúde como “ausência de doença” e segue o modelo cartesiano que considera o corpo como uma máquina, devendo ser consertada caso dê algum defeito, não considerando o corpo como um complexo vivo e singular. Porém, saúde deve ser pensada e praticada em sua integralidade, pois o paciente para recuperar a saúde precisa vivenciá-la como uma criação sua, para que a vitória sobre uma doença seja acompanhada efetivamente de uma recuperação da saúde, fazendo com que o paciente possa reencontrar sua capacidade vital e criativa em relação à sua vida. Sendo assim a saúde é algo vivenciado, não passível de redução formal e de normalizações. E será sempre relativa e singular. A Medicina não deve tratar as doenças, mas sim os doentes (MARTINS, 2004).

Minayo, Hartz & Buss(2000) afirmam que saúde não é mera ausência de doença e deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida.

Para os médicos o processo saúde-doença é definido através de fenômenos físicos e biológicos, já a cultura popular considera este processo como pluralista, ou seja, holístico, integrando explicações naturais, emocionais, sobrenaturais e ecológicas. Essas teorias se desenvolveram a partir de experiências de vida e se reorganizam constantemente com a prática (MINAYO, 1988).

Segundo Merhy (2007) para fazer a gestão do cuidado baseado no processo saúde-doença/clínica ampliada o profissional de saúde deverá ter a capacidade de dispor de uma “caixa de ferramentas tecnológicas de saúde”, que contenha ferramentas: duras, como os equipamentos, leve-duras, como a clínica e a epidemiologia, e as leves como os processos relacionais, e ter a competência de gerar e gerir um “projeto terapêutico”, que sirva de substrato para a produção de um cuidado centrado no usuário e comprometido com a defesa radical da vida, individual e coletiva, em saúde.

Um modelo de atenção usuário centrado possui as seguintes características:

- Relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o modo como ele constrói suas necessidades de saúde;
- Acolhimento e vínculo;
- Posicionamento ético usuário centrado;
- Articulação de saberes para compor o Projeto Terapêutico;

- Inclusão cidadã e ganhos de autonomia para o usuário e compromisso radical com a defesa da vida individual e coletiva;
- Decisões dentro de critérios de eficiência, eficácia e efetividade dos atos de saúde, procurando a produção do melhor cuidado em saúde, e assim resultar em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

Todo profissional de saúde, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado e como tal deve ser capacitado para atuar, pelo menos, com as tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos. Já como o responsável pelo Projeto Terapêutico será um operador do cuidado e ao mesmo tempo um gerente do processo de cuidar, administrando toda a rede necessária para a realização do mesmo (MERHY, 2007).

A gestão do cuidado baseada na clínica ampliada, requer uma atividade de co-gestão, buscando lidar com as diferenças inerentes do poder/saber com vistas a produzir um aumento de autonomia tanto do paciente na clínica, quanto do trabalhador, na gestão. Gestores e trabalhadores ao iniciarem um investimento na co-gestão e na clínica ampliada precisam reconhecer a relatividade dos protocolos e estudos e portanto que existe uma “faixa de incerteza” e riscos na prática clínica e gerencial (CUNHA & DANTAS, 2010).

Por gestão do trabalho no setor público de saúde, entende-se o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais do trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva e de qualidade e de uma ação voltada para o campo social (MENDONÇA et al., 2010).

A Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 (NOB 01/96) apresenta o seguinte conceito de gestão:

A atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996).

Para Figueiredo et al. (2010) gestão vai além da organização do processo de trabalho, pois deve levar em consideração os interesses, os desejos e as necessidades da população, além das políticas públicas.

Nessa perspectiva, a categoria Território tem grande relevância para a prática da gestão do cuidado, tendo em vista que o processo saúde-doença possui uma forte dependência social e territorial, pautado nos determinantes sociais das condições de saúde, porém não é a solução para todos os males da saúde pública. O Território deve ser considerado sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais, e sua gestão exige um trabalho interdisciplinar para garantir acesso a bens e serviços básicos, que proporcionem qualidade de vida a população (FARIA & BORTOLOZZI, 2009).

3.6 PLANEJAMENTO DE BASE TERRITORIAL:

A descentralização da saúde como princípio organizacional do SUS, deve ser entendida não somente como instrumento de racionalização administrativa, mas, sobretudo como um instrumento de democratização da gestão do Estado e de construção da cidadania. Aponta a necessidade do Modelo de Planejamento e Gestão, estar pautado em base territorial, realizado de forma ascendente, pactuada, participativa e com ênfase na regionalização.

A relevância da organização tecnológica do setor Saúde em base territorial está para além da simples articulação entre escalas geográficas – local, municipal, estadual, regional e nacional, permite a implementação de mecanismos e instrumentos de integração e regulação dos serviços de saúde de diferentes níveis hierárquicos e municipais, com vistas à aplicação dos preceitos do SUS de equidade e descentralização e de oportunidade e pertinência dos procedimentos de saúde.

O processo de planejamento remete a um conjunto de pressupostos teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança em uma situação atual em não conformidade. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões.

O planejamento é uma mediação entre o presente e o futuro. Todas as decisões tomadas no presente tem múltiplos efeitos sobre o futuro dado que dependem não só da avaliação de um ator social sobre fatos atuais, mas da decisão de outros atores

implicados e da evolução contínua de processos que não são controlados. Portanto, a depender dos critérios utilizados para tomada de decisão no presente, é possível estimar seus efeitos no futuro – maior ou menor eficácia, a partir de um cálculo de antecipação que contemple as decisões de todos os atores envolvidos na situação.

Campos (1989) situa o Planejamento como método alternativo para racionalizar e adequar estruturas e equipamentos, e apoiar a proposta de um novo modelo assistencial. Relaciona-o também a instituição de um modelo inovador de gestão. Essa visão associa-se a reflexão latino-americana que vê nessa prática uma ferramenta capaz de se antepor as leis do mercado como únicas ordenadoras dos sistemas médico-sanitários.

Desse modo, espera-se que o Planejamento seja incorporado ao pensar e fazer sanitário, nesse estudo a atenção básica e a estratégia saúde da família, de modo a ser praticado como instrumento capaz de promover mudanças, fazendo apelo a sua dimensão teleológica. Além dessas expectativas, espera-se que possa servir como instrumento para organizar uma gestão mais democrática e participativa.

Merhy (1995), buscando uma direção a ser seguida, apresenta uma tipologia que orienta como o Planejamento pode se configurar como dispositivo para a ação, de modo a auxiliar sua compreensão e incorporação no campo da saúde. Descreve três situações básicas:

- a) O planejamento como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, tendo em vista que nestas ocorrem processos de trabalho;
- b) O planejamento como prática social transformadora, tendo em vista a determinação de novas relações sociais;
- c) O planejamento como método de ação governamental, tendo em vista a produção de políticas (MERHY, 1995).

Esses tipos podem aportar diferentes interpretações que vão desde ao uso racional pragmático de meios para controlar e governar o processo de trabalho, até aquele que visa o contrário, (des)governar ou liberar o processo de trabalho em saúde, dado que o mesmo já se encontra bastante aprisionado. Pode ainda, ser interpretado como uma tecnologia de gestão, não como racionalidade única, mas como múltiplas intencionalidades voltadas a intervenção política.

Na perspectiva da mediação o planejamento permite articular a lógica dos fins com a operacionalidade necessária, e desse modo não mais como tecnologia, mas como forma de pensar (ideologia), baseada na interpretação histórica para agir e transformar: fazer a ponte entre uma racionalidade crítica, a serviço da liberação das pessoas, e a necessária cota de instrumentalidade operativa (ONOCKO, 1998). Exercitar o compromisso

teleológico do Planejamento enquanto atividade, respeitando, a compreensão da vida e a dinâmica dos lugares - os fluxos, os processos, as relações -, sempre provisórios e situacionais.

Por isso, o planejamento das ações em saúde de base territorial deve ser feito a partir do reconhecimento das necessidades da população adscrita, levando em consideração o território, com seus conflitos e relações de poder (MADEIRA, 2009).

Alvarenga & Martins (2010) afirmam que o diagnóstico situacional de saúde do território é uma ferramenta muito importante para o planejamento das ações de saúde e que a territorialização em saúde, e o planejamento participativo ascendente quando bem conduzidos representam uma estratégia que possibilita a mudança dos processos de trabalho.

Nessa perspectiva, a compreensão do conteúdo geográfico local cotidiano é muito importante na identificação de situações-problema e deve ser utilizado como base para o planejamento e a organização dos processos de trabalho em saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

4 METODOLOGIA:

4.1 TIPO DE ESTUDO:

Descritivo de abordagem qualiquantitativa, que é adequado para descrever e classificar características e singularidades do objeto pesquisado.

De acordo com Lefèvre & Lefèvre (2012) para pesquisar a opinião coletiva devemos avaliar a dimensão qualitativa, visto que a opinião deve ser considerada como uma qualidade, pois é algo que não conhecemos antes de fazer a pesquisa, assim deve ser qualificada, ou seja, descrita. E após esta avaliação devemos avaliar a dimensão quantitativa, por isto a abordagem desta pesquisa é qualiquantitativa, pois só podemos quantificar algo que já foi qualificado previamente.

4.2 DESENHO DO ESTUDO:

Optou-se por realizar um *estudo de caso*, dado que esse tipo de delineamento se adéqua a questões do tipo ‘como’ e ‘porque’, o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o objeto de estudo se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em contextos reais (YIN, 2005).

Segundo Yin (2005) o *estudo de caso* trata-se de um tipo de delineamento com forte cunho descritivo onde o investigador, em um primeiro momento, não pretende modificar a situação observada, mas compreendê-la tal como é. Para isso apoia-se em uma “descrição robusta” - factual, literal, sistemática e tanto quanto possível completa do seu objeto de estudo.

O objeto de pesquisa de um *estudo de caso* pode ter diferentes recortes, desde uma equipe de saúde até um conjunto de serviços dentro de um sistema de saúde (DESLANDES & GOMES, 2004).

Apesar desta característica descritiva, o *estudo de caso* possui um profundo alcance analítico, interrogando a situação, confrontando-a com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes. Assim, pode contribuir para gerar novas questões e novas teorias para futura investigação.

Por se tratar de uma investigação mais de caráter exploratório, na qual se pretende descobrir aspectos novos, subsumido em uma dada situação, é necessário ao pesquisador certo distanciamento para que os aspectos afetivos e o envolvimento

profissional não interfiram nos resultados e, ao mesmo tempo, lhe permita exercitar a capacidade de interrogar de modo muito livre o que está acontecendo.

O *estudo de caso* é uma investigação de natureza empírica. Baseia-se grande parte em trabalho de campo e/ou em análise documental, para investigar uma dada situação ou ente em seu contexto real, tirando todo o partido possível de fontes múltiplas de evidência como entrevistas, observações, documentos dentre outros (YIN, 2005).

Segundo André (2008) o conhecimento gerado pelo *estudo de caso* é mais concreto, mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência, o que o torna diferente do conhecimento oriundo de outras pesquisas.

4.3 AMOSTRA:

Para a investigação de campo optou-se por estudar uma Clínica da Família da Área Programática (AP) 3.2, situada na 13ª RA, no bairro do Engenho Novo, que possui o 45º IDH do Município do Rio de Janeiro, dentre os 126 IDHs deste município, onde se ouviu as falas de informantes-chaves selecionados (IPP/IUPERJ/IPEA; FJP-MG, 2000). Esta Clínica possui 04 equipes de saúde da família, sendo elas: Céu Azul, Dois de Maio, Polônia e Engenho.

Esta área abrange duas comunidades: Céu Azul e Dois de Maio. A estimativa de pessoas cadastradas dentro da área adscrita a unidade ESF em estudo é de 16.000 pessoas, mas no momento da pesquisa havia 15.030 pessoas cadastradas e 4972 famílias (CAP 3.2, 2012).

A distribuição espacial das equipes está indicada no mapa da Figura 2, onde se podem verificar em cores as diferentes áreas de abrangência de cada uma delas no território – cobertura populacional.

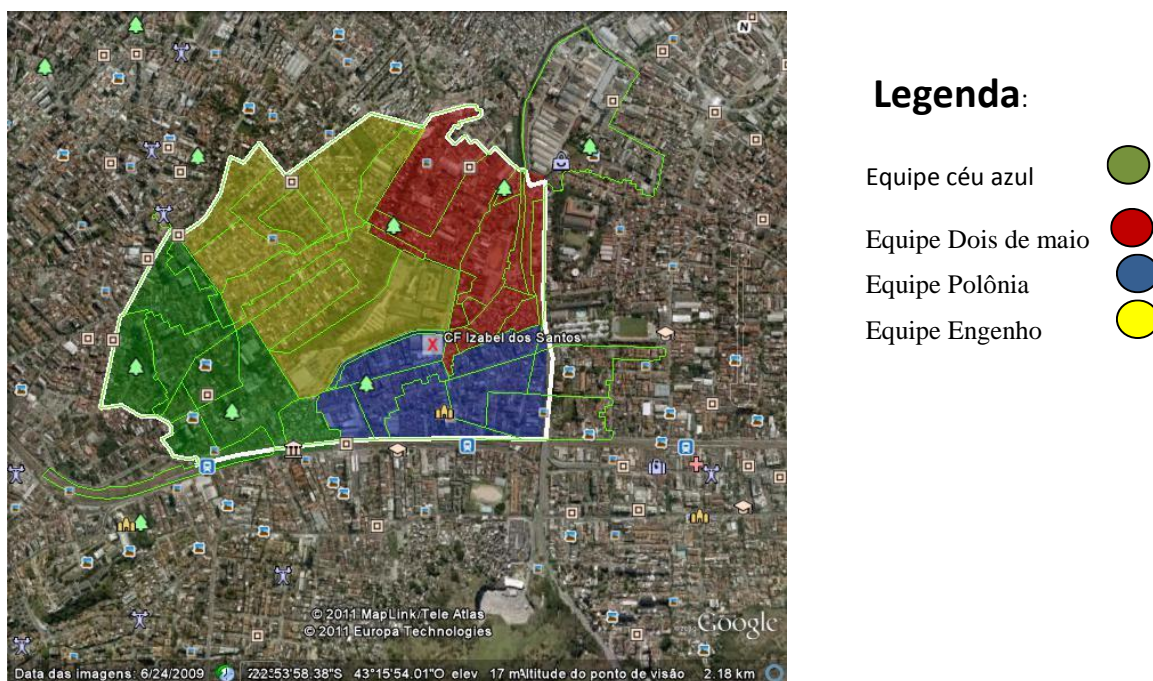


Figura 2 - Mapa de distribuição das áreas de população cobertas pelas Equipes da CFIS

Fonte: CAP 3.2, (2012).

O quadro 2 a seguir apresenta a distribuição do quantitativo de pessoas e famílias cadastradas por equipe, além das principais características do território e da sua população.

Quadro 2- Características gerais da população e o seu território

Aspectos	Engenho	Céu Azul	Polônia	Dois de Maio
Nº de pessoas cadastradas	3.684	3.643	3.611	4.092
Nº de famílias cadastradas	1.321	1.253	1.244	1.154
Coleta de lixo	100% da população	98% de cobertura, mas insatisfatória, 2% lixo à céu aberto	92% de cobertura, mas insatisfatória, 8% lixo à céu aberto e nos rios	98% de cobertura, mas insatisfatória, 2% lixo à céu aberto
Saneamento básico	100% da população	99,85% da população	99,84% da população	99,74% da população
Água tratada	100% da população	99,85% da população	97,78% da população	99,85% da população
Atividade econômica prevalente	Comércio	Comércio	Comércio e fábrica de reciclagem	Comércio e atividades autônomas
Meios de transporte mais utilizados	Automóvel e ônibus	Automóvel, ônibus e trem	Automóvel, ônibus e trem	Ônibus e trem
Meios de comunicação mais utilizados	Televisão, nternet, rádio, telefone, jornais e revistas;	Televisão, internet, rádio, telefone, jornais e revistas	Televisão, internet, rádio e telefone	Televisão, internet, rádio e telefone

Problemas de saúde prevalentes	Diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares	Diabetes e Hipertensão	Diabetes e Hipertensão	Gravidez na adolescência
Problemas sociais prevalentes	Falta de opções de lazer, distância da clínica e falta de cursos profissionalizantes	Uso de drogas, distância da clínica e violência	Falta de opções de lazer, coleta de lixo e higiene	Uso e tráfico de drogas, alcoolismo, lixo, presença de roedores, gravidez na adolescência e violência
Nível de escolaridade prevalente	Ensino médio	Ensino médio	Ensino médio	Ensino fundamental
Equipamentos sociais mais importantes	Igreja e Escola Municipal Medeiros e Albuquerque	Igreja, creche filantrópica e associação de moradores	Igreja e Escola Municipal Cesar Augusto Soares	Creche Municipal Tia Manã e associação de moradores

Fonte: CAP 3.2, (2012).

A seleção das equipes, baseou-se no diagnóstico contido no relatório de gestão da clínica da família (CAP 3.2, 2012): 01 equipe com território e condições de vida mais vulnerável, e outra equipe com território com melhores condições de vida e menor vulnerabilidade, a fim de se ter uma diversidade no estudo. Esses critérios definiram a equipe Dois de maio (vermelha) como território e condições de vida mais vulnerável, e equipe Engenho (amarela) com território e condições de vida menos vulnerável.

A composição da amostra para entrevista semi-estruturada foi: gerente da clínica da família, duas equipes completas de saúde da família, uma equipe de saúde bucal e usuários vinculados a elas.

A amostra dos profissionais das equipes da ESF e da ESB foi definida por conveniência, composta por todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde (ACS) e agentes de vigilância em saúde (AVS)), das equipes selecionadas, e a amostra da comunidade foi definida levando em consideração que a média de pessoas por prontuário familiar é de 2 a 3 pessoas e cada equipe possui 6 microáreas, sendo assim selecionando 2.5 pessoas por microárea, o que corresponde a quantidade de pessoas por um prontuário familiar, teremos 15 pessoas por equipe e uma amostra de 30 pessoas de 18 anos ou mais, sendo 15 pessoas da área da equipe Engenho e 15 pessoas da área da equipe Dois de Maio.

Inicialmente foi definido no projeto a realização de sorteio simples e agendamento de entrevista na unidade de saúde. No entanto verificou-se um grande absenteísmo dos

usuários as consultas agendadas. Este fato fez com que redefiníssemos a técnica de coleta de dados, optando-se por selecionar aleatoriamente os pacientes das equipes que fossem a clínica para consulta. Esse processo foi realizado nos meses de março e abril de 2013.

Os usuários foram selecionados na sala de espera da Clínica e convidados a participarem da pesquisa, respeitando a proporção de 2 a 3 usuários por microárea, a fim de haver uma representatividade de todas as microáreas. Foram incluídos na amostra da comunidade 02 representantes dos movimentos sociais do território de atuação de cada equipe da ESF.

O total da amostra prevista foi de 58 pessoas, 30 da comunidade, 4 lideranças e 24 profissionais de saúde, porém o estudo teve duas perdas na amostra e a amostra conseguida foi de 56 pessoas, 30 da comunidade, 3 lideranças e 23 profissionais. Estas duas perdas foram: uma perda na liderança da equipe Engenho que só construiu parceria com a Escola do território e não tem vínculo com nenhuma outra liderança e a outra perda foi de uma ACS da Equipe Dois de Maio que estava de licença maternidade na época da pesquisa. Esta perda não comprometeu o resultado da pesquisa, pois foi menor de 20% da amostra.

4.4 COLETA DE DADOS:

4.4.1 Revisão da Literatura:

Inicialmente foi feita uma revisão sobre alguns temas que circunscrevem o objeto de investigação: Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família; Processo de trabalho em saúde; Trabalho em equipe; Território e territorialização em saúde; Gestão do cuidado; Planejamento de base territorial.

4.4.2 Entrevista Semi-estruturada:

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, orientadas por um roteiro pré-estabelecido (Apêndice C) com perguntas abertas dirigidas à gerente, aos profissionais das equipes (02 ESF e 01 ESB) e a comunidade. Todas foram gravadas e transcritas, a fim de obter as informações para responder os objetivos da pesquisa.

As entrevistas com as equipes selecionadas foram realizadas na Clínica da Família selecionada por meio de agendamento, para não comprometer o processo de trabalho cotidiano junto aos usuários.

As entrevistas com a população foram feitas na Clínica da Família, após seleção e convite feitos na sala de espera. Somente uma entrevista foi feita durante uma visita domiciliar.

Os representantes dos movimentos sociais das duas comunidades foram entrevistados no dia da reunião do Conselho Gestor Local da Clínica.

As pessoas se sentiram à vontade nas entrevistas, que foram realizadas num ambiente com privacidade, respeitando os princípios éticos, houve maior dificuldade na coleta de dados (entrevistas) com os usuários da Equipe Dois de Maio, que foram mais resistentes a participarem da pesquisa recusando o convite, isto se deve a um reflexo das características do território, por ser uma área de comunidade, de menor nível sócio-cultural e também devido à violência, tendo em vista que esta área esteve muito tempo sob o domínio de facções criminosas e hoje está em fase de pacificação.

Respeitando os preceitos éticos foi feita uma codificação dos territórios e dos sujeitos da pesquisa (Quadro 3), a fim de garantir o sigilo da identidade dos atores envolvidos na pesquisa, que está descrita no quadro a seguir:

Quadro 3 – Codificação dos territórios e dos sujeitos da pesquisa

Códigos	Significados
A	Equipe de Saúde da Família Engenho
B	Equipe de Saúde da Família Dois de Maio
U	Usuário
L	Liderança
Ps	Profissional de saúde de nível superior
Pm	Profissional de saúde de nível médio
01, 02, ...15	Numeração dos sujeitos

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013a).

A partir desses códigos foram identificados os sujeitos da pesquisa da seguinte forma:

- Usuário da ESF Engenho – AU01 até AU15;
- Usuário da ESF Dois de Maio – BU01 até BU15;
- Liderança da ESF Engenho – AL01;

- Liderança da ESF Dois de Maio – BL01 e BL02;
- Profissional de saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB – APs01 até APs03 (médico, enfermeiro e dentista);
- Profissional de saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente– BPs01 até BPs03 (médico, enfermeiro e gerente);
- Profissional de saúde de nível médio da ESF Engenho e Auxiliar de Saúde Bucal – APm01 até APm09 (técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, ACSs e AVS);
- Profissional de saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e Técnico de Saúde Bucal – BPm01 até BPm08 (técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, ACSs e AVS).

4.5 SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS:

Os dados colhidos nas entrevistas (falas individuais) foram analisados e sistematizados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e utilização do programa *Qualiquantisoft*.

Para Lefèvre & Lefèvre (2005a), ‘discursos’ são manifestação linguísticas emitidas por um sujeito – individual ou coletivo, que expressa uma posição relacionada a um dado tema ou questão. São expressões que traduzem pensamentos, valores, crenças e representações que os atores sociais elaboram sobre fatos e eventos que permeiam sua vida cotidiana.

Os autores entendem que a fala coletiva do mesmo modo que a individual, também se constitui em um discurso. O percurso metodológico possibilitou essa tradução – parte do pensamento individual para o pensamento coletivo -, organizando e tabulando os dados qualitativos, tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos metodológicos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005b).

A técnica para reconhecer os diferentes discursos coletivos que se pretendeu resgatar na pesquisa, consistiu basicamente em analisar o material verbal coletado extraindo-se dele as Expressões Chave (ECH), que são fragmentos de discursos individuais, trechos ou transcrições literais desses discursos, potencialmente reveladoras da representação

social do fenômeno em estudo. A partir das ECH destaca-se as Ideias Centrais (IC) e/ou Ancoragens (AC), agrupando as ECH das IC ou AC semelhantes surgem as Categorias, que são construídas para cada pergunta analisada. E para cada Categoria compõe-se um Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste num discurso-síntese na primeira pessoa do singular.

O programa *Qualiquantisoft* foi utilizado para processar os discursos obtidos como respostas às perguntas da entrevista semi-estruturada. Este processamento foi feito seguindo os seguintes passos:

1. Utilização do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) (Anexo A):

Para acessar este instrumento é preciso estar na página inicial do programa, clicar no ícone Análises e em seguida no ícone IAD1.

A partir deste instrumento são realizadas as seguintes fases do processamento:

- Cadastro: da pesquisa, das perguntas, dos entrevistados e das respostas de toda a pesquisa;
- Análise dos dados: extração das ECH, definição das IC e/ou AC;
- Categorização: definição de categorias das IC para as ECH semelhantes e a das AC para as ECH semelhantes das respostas para cada pergunta analisada.

2. Utilização do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2) (Anexo B):

Este instrumento também é acessado na página inicial do programa clicando no ícone Análise, só que em seguida deve-se clicar no ícone IAD2.

O IAD2 permite a construção do DSC, elaborado por categoria, a partir das ECH de todas as respostas enquadradas na categoria escolhida das IC e das AC.

O *Qualiquantisoft* também faz uma análise quantitativa sob a forma de gráficos de barra para cada categoria construída, que foi utilizada neste estudo.

4.5.1 Figuras Metodológicas do DSC:

Lefèvre & Lefèvre (2012) afirmam que o DSC é uma técnica de análise empírica baseada na aplicação de quatro figuras ou operadores metodológicos: Expressões Chave (ECH), Ideias Centrais (IC), Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.5.1.1 Expressões-chave (ECH):

São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento.

Os autores afirmam que as ECH são fundamentais para a construção do DSC, por isso devem ser adequadamente coletadas encontrando-se o meio termo entre: o selecionar quase tudo e o quase nada dos discursos. Selecionar as ECH significa depurar o discurso de tudo o que é irrelevante, buscando ficar com a essência do pensamento, de forma literal (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

As ECH devem ser concretas, expressivas, descritivas, abundantes, afetivas e literárias (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

4.5.1.2 Ideias centrais (IC):

A IC “é um nome ou uma expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido presente nas ECH selecionadas de cada uma das respostas” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012), ou seja é uma descrição do sentido do discurso feita pelo pesquisador, de forma resumida, como se fosse uma etiqueta curta para organizar as ideias.

Nas respostas de cada indivíduo pesquisado é possível encontrar uma ou mais de uma IC e às vezes uma IC é apresentada por apenas um sujeito da pesquisa. Ao contrário da ECH a IC é abstrata, conceitual, sintética, fria e curta (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

A IC também pode ser chamada de Categoria quando ela descreve sinteticamente o sentido presente em cada conjunto homogêneo de ECH de respostas de indivíduos diferentes. A partir destas Categorias é que serão construídos os Discursos do Sujeito Coletivo.

4.5.1.3 Ancoragem (AC):

É uma manifestação linguística explícita inspirada na Teoria das Representações Sociais de Moscovici, que revela uma teoria, ideologia ou crença que alicerça as concepções do autor do discurso.

A AC é uma afirmação genérica do enunciador do discurso para enquadrar uma situação específica, através da utilização de marcadores linguísticos de generalidade. É importante ressaltar que nem todos os discursos possuem ancoragens.

4.5.1.4 Discurso do sujeito coletivo (DSC):

DSC é o discurso-síntese redigido na 1ª pessoa do singular a partir de trechos de discursos individuais, as ECH, de respostas que tem IC ou AC semelhantes, ou seja de ECH de cada Categoria construída (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

Para elaborar o DSC parte-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a uma análise inicial que os decompõe, surgindo as ECH e extraíndo as IC e as AC, o que culmina em uma síntese que reconstitui discursivamente a representação social de cada Categoria com muita naturalidade, espontaneidade e veracidade do pensamento coletivo.

Um DSC deve dar a nítida impressão de uma só pessoa falando. Por isso devem ser utilizados conectivos, pontuações e supressão de termos e expressões substituindo-as por sinônimos ou equivalentes, a fim de que seja produzido um idioma ideológico, uma “fala do social”. E em média um DSC deve ter algo em torno de meia página, apresentando com frequência o tamanho de um parágrafo e devem ser grafados em itálico (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

4.5.2 Representações Sociais:

De acordo com Lefèvre & Lefèvre (2012) toda sociedade é constituída por um código ideológico que pode ser configurado como um sistema de crenças ou Representações Sociais (RS) compartilhadas que possibilita a coesão entre seus membros, permitindo a comunicação e a troca de sentidos, porém nem todos os membros de uma formação

social compartilham das mesmas ideias, contudo possuem em comum um determinado nível de compartilhamento que permite a troca de ideias divergentes. Sem esse compartilhamento de ideias a vida humana e as sociedades não poderiam existir.

O homem é um atribuidor de sentidos, visto que ele tem esse sistema compartilhado de ideias e a RS é um recurso para atribuir esse sentido.

As RS são influenciadas por condições relativas a seu contexto histórico e de infraestrutura, sendo definidas por Lefèvre & Lefèvre (2012) como:

Reelaborações, metabolizações de conhecimentos e informações geradas em um certo número de espaços sociais onde, modernamente, tais conhecimentos são produzidos e/ou difundidos: meios de comunicação de massa, internet, escola/academia, centros culturais, museus, centros religiosos, locais de trabalho, núcleo familiar.

A técnica de análise do DSC é baseada na Teoria das Representações Sociais e procura resgatar a fala do social, investigando o que um grupo de pessoas pensa sobre um determinado tema. Podemos dizer que o DSC é uma técnica de obtenção das RS, ele é construído através da soma qualitativa de discursos semelhantes e complementares, é redigido na primeira pessoa do singular, com o objetivo de estar mais próximo do pensamento coletivo, obtido através do compartilhamento de opiniões individuais. “Dessa forma, a opção do DSC pela *primeira pessoa coletiva do singular* para expressar o pensamento coletivo sinaliza explicitamente a vinculação dessa proposta metodológica com a teoria da RS” (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012), pois o DSC busca estender a fala para a dimensão subjetiva das representações sociais.

Tomando a representação social como expressão de um determinado grupo que compartilha um sistema de crenças e *habitus* (BOURDIEU, 1974), pode-se afirmar que o território também pode ser construído ou delimitado a partir das representações que os atores sociais fazem a seu respeito.

Goffman (1985) ao refletir sobre este tema nos ajuda a interpretar as falas, práticas e ações construídas acerca das impressões da realidade que nos é dada, entendida como atividade que exerce uma influência constante sobre um grupo particular de observadores. De forma análoga as representações sociais também nos permitem compreender como a realidade social é construída e pensada nos diferentes lugares (CHARTIER, 1990).

Assim, o uso da técnica do DSC nos ajuda neste estudo a compreender como os sujeitos sociais demarcam o território de forma objetiva e subjetiva e principalmente como cada um deles se apropriam para realizar suas práticas cotidianas. Desse modo determinam e são determinados por um conjunto de características que possibilitam a construção de uma identidade social – individual e coletiva.

6.5.3 Atributos Quantitativos do DSC:

A dimensão quantitativa do DSC é fundamental, pois além de conhecer *o que e como* pensa uma população pesquisada, é importante saber se uma determinada ideia está mais ou menos compartilhada por aquele grupo, sendo assim o DSC possui os seguintes atributos quantitativos: a intensidade, a amplitude e a diversidade.

A intensidade ou força diz respeito ao grau de compartilhamento de uma ideia num dado grupo estudado. Lefèvre & Lefèvre (2012) afirmam que a intensidade refere-se “ao número ou percentual de indivíduos que contribuíram com suas expressões-chave relativas às ideias centrais ou ancoragens semelhantes ou complementares, para a confecção de um dado discurso do sujeito coletivo.”

Já a amplitude tem a ver com o grau de espalhamento de dispersão de uma ideia no campo pesquisado e permite também a análise intra-grupos.

A noção de campo associada a esses dois atributos permite fazer análises de combinações e do ponto de vista quantitativo pode apresentar quatro distintas situações:

- Baixa força e alta amplitude – a Representação Social encontra-se espalhada por todo campo, mas com baixa frequência;
- Grande força e baixa amplitude – a Representação Social encontra-se concentrada a certos segmentos do campo;
- Grande força e alta amplitude – a Representação Social encontra-se fortemente compartilhada por todo o campo pesquisado;
- Baixa força e baixa amplitude – a Representação Social encontra-se isolada, pertencendo a segmentos restritos e aparecendo fracamente compartilhada (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2012).

O terceiro atributo quantitativo do DSC é a diversidade que consiste à ampla gama de experiências ou situações de vida, que dão corpo, substância e clareza ao pensamento coletivo. Variando os atores numa categoria pegamos a diversidade e aumentamos a chance ou a probabilidade de termos experiências diversificadas na pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo CEP da ENSP/FIOCRUZ por meio do Parecer nº 164.945 em 07 de dezembro de 2012, tendo cumprido todas as exigências estabelecidas pela *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde, e também foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CEP/SMSDC-RJ) por meio do Parecer nº 27A/2013 em 08 de março de 2013, referente ao Protocolo de Pesquisa nº 17/13.

As entrevistas foram feitas em local privado, respeitando os preceitos éticos e os entrevistados receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndices A e B), na íntegra, assinado por ele, pelo pesquisador e pelo orientador da pesquisa.

6 RESULTADOS:

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA:

A amostra trabalhada no estudo foi de 56 pessoas, n=56, onde 30 são da comunidade, 3 são lideranças e 23 são profissionais de saúde, todos foram entrevistados pela pesquisadora seguindo um roteiro pré-estabelecido dividido em quatro blocos (Apêndice C).

O primeiro bloco refere-se as informações pessoais e possibilitou fazermos uma caracterização dos sujeitos da pesquisa, que é muito importante para termos uma noção sinóptica daqueles que proferem o discurso.

Tabela 1 - Distribuição da Amostra por Sexo

Sexo	Nº de pessoas	% da amostra
Feminino	46	82%
Masculino	10	18%

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013b).

Houve uma predominância do sexo feminino, compreendendo 82% da amostra (Tabela 1), o que confirma a tendência de feminilização do trabalho em saúde, principalmente quando relacionado às práticas coletivas de promoção e proteção da saúde, que fazem parte do processo de trabalho da ESF (REIS; GONDIM; LIMA, 2005).

Quanto a faixa etária dos entrevistados (Figura 3), constata-se que a amostra possui pessoas de 18 à 81 anos de idade, com uma predominância de pessoas jovens, sendo 50% da amostra de indivíduos entre 18 e 39 anos e 32% de toda a amostra encontra-se na faixa etária de 18 à 29 anos. Outro aspecto relevante quanto à faixa etária é que 25% da amostra são usuários entre 60 e 81 anos, ou seja, uma população mais envelhecida, o que é um reflexo do aumento da expectativa de vida no Brasil, mesmo num território com vulnerabilidades e dificuldades sócio-econômicas. Isto é um fato muito importante e deve ser considerado no planejamento do processo de trabalho dessas equipes de ESF.

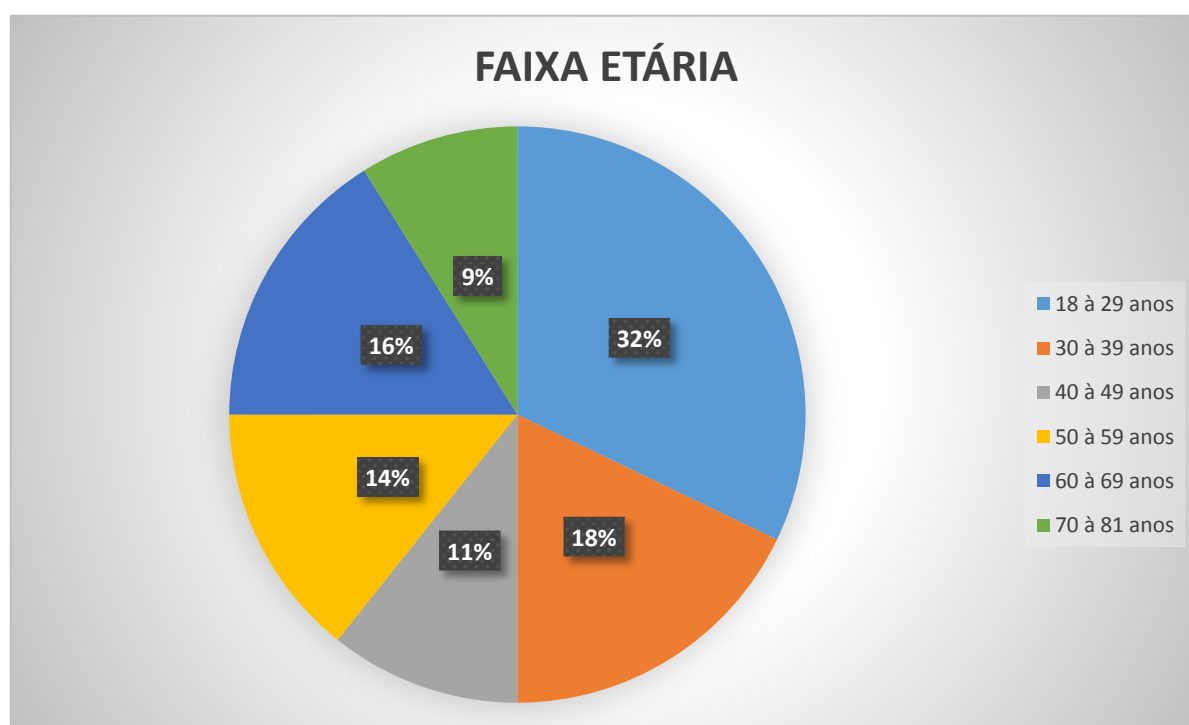


Figura 3 - Distribuição da Amostra por Faixa Etária

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013c).

Tabela 2 - Distribuição da Amostra por Escolaridade

Escolaridade	Nº de pessoas	% da amostra
Ensino Superior com Pós-graduação	09	16%
Ensino Superior Completo	01	2%
Ensino Superior Incompleto	09	16%
Ensino Médio Completo	15	27%
Ensino Médio Incompleto	02	4%
Ensino Fundamental Completo	08	14%
Ensino Fundamental Incompleto	12	21%

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013d).

A Escolaridade (Tabela 2) é um aspecto importante de ser analisado para definirmos o perfil do grupo estudado. Observou-se que 27% da amostra apresentava Ensino Médio Completo, isso se deve a própria composição da equipe da ESF, que é composta por dois profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio e da ESB, que é composta por um profissional de nível superior e três profissionais de nível médio, e a predominância deste nível de Escolaridade no território da equipe Engenho. O segundo nível de Escolaridade mais prevalente na amostra foi o Ensino Fundamental

Incompleto, que correspondeu a 21% da amostra, isso é um reflexo das características do território da Equipe Dois de Maio, por ser uma área de comunidade, de menor nível sócio-cultural e também devido à violência, tendo em vista que esta área esteve muito tempo sob o domínio de facções criminosas e hoje está em fase de pacificação.

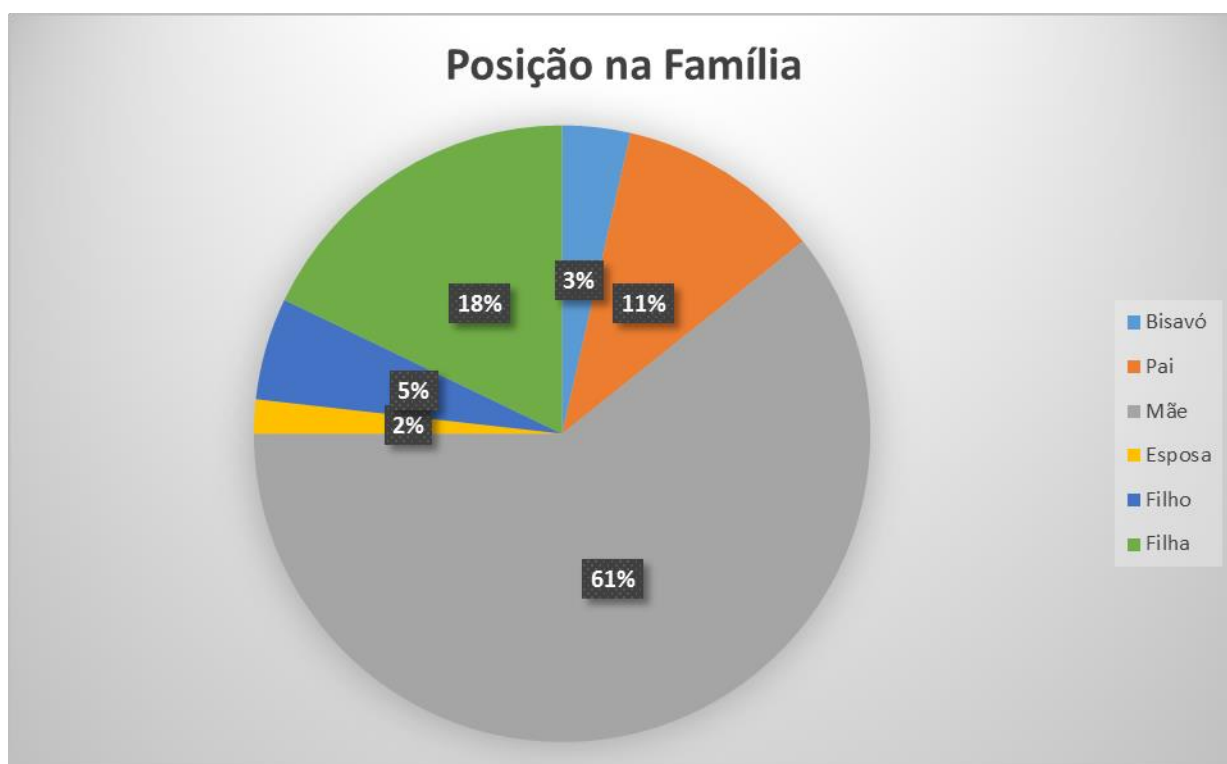


Figura 4 - Distribuição da Amostra por Posição na Família

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013e).

A categorização quanto a posição na família seguiu os seguintes critérios: núcleo familiar e laços sanguíneos. A grande maioria da amostra (61%) é Mãe, apesar de ser uma amostra de pessoas jovens, o que reflete uma característica do território da Equipe Dois de Maio, que é a gravidez na adolescência (Figura 4).

Tabela 3- Distribuição da Amostra por Profissão

Profissão	Nº de pessoas	% da amostra
Diarista	01	2%
Médica	02	4%
Costureira	01	2%
Enfermeiro	02	4%
Agente Comunitário de Saúde	11	20%
Técnico de Saúde Bucal	01	2%

Dentista	01	2%
Reciclagem	01	2%
Enfermeiro Gerente Administrativo	01	2%
Auxiliar de Saúde Bucal	01	2%
Técnico de Enfermagem	03	5%
Agente de Vigilância em Saúde	02	4%
Subgerente	01	2%
Pedagoga	01	2%
Artesã	01	2%
Presidente de Associação de Moradores	01	2%
Auxiliar de Serviços Gerais	01	2%
Administradora Escolar	01	2%
Atendente Comercial	01	2%
Caixa	01	2%
Aposentado	03	5%
Pedreiro	01	2%
Dona de casa	17	30%

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013f).

Quanto a Profissão observa-se que 30% da amostra é Dona de casa, o que reforça a predominância feminina na amostra, e 20% da amostra é de ACS, um reflexo da composição das equipes de ESF, que possuem seis profissionais desta categoria em sua composição (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição da Amostra por Local de Trabalho

Local de Trabalho	Nº de pessoas	% da amostra
CF Izabel dos Santos	23	41%
E.M. Medeiros e Albuquerque	01	2%
Associação de Moradores Dois de Maio	01	2%
Creche Municipal Tia Manã	01	2%
Casa de família	01	2%
Em casa	19	34%
Obra	01	2%
Light	02	3%
Ferro Velho	01	2%
Autônomo INSS	02	3%
Loja de Games	01	2%
Cervejaria-Bar	01	2%
Hospital Balbino	01	2%
Condomínio	01	2%

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013g).

O último item abordado no bloco das informações pessoais do roteiro da entrevista é o local de trabalho (Tabela 4). Analisando as respostas desse item observa-se que 41% da

amostra trabalha na CFIS, ou seja são profissionais de saúde, e 34% trabalham em casa, que são as donas de casa. Os demais entrevistados trabalham em locais diversos.

6.2 CONSTRUÇÃO DO DSC:

A construção do DSC se deu a partir das seis perguntas do roteiro da entrevista semi-estruturada, que respondem ao objeto deste estudo. Após a transcrição da gravação das entrevistas construí um quadro de sistematização com os discursos e sua expressão-chave (Apêndice D), em seguida iniciei o uso do programa *Qualiquantisoft* cadastrando a pesquisa, os entrevistados, as perguntas e os discursos.

Num segundo momento comecei a fase de análise no programa colocando as ECH, que já havia feito no quadro de sistematização, e extraindo a IC e as AC. A fase seguinte foi a de Categorização, onde foram construídas categorias agrupando as ECH das IC ou AC semelhantes de cada pergunta respondida. E a última fase foi a construção do DSC para cada Categoria.

A partir da primeira pergunta do roteiro - O que entende por território? - foram elaboradas quatro categorias, a saber:

- Dimensão Cultural – foram as respostas que relacionaram a concepção de território à sua dimensão cultural;
- Dimensão Jurídico-política – foram as respostas que relacionaram a concepção de território à sua dimensão jurídico-política;
- Múltiplas dimensões – foram as respostas que relacionaram a concepção de território às suas múltiplas dimensões;
- Não sabe definir – foram as pessoas que não definiram o que é território.

Tabela 5 - Distribuição das Categorias da primeira pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Dimensão Cultural	28	50,0%
B	Dimensão Jurídico-política	21	37,5%
C	Múltiplas dimensões	2	3,6%
D	Não sabe definir	5	8,9%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Analisando a tabela acima podemos afirmar 50% da amostra relacionam a concepção de território à sua dimensão cultural, ou seja, ao “produto fundamentalmente da apropriação do espaço feita através do imaginário e/ou da identidade social” (HAESBAERT & LIMONAD, 2007), 37,5% da amostra relacionam a concepção de território à dimensão jurídico-política seguindo o estudo dos mesmos autores que definem território para esta categoria como “um espaço delimitado e controlado sobre/por meio do qual se exerce um determinado poder, especialmente o de caráter estatal” , 8,9% da amostra não souberam responder a pergunta e somente 3,6% da amostra relacionam a concepção de território às suas múltiplas dimensões (Tabela 5, Figura 5 e Quadro 4).

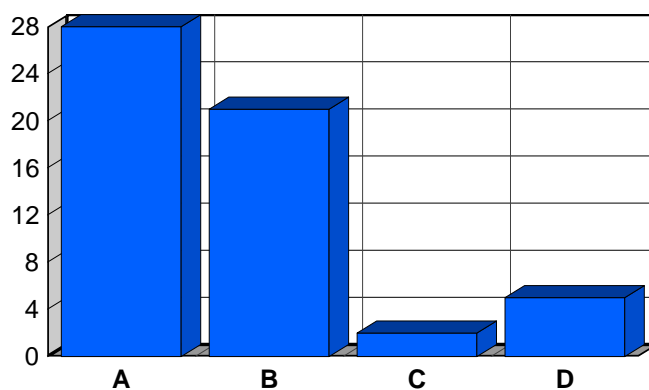


Figura 5 - Distribuição das Categorias da primeira pergunta do roteiro

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quadro 4 – DSC das categorias da primeira pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Dimensão Cultural	<i>Território é um bairro, um centro, um lugar delimitado, um certo espaço que pertence a uma tribo. É o local onde eu vivo, convivo e trabalho. É uma coisa que pertence a nós, está relacionado com o poder, tipo facções divididas, são regiões que tem cada uma o seu comando. É uma área de abrangência que tem pessoas, parcerias, escolas, igrejas, apartamentos, casas e lojas. É tudo que abrange a área, tanto a parte geográfica quanto a população, os problemas que tem naquela localidade e as coisas boas também. É alguma coisa que se modifica o tempo todo, é uma coisa dinâmica, que a gente tem que ficar trabalhando de acordo as mudanças que ocorrem.</i>
Dimensão Jurídico-política	<i>Território é um espaço determinado, delimitado de uma região, uma partezinha do Brasil. Seria todo o solo Brasileiro. O Brasil, o Rio de Janeiro e São Paulo são territórios. É a área de abrangência da Clínica, a gente tem um território de uma área de 4.000 habitantes, aí desses 4.000 habitantes do território a gente divide em microáreas, onde a gente atua levando saúde.</i>
Múltiplas dimensões	<i>Território é uma abrangência de um lugar, é uma área definida que abrange os pacientes e um certo número de ruas. O número máximo é de 4.000 habitantes por equipe. Quando você tem uma abrangência de uma outra forma ou geográfica ou cultural, ou de diversos aspectos sociais, econômicos, políticos, aí você tem outro território.</i>
Não sabe definir	<i>Não sei definir, nunca ouvi falar e nem imagino o que é.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

A partir da segunda pergunta do roteiro - O que existe no território que pode fortalecer a comunidade? - foram elaboradas seis categorias, a saber:

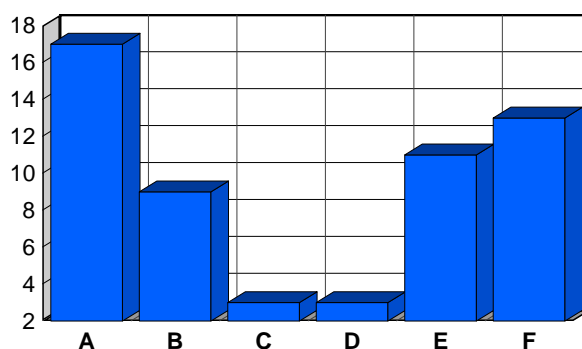
- Dispositivos Sociais – foram as respostas que identificaram os dispositivos sociais do território como ferramentas para fortalecer a comunidade;
- Unidade(s) de Saúde – foram as respostas que identificaram apenas a(s) unidade(s) de saúde como elemento de apoio para a comunidade;
- Não respondeu à pergunta – foram os sujeitos que não responderam esta pergunta;
- Dispositivos Políticos – foram as respostas que identificaram os dispositivos políticos do território como ferramentas para fortalecer o território;
- Nenhum dispositivo efetivamente – foram as respostas que afirmaram não existir nenhum dispositivo efetivamente;
- Vários dispositivos – foram as respostas que identificaram vários dispositivos do território como ferramentas de apoio para fortalecer a comunidade.

Tabela 6 - Distribuição das Categorias da segunda pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Dispositivos Sociais	17	30,3%
B	Unidade (s) de Saúde	9	16,1%
C	Não respondeu à pergunta	3	5,4%
D	Dispositivos Políticos	3	5,4%
E	Nenhum dispositivo efetivamente	11	19,6%
F	Vários dispositivos	13	23,2%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quanto a avaliação do fortalecimento da comunidade a partir de dispositivos operativos do território, 30,3% da amostra identificaram os dispositivos sociais como ferramentas para este fortalecimento; 23,2% da amostra identificaram que existem vários dispositivos no território que podem fortalecer a comunidade; em contrapartida 19,6% afirmam que não há nenhum dispositivo do território que fortaleça a comunidade efetivamente; 16,1% da amostra identificam apenas as unidades de saúde como dispositivos de apoio para a comunidade; 5,4% identificam os dispositivos políticos como fortalecedores da comunidade e 5,4% da amostra não responderam esta pergunta (Tabela 6, Figura 6 e Quadro 5).

**Figura 6 - Distribuição das Categorias da segunda pergunta do roteiro**

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quadro 5 – DSC das categorias da segunda pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Dispositivos Sociais	<i>Tem Igrejas, Centros, a Escola, a Creche, a FAETEC, a Academia para idosos e a Associação de Moradores. A Escola tem uma participação mais efetiva. A Igreja ajuda com a Campanha do quilo, que dá para as pessoas que precisam e com a palavra de Deus, pois sempre fala que a gente tem que amar o próximo como a nós mesmos e muitas coisas boas. Tem muita amizade, as pessoas são muito unidas e se ajudam mutuamente.</i>
Unidade (s) de Saúde	<i>A Clínica da Família, a UPA e o Hospital Salgado Filho.</i>
Não respondeu à pergunta	<i>Eu não conheço toda a minha área ainda e no momento eu não sei se existe.</i>
Dispositivos Políticos	<i>A UPP, a Comlurb, mais acesso à saúde e melhora na segurança.</i>
Nenhum dispositivo efetivamente	<i>Não tem nada, nenhum equipamento. É uma região esquecida e isolada.</i>
Vários dispositivos	<i>Tem o Hospital Salgado Filho, a Clínica da Família, a UPA, a Polícia Militar e atividades nas praças para idosos. A Clínica da Família para trazer saúde e a Polícia Militar que está tentando levar a lei. Também tem a Prefeitura que nos atende, tem um projeto de educação para adolescentes através da FAETEC e tem a Associação de moradores, que é uma centralização de comunicação, palestras e conversas. O papel da Associação é uma questão social. A Clínica faz parcerias com vários equipamentos: a Associação de moradores, as Igrejas, as Escolas, a FAETEC, uma ONG, a Universidade Celso Lisboa, a UPP Social e a UPA, que estão trabalhando com estratégias e projetos em prol da melhoria da qualidade de vida da população.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

Nas respostas da segunda pergunta do roteiro foi encontrada uma ancoragem em um único discurso, categorizada como:

- Conceitos religiosos – foi a resposta que relacionou a crença religiosa ao fortalecimento da comunidade (Quadro 6).

Quadro 6 – DSC da Ancoragem da segunda pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Conceitos religiosos	<i>A Igreja, a palavra de Deus, pois sempre fala que a gente tem que amar o próximo como a nós mesmos e muitas coisas boas, que a gente não pode menosprezar o nosso vizinho, temos que trazer a paz (AU01).</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

A partir da terceira pergunta do roteiro - Como é percebido o trabalho da ESF pela população do território? - foram elaboradas quatro categorias, a saber:

- Valorização do trabalho da ESF – foram as respostas de sujeitos que valorizam o trabalho da ESF;
- Dificuldades no entendimento e na aceitação do trabalho da ESF – foram as respostas de sujeitos que tem dificuldade de entender e aceitar o trabalho da ESF;
- Falta de médicos e valorização da atenção à saúde médico-centrada – foram as respostas de sujeitos que valorizam à atenção à saúde médico-centrada e evidenciam a falta de médicos na ESF;
- Elogios e Críticas – foram as respostas de sujeitos que identificam duas situações diversas em relação ao trabalho da ESF.

Tabela 7 - Distribuição das Categorias da terceira pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Valorização do trabalho da ESF	30	53,6%
B	Dificuldades no entendimento e na aceitação do trabalho da ESF	9	16,1%
C	Falta de médicos e valorização da atenção à saúde médico-centrada	11	19,7%
D	Elogios e Críticas	6	10,7%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quanto a percepção que a comunidade tem do trabalho da ESF, obtivemos os seguintes resultados: 53,6% da amostra valoriza e reconhece o trabalho desenvolvido; 19,7% da amostra valorizam a atenção centralizada na figura do profissional médico e por este motivo evidencia a falta deste profissional na equipe de ESF; 16,1% da amostra ainda tem dificuldades de entender e aceitar o modelo ESF e 10,7% da amostra evidenciam que existem pessoas que elogiam o trabalho e pessoas que criticam (Tabela 7, Figura 7 e Quadro 7).

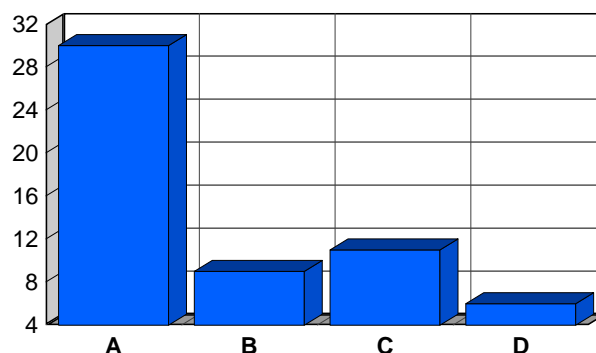


Figura 7 - Distribuição das Categorias da terceira pergunta do roteiro

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quadro 7 – DSC das Categorias da terceira pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Valorização da trabalho da ESF	<i>Maravilhoso. Uma clínica particular, ou até melhor. É um benefício para gente, a gente sempre escutou falar bem, até agora foi tudo ótimo. Eu acho que a saúde ficou melhor com a Clínica da Família. Agora as consultas e os remédios chegam em casa. A Agente Comunitária vai no território e se esforça. A Clínica é boa, tem atividades, artesanato, caminhada. As pessoas estão gostando, porque está funcionando e melhorando. Os usuários com plano de saúde, não queriam fazer o cadastro. Agora muita gente está aderindo porque perderam o plano de saúde. A classe média tem migrado para a Saúde da Família e está tendo uma ótima aceitação. As visitas são periódicas e hoje as pessoas estão mais conscientes, porque estão tendo acompanhamento e também porque o objetivo da Clínica é a prevenção, a promoção da saúde e trabalhar com a família em toda a sua integralidade.</i>
Dificuldades no entendimento e na aceitação do trabalho da ESF	<i>Eu estou sentindo uma dificuldade muito grande em relação à Clínica da Família, eu acho o Posto de Saúde melhor, porque na hora que eu chegava eu era atendida, aqui eu só consegui marcar uma consulta para 3 meses depois. Eu percebo uma certa dificuldade no Sistema de Encaminhamento para as especialidades, porque demora muito para marcar, ele precisa ser melhorado.</i>
Falta de médicos e valorização da atenção à saúde médico-centrada	<i>A população está gostando mais ou menos, porque a gente precisa de um acompanhamento de saúde e não tem. Os remédios eu pego. No mês passado eu fiz uma consulta com a Enfermeira, mas eu preciso de um atendimento melhor, uma consulta médica. Eu sou muito bem atendida, o único problema é que sempre está faltando médico na equipe.</i>
Elogios e Críticas	<i>Setenta por cento aceita, são os que sabem como funciona, os que não aceitam, acham que Clínica da Família é emergência. Clínica da Família trabalha com prevenção e controle das doenças. Muita gente gosta, mas a maioria reclama, porque nunca tem médico, principalmente a Dois de Maio que não para médico. Eu gosto porque não precisa levantar de madrugada para marcar.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

Nas respostas da terceira pergunta do roteiro foi encontrada uma ancoragem em um único discurso, categorizada como:

- Centralização da atenção à saúde no profissional médico – foi a resposta de um sujeito da pesquisa que acredita que somente o profissional médico oferece um atendimento de qualidade (Quadro 8).

Quadro 8 – DSC da Ancoragem da terceira pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Centralização da atenção à saúde no profissional médico	<i>Eu preciso de um atendimento melhor, uma consulta médica.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

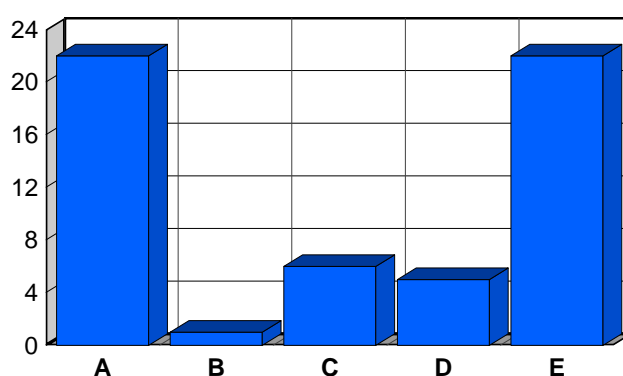
A partir da quarta pergunta do roteiro - Qual a contribuição de cada profissional da equipe para o trabalho territorializado? - foram elaboradas cinco categorias, a saber:

- Identificação apenas do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – foram as respostas que identificaram apenas o trabalho territorializado do ACS;
- Não respondeu à pergunta – foi um entrevistado que não respondeu esta pergunta;
- Identificação do trabalho do ACS e do Enfermeiro – foram as respostas que identificaram o trabalho territorializado do ACS e do Enfermeiro;
- Identificação do trabalho da equipe de ESF e da ESB – foram as respostas que identificaram o trabalho territorializado das equipes de ESF e de Saúde Bucal em conjunto;
- Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB - foram as respostas que identificaram o trabalho territorializado da equipe de ESF ou da ESB separadamente.

Tabela 8 - Distribuição das Categorias da quarta pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Identificação apenas do trabalho do ACS	22	39,3%
B	Não respondeu à pergunta	1	1,8%
C	Identificação do trabalho do ACS e do Enfermeiro	6	10,7%
D	Identificação do trabalho da equipe de ESF e da ESB	5	8,9%
E	Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB	22	39,3%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

**Figura 8 - Distribuição das Categorias da quarta pergunta do roteiro**

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quanto a contribuição de cada profissional no trabalho territorializado, observamos na maior parte da amostra uma divisão de opiniões, pois 39,3% identificam apenas o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e 39,3%, ou seja, o mesmo percentual, identificam o trabalho da equipe de ESF ou da ESB separadamente. A identificação do trabalho das equipes de ESF e de saúde bucal em conjunto só foi observada em 8,9%, o que seria o ideal em se tratando do modelo ESF, onde o trabalho em equipe de forma integrada consiste num dos seus principais pilares (ARAÚJO & ROCHA, 2007). 10,7% identificam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Enfermeiro e 1,8% da amostra não respondeu esta pergunta (Tabela 8, Figura 8 e Quadro 9).

Quadro 9 – DSC das Categorias da quarta pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Identificação apenas do trabalho do ACS	<i>Eu só vejo a Agente Comunitária no território, ela foi lá em casa cadastrar, marcou as consultas e levou um resultado de exame, nenhum outro profissional já me visitou, mas eu acho que todos devem participar das visitas, para ver como a gente está.</i>
Não respondeu à pergunta	<i>Não respondeu.</i>
Identificação do trabalho do ACS e do Enfermeiro	<i>As visitas acontecem. Minha Agente vai sempre lá em casa e o Enfermeiro também já foi na minha casa.</i>
Identificação do trabalho da equipe de ESF e da ESB	<i>A equipe toda trabalha no território: médico, enfermeiro, técnico, agentes e saúde bucal, logo toda a equipe faz o trabalho do médico ao administrativo.</i>
Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB	<i>Toda a Equipe de Saúde da Família trabalha no território, cada um na sua função, um ajudando o outro, desde os Agentes Comunitários, que têm uma ambientação por serem moradores da área, até o Médico. O Agente de Vigilância em Saúde tenta ao máximo fazer um trabalho integrado com os Agentes Comunitários. O Agente Comunitário, a Técnica de Enfermagem, o Enfermeiro e o Médico fazem visitas nas casas de acamados, de pessoas que estejam precisando de visitas ou busca ativa. Toda a Equipe de Saúde Bucal também faz visitas domiciliares, ações sociais, vai nas escolas e creches. E nas reuniões do colegiado a gente faz questão de que pelo menos um representante de cada categoria profissional participe, para eles se apropriarem do território.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

A partir da quinta pergunta do roteiro - Como se dá a participação da comunidade no processo de trabalho da ESF? - foram elaboradas cinco categorias, a saber:

- Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF – foram as respostas que identificaram que a comunidade participa do processo de trabalho da ESF aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido;
- Falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF – foram as respostas que identificaram uma falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF;
- Não respondeu à pergunta – foram os entrevistados que não responderam esta pergunta;
- Uns interagem e outros não – foram as respostas que identificaram que existem dois lados na comunidade: pessoas que interagem e participam e outras pessoas que não interagem e não participam do processo de trabalho da ESF;
- Diferença entre a participação dos usuários do asfalto e dos usuários da comunidade – foram as respostas que identificaram que existe uma diferença

entre a participação dos usuários do asfalto e dos usuários da comunidade no processo de trabalho da ESF.

Tabela 9 - Distribuição das Categorias da quinta pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF	31	55,3%
B	Falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF	10	17,8%
C	Não respondeu à pergunta	3	5,4%
D	Uns interagem e outros não	9	16,1%
E	Diferença entre a participação dos usuários do asfalto e dos usuários da comunidade	3	5,4%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Analisando como se dá a participação da comunidade no processo de trabalho da ESF obtivemos o seguinte resultado: 55,3% da amostra identificam esta participação através da adesão e do apoio ao trabalho oferecido; já 17,8% da amostra identificam uma falta de participação da comunidade no processo de trabalho da ESF; 16,1% identificam que existem dois grupos de usuários: os que participam e interagem e os que não participam nem interagem com o trabalho da ESF; 5,4% identificam uma diferença entre a participação dos usuários do asfalto e dos usuários da comunidade no processo de trabalho da ESF e o mesmo percentual não respondeu esta pergunta (Tabela 9, Figura 9 e Quadro 10).

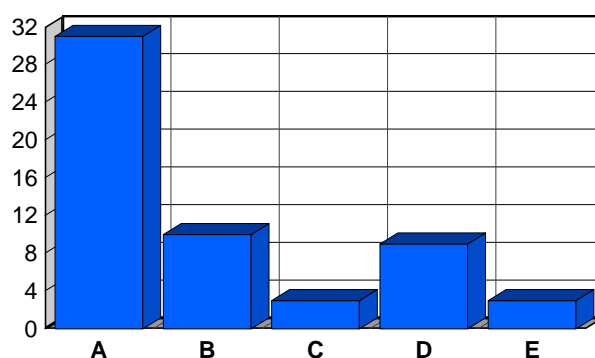


Figura 9 - Distribuição das Categorias da quinta pergunta do roteiro

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quadro 10 – DSC das Categorias da quinta pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF	<i>Os moradores estão gostando, apoiando e participando. Minha vizinha Laura falou para eu vir aqui, porque é muito bom. Eu estou muito satisfeita, quando não recebo minhas marcações em casa, venho na clínica, não demora nem três dias para marcar os exames. Gostei muito da médica, fui encaminhada para fazer exames, porque sem exames não dá para saber o que eu tenho. Antigamente eu vinha os cinco dias da semana, fazia tudo aqui, artesanato, dança, agora eu parei por causa do meu neto. Quando o meu neto fica doente eu trago aqui. E também gosto das visitas, porque eles se mostram interessados, se preocupando comigo, me ajudando. Eu estou satisfeita com o atendimento, com as consultas e com a higiene da Clínica, que é bem limpa. Todo mundo está sempre sorrindo e me tratam bem. Um dos trabalhos que eu mais gosto é o trabalho da saúde bucal, eles distribuem quites de saúde bucal de três em três meses, a Técnica de Saúde Bucal explica como deve fazer a escovação e quando a Dentista vai ela aplica flúor.</i>
Falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF	<i>Não está ocorrendo. A comunidade participa pouco, pois eles não acreditam muito ainda na ESF. Eles não reconhecem a saúde como uma ajuda para eles, por estarem muito tempo sem a saúde pública presente, e também eles responsabilizam a saúde por tudo. Eles não tem responsabilização da sua própria saúde e faltam muito as consultas. Eu gosto das visitas, mas a minha equipe ficou sem médico muito tempo, pois as pessoas são muito ignorantes, maltratam os médicos e eles não ficam na Clínica. Eu não estou achando a Clínica boa porque eu ainda não fui atendida pelo médico.</i>
Não respondeu à pergunta	<i>Não respondeu.</i>
Uns interagem e outros não	<i>Muitas pessoas não buscam saber como funciona a Clínica da Família, não entendem e só criticam. Eles querem o médico na hora, mas tem outros que procuram e marcam consultas. Eu sou bem recebido nas visitas, muitos pacientes são carentes e começam a conversar sobre a família. Eles gostam da Clínica porque são bem recebidos, mas tem gente que por frustração pessoal, por não ter conseguido uma coisa ou outra, me recebe com um pouco de revolta. Tem morador que gosta de participar e ajudar, chamando os vizinhos, mas tem gente que não está nem aí.</i>
Diferença entre a participação dos usuários do asfalto e dos usuários da comunidade	<i>Eu não tenho dificuldades em relação aos pacientes, mas tem uma diferença entre os pacientes da área da rua e os da área da comunidade. No asfalto existe muito medo, a primeira visita é difícil eles mandarem entrar, mas com o tempo você já é convidado para entrar e até lanchar. Na comunidade a primeira visita é diferente, porque eles não tem medo de serem roubados. A comunidade participa de todas as atividades oferecidas e as pessoas permitem muito mais a nossa entrada.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

A partir da sexta pergunta do roteiro - De que forma a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade? - foram elaboradas cinco categorias, a saber:

- Trabalhando na Clínica – foram as respostas que identificaram que a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade através do seu trabalho na Clínica;
- Trabalhando no Território – foram as respostas que identificaram que a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade através do seu trabalho no Território;
- Não respondeu à pergunta – foram os entrevistados que não responderam esta pergunta;
- Falta de integração e interação – foram as respostas que identificaram que existe uma falta de integração e interação entre a equipe de ESF e a comunidade;

- Trabalhando no Território e na Clínica – foram as respostas que identificaram que a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade através do seu trabalho na Clínica e no Território.

Tabela 10 - Distribuição das Categorias da sexta pergunta do roteiro

CÓDIGO	CATEGORIA	Nº DE ECH	% DA AMOSTRA
A	Trabalhando na Clínica	2	3,6%
B	Trabalhando no Território	37	66,1%
C	Não respondeu à pergunta	4	7,1%
D	Falta de integração e interação	2	3,6%
E	Trabalhando no Território e na Clínica	11	19,6%

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quanto à forma que a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade, obtivemos o seguinte resultado: 66,1% identificam o trabalho no território como a forma de integração e interação da ESF com a comunidade, o que representa uma grande força ou intensidade para esta categoria de resposta (Tabela 10, Figura 10 e Quadro 11).

Ceccim (2005) afirma que o trabalho em saúde se materializa no território, se faz vivo, se transforma em ação comunicativa e produz o cuidado.

Da amostra 19,6% identificam o trabalho no território e na Clínica como forma de integração e interação da ESF com a comunidade; 7,6% da amostra não respondeu esta pergunta; 3,6% identificam uma falta de integração e interação das equipes de ESF com a comunidade e o mesmo percentual identificam que esta integração e interação é conseguida através do trabalho desenvolvido na Clínica (Tabela 10, Figura 10 e Quadro 11).

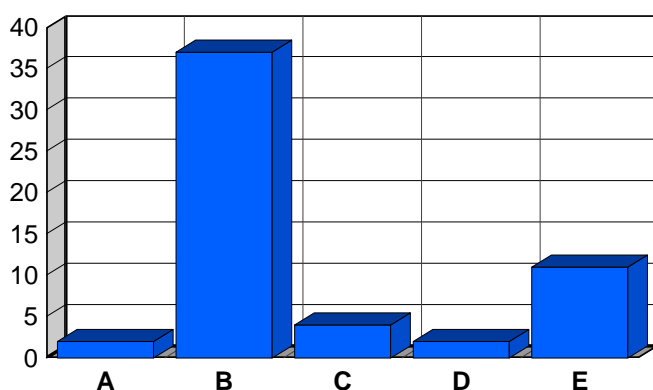


Figura 10 - Distribuição das Categorias da sexta pergunta do roteiro

Fonte: QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL, (2013).

Quadro 11 – DSC das Categorias da sexta pergunta do roteiro

CATEGORIA	DSC
Trabalhando na Clínica	<i>A comunidade está sim, vejo várias conhecidas na Clínica. Eu trabalho durante o dia e vinha na Clínica para marcar minhas consultas.</i>
Trabalhando no Território	<i>Através das visitas, da busca ativa de pacientes, visitas com os Agentes de Vigilância de Saúde, visitas com os Dentistas e ação social. Eu não tenho dificuldade nas visitas domiciliares, pois eu tenho vínculo com os meus pacientes. Eles recebem a gente bem e gostam das visitas, às vezes eu não consigo fazer as visitas e preciso telefonar para os usuários. Eu gosto de trabalhar em dupla, com isso eu passo a conhecer mais pacientes. E também através do trabalho na Escola e parceria com a Associação. Eu tenho certeza que se todos estivermos juntos, como parceiros o trabalho vai fluir melhor, porque a Clínica vai conseguir entender quais são as necessidades da comunidade.</i>
Não respondeu à pergunta	<i>Não respondeu.</i>
Falta de integração e interação	<i>As pessoas ainda não estão muito integradas e nem interagindo com a sua equipe. Nós trabalhamos com prevenção, educação em saúde, orientação e assistência. A Clínica oferece recursos, consultas e campanhas. A população deixa a desejar, faltando as consultas, e depois é a primeira a recriminar, dizendo que não vai porque não tem médico.</i>
Trabalhando no Território e na Clínica	<i>A gente faz trabalho nas escolas, tratamentos na clínica e visitas domiciliares, além de campanhas contra epidemias e endemias, ações sociais, festa de natal e comemoração de datas festivas. A gente está sempre fazendo trabalhos na comunidade, para que toda a equipe participe deste processo de conhecimento do território, fazendo diagnóstico situacional. A população interage com esse trabalho, a gente tem até um grupo de voluntários que participam das oficinas de artesanato, que sempre montam estandes para divulgar o trabalho que está sendo desenvolvido na Clínica. A gente também tem o grupo de plantas medicinais, onde também temos voluntários mostrando a importância deste trabalho para a comunidade. Estes usuários estão o tempo todo vinculando a Clínica ao Território e a outras pessoas que a gente não tinha acesso, porque elas são comovidas por estes usuários e começam a vir e a participar das ações e dos passeios. Hoje eles entendem que a Clínica está querendo trabalhar com aquela família e melhorar a qualidade de vida deles, a gente tenta solucionar os problemas junto com os próprios usuários, eu estou sempre ouvindo as necessidades deles, tentando buscar parcerias nas redes integradas. A gestão compartilhada com outros seguimentos é uma outra estratégia, mas nem todos participam, mas eu acho que com o tempo a gente vai conseguir a adesão destas pessoas. A gente está construindo o colegiado, trabalhando em cima do diagnóstico situacional, a gente está vendo o resultado do nosso trabalho.</i>

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013h).

6.3 MATRIZ DESCRITIVA RELACIONANDO DSC, DIMENSÕES DO TERRITÓRIO E DISPOSITIVOS OPERATIVOS:

Quadro 12 – Matriz descritiva relacionando DSC, dimensões do território e dispositivos operativos

DSC	DIMENSÕES DO TERRITÓRIO	DISPOSITIVOS OPERATIVOS
<i>Território é um bairro, um centro, um lugar delimitado, um certo espaço que pertence a uma tribo. É o local onde eu vivo, convivo e trabalho. É uma coisa que pertence a nós, está relacionado com o poder, tipo facções divididas, são regiões que tem cada uma o seu comando. É uma área de abrangência que tem pessoas, parcerias, escolas, igrejas, apartamentos, casas e lojas. É tudo que abrange a área, tanto a parte geográfica quanto a população, os problemas que tem naquela localidade e as coisas boas também. É alguma coisa que se modifica o tempo todo, é uma coisa dinâmica, que a gente tem que ficar trabalhando de acordo as mudanças que ocorrem.</i>	Dimensão Cultural <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas; • Parcerias; • Escolas; • Igrejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Convívio; • Trabalho; • Área de Abrangência; • Problemas; • Coisas boas; • Dinâmica/mudanças.
<i>Território é um espaço determinado, delimitado de uma região, uma partezinha do Brasil. Seria todo o solo Brasileiro. O Brasil, o Rio de Janeiro e São Paulo são territórios. É a área de abrangência da Clínica, a gente tem um território de uma área de 4.000 habitantes, aí desses 4.000 habitantes do território a gente divide em microáreas, onde a gente atua levando saúde.</i>	Dimensão Jurídico-política <ul style="list-style-type: none"> • Nação; • Estado; • Município; • Região; • Clínica da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitação; • Solo; • Área de Abrangência; • Microárea; • Área de atuação.
<i>Território é uma abrangência de um lugar, é uma área definida que abrange os pacientes e um certo número de ruas. O número máximo é de 4.000 habitantes por equipe. Quando você tem uma abrangência de uma outra forma ou geográfica ou cultural, ou de diversos aspectos sociais, econômicos, políticos, aí você tem outro território.</i>	Múltiplas dimensões <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas; • Clínica da Família; • Lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes; • Ruas; • Equipe; • Cultura; • Aspectos sociais, econômicos, políticos.

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013i).

Analisando as respostas da primeira pergunta do roteiro obtivemos como resultado ECH semelhantes que geraram DSC relacionados às seguintes dimensões do território: Cultural, Jurídico-política e Múltiplas dimensões. Confirmando o estudo de Haesbaert & Limonad (2007) que afirma que o território possui múltiplas dimensões onde se destacam as dimensões Cultural, Jurídico-política e Econômica e que a partir destas dimensões surgem diferentes concepções de território.

Do DSC relacionado à dimensão Cultural extraímos os seguintes dispositivos operativos do território que podem fortalecer a comunidade: Convívio, Trabalho, Área de

Abrangência, os Problemas, as Coisas boas, as Dinâmicas e mudanças que envolvem pessoas (relações pessoais), parcerias, escolas e igrejas.

Já do DSC relacionado à dimensão Jurídico-política extraímos os seguintes dispositivos operativos: Delimitação, Solo, Área de Abrangência, Microárea e Área de atuação que envolvem relações com o Estado, a Nação, o Município, a região e Clínica da Família.

E do último discurso o relacionado às Múltiplas dimensões do território extraímos como dispositivos a serem acionados os Pacientes, a vida nas Ruas, a Equipe, a Cultura, os Aspectos sociais, econômicos, políticos relacionados as pessoas e a Clínica da Família.

Esse conjunto de dimensões e dispositivos, indicam caminhos e estratégias que podem potencializar o processo de trabalho e a gestão da saúde no território, entendendo sua multiplicidade de significados e usos.

Assim, ao tomarmos qualquer um dos dispositivos associados a uma dimensão específica, podemos identificar e acionar tipos, formas e conteúdos de ações e processos a serem implementados circunscritos a eles, de modo a oferecer as equipes ESF, ao gestor da unidade e a população sob seu cuidado melhores condições para efetivar a integralidade, o vínculo, a participação social, a integração de práticas, a intersetorialidade e, sobretudo produzir mais saúde pautada na complementaridade das ações e na responsabilidade sanitária compartilhada.

7 DISCUSSÃO:

O tema central desta dissertação é Território e suas influências na gestão do processo de trabalho em saúde. O trabalho territorializado que a ESF promove é um grande diferencial deste modelo assistencial, pois possibilita a criação de vínculo e a participação da comunidade, resultando numa melhor cobertura e qualificação do cuidado.

Pelo observado nos discursos, verifica-se que a categoria Território possui uma polissemia conceitual, que varia de acordo com os sujeitos, o *habitus* (BOURDIEU, 1974), as representações sociais (GOFFMAN, 1985), (CHARTIER, 1990), o contexto histórico (HAERSBAERT, 2004, 2007) e com a concepção do processo saúde-doença (MONKEN & BARCELLOS, 2005), (GONDIM, 2008).

Gondim (2011) afirma que o território pode ser abordado de diversas maneiras, desde uma delimitação espacial de uma área até uma concepção ampliada envolvendo aspectos sociais, políticos e culturais, a depender da representação que os atores sociais têm e da apropriação que fazem do mesmo – como usam e lhes dão sentido.

A primeira pergunta do roteiro da entrevista refere-se ao conceito de território e foi utilizada com o objetivo de se obter uma compreensão da concepção que os profissionais da ESF e a comunidade têm do território onde trabalham e vivem.

Identificamos no DSC construído com as respostas à essa pergunta que a categoria A – Dimensão Cultural – destacou-se correspondendo a 28 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (6 pessoas) - AU01, AU05, AU11, AU13, AU14 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (8 pessoas) - BU02, BU03, BU05, BU06, BU10, BU11, BU12 e BU13;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL01.
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB (2 pessoas) - APs01 e APs02;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente (2 pessoas) - BPs02 e BPs03;

- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (3 pessoas) - APm02, APm05 e APm08;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (6 pessoas) – BPm03, BPm04, BPm05, BPm06, BPm07 e BPm08.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: uma grande força, pois corresponde a 50% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 1A:

Território é um bairro, um centro, um lugar delimitado, um certo espaço que pertence a uma tribo. É o local onde eu vivo, convivo e trabalho. É uma coisa que pertence a nós, está relacionado com o poder, tipo facções divididas, são regiões que tem cada uma o seu comando. É uma área de abrangência que tem pessoas, parcerias, escolas, igrejas, apartamentos, casas e lojas. É tudo que abrange a área, tanto a parte geográfica quanto a população, os problemas que tem naquela localidade e as coisas boas também. É alguma coisa que se modifica o tempo todo, é uma coisa dinâmica, que a gente tem que ficar trabalhando de acordo as mudanças que ocorrem.

Neste discurso coletivo observamos a correlação da concepção de território com a concepção de lugar e cotidiano, ressaltando a identidade social e a cultura destes indivíduos. Seguindo esta vertente Haesbaert & Limonad (2007) definem território como um “produto fundamentalmente de apropriação do espaço feita através do imaginário e/ou da identidade social”.

A “fala coletiva” da categoria A revelou o devir do território e suas influências no processo de trabalho em saúde, que deve levar em consideração e acompanhar estas modificações para obter êxito e produzir o cuidado.

A categoria B da primeira pergunta do roteiro - Dimensão Jurídico-política – também foi muito expressiva, correspondendo a 21 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (8 pessoas) - AU02, AU03, AU04, AU07, AU08, AU09, AU10 e AU12;

- Usuários da ESF Dois de Maio (3 pessoas) - BU01, BU04 e BU14;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL02.
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio ou Gerente (1 pessoa) - BPs01;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (6 pessoas) - APm01, APm03, APm04, APm06, APm07 e APm09;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (2 pessoas) - BPm01 e BPm02.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: força, pois corresponde a 37,5% da amostra, uma baixa amplitude, pois concentrou-se nas respostas do território da equipe Engenho e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 1B:

Território é um espaço determinado, delimitado de uma região, uma partezinha do Brasil. Seria todo o solo Brasileiro. O Brasil, o Rio de Janeiro e São Paulo são territórios. É a área de abrangência da Clínica, a gente tem um território de uma área de 4.000 habitantes, aí desses 4.000 habitantes do território a gente divide em microáreas, onde a gente atua levando saúde.

Analisando o DSC acima identificamos uma perspectiva da geografia política na concepção de território, relacionando território à Estado-nação e limites político-administrativo. Gondim (2011) afirma que constantemente o setor saúde utiliza esta concepção de território, pautada num recorte político-administrativo definido pela gestão da saúde, sem levar em consideração a participação dos atores sociais que vivem naquele espaço e que produzem e o modificam o tempo todo.

A segunda pergunta do roteiro da entrevista refere-se ao uso e apropriação do território e foi utilizada com o objetivo de se obter uma percepção de como os profissionais da ESF e a comunidade se apropriam do território e quais os dispositivos operacionais do território que interferem nos processos de trabalho em saúde.

A partir das respostas à segunda pergunta do roteiro destacamos três categorias de respostas: a categoria A – Dispositivos Sociais – que correspondeu a 30,3% da amostra,

a categoria F – Vários dispositivos – que correspondeu a 23,2% da amostra e a categoria E – Nenhum dispositivo efetivamente – que correspondeu a 19,6% da amostra.

A categoria A – Dispositivos Sociais - destacou-se correspondendo a 17 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (2 pessoas) - AU01 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (6 pessoas) - BU02, BU03, BU11, BU12, BU13 e BU15;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB (2 pessoas) - APs02 e APs03;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (4 pessoas) - APm01, APm02, APm05 e APm08;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (3 pessoas) – BPm01, BPm02 e BPm05.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: força, pois corresponde a 30,3% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma diversidade, pois foi encontrada em quase todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps e Pm).

DSC 2A:

Tem Igrejas, Centros, a Escola, a Creche, a FAETEC, a Academia para idosos e a Associação de Moradores. A Escola tem uma participação mais efetiva. A Igreja ajuda com a Campanha do quilo, que dá para as pessoas que precisam e com a palavra de Deus, pois sempre fala que a gente tem que amar o próximo como a nós mesmos e muitas coisas boas. Tem muita amizade, as pessoas são muito unidas e se ajudam mutuamente.

Analisando o DSC 2A percebemos uma maior apropriação dos dispositivos sociais do território, incluindo instituições, espaços de troca de saberes e relações pessoais. Esses dispositivos são fundamentais para a otimização do processo de trabalho em saúde, que segundo Merhy (2007) é um processo de trabalho complexo, heterogêneo, incerto no tempo e que envolve muitas tecnologias, instituições e pessoas, se estruturando para atender as necessidades da comunidade, que são esperadas, mas são imprecisas, visto que não se sabe quais, quantas e quando vão chegar.

A segunda categoria mais frequente para as respostas da segunda pergunta do roteiro, a categoria F – Vários dispositivos - correspondeu a 13 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (3 pessoas) - AU08, AU09 e AU12;
- Usuários da ESF Dois de Maio (2 pessoas) - BU05 e BU14;
- Liderança da ESF Engenho (1 pessoa) – AL01;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL01;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Engenho ou da ESB (1 pessoa) - APs01;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente (2 pessoas) - BPs01 e BPs03;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (3 pessoas) – BPm03, BPm04 e BPm07.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: força, pois corresponde a 23,2% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 2F:

Tem o Hospital Salgado Filho, a Clínica da Família, a UPA, a Polícia Militar e atividades nas praças para idosos. A Clínica da Família para trazer saúde e a Polícia Militar que está tentando levar a lei. Também tem a Prefeitura que nos atende, tem um projeto de educação para adolescentes através da FAETEC e tem a Associação de moradores, que é uma centralização de comunicação, palestras e conversas. O papel da Associação é uma questão social. A Clínica faz parcerias com vários equipamentos: a Associação de moradores, as Igrejas, as Escolas, a FAETEC, uma ONG, a Universidade Celso Lisboa, a UPP Social e a UPA, que estão trabalhando com estratégias e projetos em prol da melhoria da qualidade de vida da população.

A partir da leitura e análise do discurso acima destacamos que vários dispositivos estão disponíveis no território estudado para fortalecer a comunidade local e que a Clínica da

Família se utiliza de parcerias, ou seja, da criação de vínculos com esses vários dispositivos para produzir o cuidado, que segundo Merhy (1995) é o modo de se produzir nos serviços de saúde e fundamenta-se num conjunto de relações interpessoais, que exigem o estabelecimento de vínculo entre indivíduos e coletivos envolvidos.

A categoria E para as respostas da segunda pergunta do roteiro – Nenhum dispositivo efetivamente – foi a terceira mais frequente para esta pergunta correspondendo a 11 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (2 pessoas) - AU06 e AU07;
- Usuários da ESF Dois de Maio (4 pessoas) - BU04, BU07, BU08 e BU09;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (3 pessoas) - APm03, APm04 e APm06;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (2 pessoas) – BPm06 e BPm08.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: pouca força, pois corresponde a 19,6% da amostra e uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados, mas não apresenta diversidade, pois foi encontrada apenas em duas categorias de sujeitos da pesquisa (U e Pm).

DSC 2E:

Não tem nada, nenhum equipamento. É uma região esquecida e isolada.

Analisando o discurso acima observamos uma falta de apropriação do território pelos sujeitos do discurso, que compreendem usuários e profissionais de saúde de nível médio de ambas as equipes pesquisadas. Este achado mostra uma fragilidade das equipes estudadas que possuem profissionais que ainda não se apropriaram do território onde trabalham ou ainda não estão reconhecendo e utilizando os dispositivos operacionais do território como potencializadores da geração do cuidado.

A terceira pergunta do roteiro da entrevista refere-se a percepção do trabalho da ESF pela comunidade e foi utilizada com o objetivo de se avaliar como o processo de trabalho da ESF é percebido pelos seus usuários.

Identificamos no DSC construído com as respostas à essa pergunta que a categoria A – Valorização do trabalho da ESF – destacou-se correspondendo a 30 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (10 pessoas) - AU01, AU02, AU03, AU04, AU06, AU08, AU09, AU10, AU11 e AU14;
- Usuários da ESF Dois de Maio (8 pessoas) - BU01, BU03, BU07, BU10, BU12, BU13, BU14 e BU15;
- Liderança da ESF Engenho (1 pessoa) – AL01;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL01;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Engenho ou da ESB (1 pessoa) - APs02;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente (3 pessoas) - BPs01, BPs02 e BPs03;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (5 pessoas) – APm01, APm03, APm05, APm07 e APm08;
- Profissional de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio ou TSB (1 pessoa) - BPm07.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: uma grande força, pois corresponde a 53,6% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 3A:

Maravilhoso. Uma clínica particular, ou até melhor. É um benefício para gente, a gente sempre escutou falar bem, até agora foi tudo ótimo. Eu acho que a saúde ficou melhor com a Clínica da Família. Agora as consultas e os remédios chegam em casa. A Agente Comunitária vai no território e se esforça. A Clínica é boa, tem atividades, artesanato, caminhada. As pessoas estão gostando, porque está funcionando e melhorando. Os usuários com plano de saúde, não queriam fazer o cadastro. Agora muita gente está aderindo porque perderam o plano de saúde. A classe média tem migrado para a Saúde da Família e

está tendo uma ótima aceitação. As visitas são periódicas e hoje as pessoas estão mais conscientes, porque estão tendo acompanhamento e também porque o objetivo da Clínica é a prevenção, a promoção da saúde e trabalhar com a família em toda a sua integralidade.

A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a ESF como um modelo substituto e de reorganização da Atenção Básica e Fausto & Matta (2007) conceituam como um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático que proporciona um acesso mais efetivo à saúde.

Analisando o discurso DSC 3A observamos um conhecimento do modelo ESF pelos sujeitos do discurso e com isto uma valorização do trabalho desenvolvido. No entanto, percebe-se ainda alguma contradição na percepção do trabalho da ESF, pela menção ao modelo biomédico, as práticas privadas como melhores que as públicas, ao acesso a medicamentos, *pari passu* as práticas de proteção e promoção da saúde.

A segunda categoria mais frequente para as respostas da terceira pergunta do roteiro, a categoria C – Falta de médicos e valorização da atenção à saúde médico-centrada - correspondeu a 11 ECH que foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (4 pessoas) - AU07, AU12, AU13 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (6 pessoas) - BU02, BU04, BU05, BU08, BU09 e BU11;
- Profissional de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio ou TSB (1 pessoa) - BPm08.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: pouca força, pois corresponde a 19,7% da amostra e uma baixa amplitude, pois concentrou-se nas respostas do território da equipe Dois de Maio, mas não apresenta diversidade, pois foi encontrada apenas em duas categorias de sujeitos da pesquisa (U e Pm).

DSC 3C:

A população está gostando mais ou menos, porque a gente precisa de um acompanhamento de saúde e não tem. Os remédios eu pego. No mês passado eu fiz uma consulta com a Enfermeira, mas eu preciso de um atendimento melhor, uma consulta médica. Eu sou muito bem atendida, o único problema é que sempre está faltando médico na equipe.

Analisando o discurso acima percebemos uma valorização da atenção à saúde médico-centrada, o que reflete um grau de desconhecimento ou de aceitação do modelo ESF onde o trabalho é desenvolvido por uma equipe de saúde. Araújo & Rocha (2007) afirmam que o trabalho em equipe é um dos principais pilares da ESF e deve ser norteado por um projeto assistencial comum a toda a equipe, que deve desenvolver uma ação de interação entre si e com a comunidade.

A quarta pergunta do roteiro da entrevista refere-se a contribuição de cada profissional da equipe no trabalho territorializado e foi utilizada com o objetivo de se avaliar o trabalho em equipe desenvolvido no território.

Identificamos no DSC construído com as respostas à essa pergunta que duas categorias se destacaram: a categoria A – Identificação apenas do trabalho do ACS – e a categoria E - Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB – ambas obtiveram 22 ECH.

As ECH da categoria A – Identificação apenas do trabalho do ACS – foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (14 pessoas) - AU01, AU02, AU03, AU05, AU06, AU07, AU08, AU09, AU10, AU11, AU12, AU13, AU14 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (8 pessoas) - BU02, BU03, BU05, BU06, BU07, BU08, BU09 e BU11.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: força, pois corresponde a 39,3% da amostra e uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados, mas não apresenta diversidade, pois foi encontrada em apenas uma categoria de sujeitos da pesquisa (U).

DSC 4A:

Eu só vejo a Agente Comunitária no território, ela foi lá em casa cadastrar, marcou as consultas e levou um resultado de exame, nenhum outro profissional já me visitou, mas eu acho que todos devem participar das visitas, para ver como a gente está.

No discurso acima observamos que os usuários que professaram este discurso identificaram apenas a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no território, tendo em vista que este tem como sua principal atividade profissional o trabalho territorializado. Identificamos também uma valorização da visita domiciliar, feita não somente pelo ACS, mas sim por toda a equipe de saúde. Madeira (2009) afirma que o trabalho em equipe desenvolvido pela ESF torna possível se trabalhar na ótica da integralidade, levando em conta toda a complexidade do processo saúde-doença, tornando-se mais resolutivo.

As ECH da categoria E - Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB – foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Dois de Maio (2 pessoas) - BU04 e BU10;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL02;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB (3 pessoas) - APs01 APs02 e APs03;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente (3 pessoas) - BPs01, BPs02 e BPs03.
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (8 pessoas) – APm01, APm03, APm04, APm05, APm06, APm07, APm08, e APm09;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (5 pessoas) -. BPm02, BPm03, BPm04, BPm05 e BPm06.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: força, pois corresponde a 39,3% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 4E:

Toda a Equipe de Saúde da Família trabalha no território, cada um na sua função, um ajudando o outro, desde os Agentes Comunitários, que têm uma ambientação por serem moradores da área, até o Médico. O Agente de Vigilância em Saúde tenta ao máximo fazer um trabalho integrado com os Agentes Comunitários. O Agente Comunitário, a Técnica de Enfermagem, o Enfermeiro e o Médico fazem visitas nas casas de acamados, de pessoas que estejam precisando de visitas ou busca ativa. Toda a Equipe de Saúde Bucal também faz visitas domiciliares, ações sociais, vai nas escolas e creches. E nas reuniões do colegiado a gente faz questão de que pelo menos um representante de cada categoria profissional participe, para eles se apropriarem do território.

No discurso DSC 4E identificamos que o trabalho desenvolvido no território pela equipe de ESF ocorre de forma desarticulada ao trabalho desenvolvido pela ESB, ou seja, ambas trabalham no território, mas de maneira isolada. Talvez isso seja um reflexo da própria estruturação das equipes, que na verdade deveria ser apenas uma equipe de saúde da família que possuísse os profissionais que promovem a saúde bucal, ao invés de duas equipes isoladas.

A quinta pergunta do roteiro da entrevista refere-se a participação da comunidade no processo de trabalho da ESF e foi utilizada com o objetivo de se avaliar a existência de uma gestão participativa.

Identificamos no DSC construído com as respostas à essa pergunta que a categoria A – Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF – se destacou e obteve 31 ECH, a segunda categoria mais expressiva foi a categoria B - Falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF – que obteve 10 ECH.

As ECH da categoria A foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (10 pessoas) - AU01, AU03, AU06, AU08, AU10, AU11, AU12, AU13, AU14 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (10 pessoas) - BU01, BU02, BU05, BU06, BU07, BU10, BU12, BU13, BU14 e BU15;
- Liderança da ESF Engenho (1 pessoa) – AL01;

- Lideranças da ESF Dois de Maio (2 pessoas) - BL01 e BL02;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB (2 pessoas) - APs01 e APs02;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio ou Gerente (1 pessoas) - BPs02;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (4 pessoas) – APm01, APm07, APm08 e Apm09;
- Profissional de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio ou TSB (1 pessoa) - BPm05.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: uma grande força, pois corresponde a 55,3% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 5A:

Os moradores estão gostando, apoiando e participando. Minha vizinha Laura falou para eu vir aqui, porque é muito bom. Eu estou muito satisfeita, quando não recebo minhas marcações em casa, venho na clínica, não demora nem três dias para marcar os exames. Gostei muito da médica, fui encaminhada para fazer exames, porque sem exames não dá para saber o que eu tenho. Antigamente eu vinha os cinco dias da semana, fazia tudo aqui, artesanato, dança, agora eu parei por causa do meu neto. Quando o meu neto fica doente eu trago aqui. E também gosto das visitas, porque eles se mostram interessados, se preocupando comigo, me ajudando. Eu estou satisfeita com o atendimento, com as consultas e com a higiene da Clínica, que é bem limpa. Todo mundo está sempre sorrindo e me tratam bem. Um dos trabalhos que eu mais gosto é o trabalho da saúde bucal, eles distribuem quites de saúde bucal de três em três meses, a Técnica de Saúde Bucal explica como deve fazer a escovação e quando a Dentista vai ela aplica flúor.

Analisando o discurso acima observamos que os sujeitos deste discurso estão aderindo, apoiando, gostando e participando do trabalho oferecido pela ESF, que não se restringe à consultas e exames, mas envolve também práticas integrativas de saúde, que são fundamentais para promover à saúde de seus usuários. A gestão do cuidado de forma participativa é fundamental quando se quer trabalhar com uma clínica ampliada, Cunha

& Dantas (2010) acreditam que a atividade de co-gestão busca lidar com as diferenças inerentes do poder/saber com vistas a produzir um aumento de autonomia tanto do paciente na clínica, quanto do trabalhador, na gestão.

As ECH da categoria B - Falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF – foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (3 pessoas) - AU02, AU05 e AU07;
- Usuários da ESF Dois de Maio (3 pessoas) - BU08, BU09 e BU11;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio ou Gerente (1 pessoa) - BPs01;
- Profissional de Saúde de nível médio da ESF Engenho ou ASB (1 pessoa) – Apm03;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (2 pessoas) - BPm01 e BPm02.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: pouca força, pois corresponde a 17,8% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma diversidade, pois foi encontrada em quase todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps e Pm).

DSC 5B:

Não está ocorrendo. A comunidade participa pouco, pois eles não acreditam muito ainda na ESF. Eles não reconhecem a saúde como uma ajuda para eles, por estarem muito tempo sem a saúde pública presente, e também eles responsabilizam a saúde por tudo. Eles não tem responsabilização da sua própria saúde e faltam muito as consultas. Eu gosto das visitas, mas a minha equipe ficou sem médico muito tempo, pois as pessoas são muito ignorantes, maltratam os médicos e eles não ficam na Clínica. Eu não estou achando a Clínica boa porque eu ainda não fui atendida pelo médico.

Analisando o discurso acima observamos a falta de participação dos usuários no processo de trabalho da ESF por não acreditarem no modelo, terem uma cultura de valorização do modelo médico-centrado e também por não se responsabilizarem por sua própria saúde, faltando as consultas. Martins (2004) afirma que o corpo humano é um

complexo vivo e singular, a saúde deve ser pensada e praticada em sua integralidade e o paciente para recuperar a sua saúde precisa vivenciá-la como uma criação sua, a fim de que a vitória sobre uma doença seja acompanhada efetivamente de uma recuperação da saúde, o que não observamos no discurso DSC 5B.

A sexta pergunta do roteiro da entrevista refere-se a forma que a equipe de ESF se integra e interage com a comunidade e foi utilizada com o objetivo de se avaliar como ocorre o processo de trabalho das equipes estudadas.

Identificamos no DSC construído com as respostas à essa pergunta que a categoria B – Trabalhando no Território – se destacou e obteve 37 ECH, a segunda categoria mais expressiva foi a categoria E - Trabalhando no Território e na Clínica – que obteve 11 ECH.

As ECH da categoria B foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (9 pessoas) – AU02, AU03, AU06, AU07, AU08, AU10, AU13, AU14 e AU15;
- Usuários da ESF Dois de Maio (9 pessoas) – BU07, BU08, BU09, BU10, BU11, BU12, BU13, BU14 e BU15;
- Liderança da ESF Engenho (1 pessoa) – AL01;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) - BL01;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Engenho e da ESB (2 pessoas) – APs01 e APs02;
- Profissionais de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio e Gerente (2 pessoas) - BPs01 e BPs02;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Engenho e ASB (9 pessoas) APm01, APm02, APm03, APm04, APm05, APm06, APm07, APm08, e Apm09;
- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (4 pessoas) - BPm01, BPm04, BPm05 e BPm08.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: uma grande força, pois corresponde a 66,1% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 6B:

Através das visitas, da busca ativa de pacientes, visitas com os Agentes de Vigilância de Saúde, visitas com os Dentistas e ação social. Eu não tenho dificuldade nas visitas domiciliares, pois eu tenho vínculo com os meus pacientes. Eles recebem a gente bem e gostam das visitas, às vezes eu não consigo fazer as visitas e preciso telefonar para os usuários. Eu gosto de trabalhar em dupla, com isso eu passo a conhecer mais pacientes. E também através do trabalho na Escola e parceria com a Associação. Eu tenho certeza que se todos estivermos juntos, como parceiros o trabalho vai fluir melhor, porque a Clínica vai conseguir entender quais são as necessidades da comunidade.

O discurso acima destaca o trabalho desenvolvido pela equipe de ESF no território, ressaltando a importância de se construir parceiros e de se entender quais são as necessidades da comunidade. Seguindo este raciocínio Cunha & Dantas (2010) afirmam que o processo de territorialização é uma metodologia de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde de um determinado território, que possibilita aprofundar o olhar sobre os problemas e as potencialidades das áreas de atuação das equipes de ESF.

As ECH da categoria E - Trabalhando no Território e na Clínica – foram extraídas dos discursos dos seguintes sujeitos da pesquisa (Apêndice D):

- Usuários da ESF Engenho (2 pessoas) – AU11 e AU12;
- Usuários da ESF Dois de Maio (3 pessoas) – BU04, BU05 e BU06;
- Liderança da ESF Dois de Maio (1 pessoa) – BL02;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Engenho ou da ESB (1 pessoa) – APs03;
- Profissional de Saúde de nível superior da ESF Dois de Maio ou Gerente (1 pessoa) – BPs03;

- Profissionais de Saúde de nível médio da ESF Dois de Maio e TSB (3 pessoas) - BPm03, BPm06 e BPm07.

Analisando os atributos quantitativos do DSC podemos afirmar que esta categoria possui: pouca força, pois corresponde a 19,6% da amostra, uma grande amplitude, pois esta dispersa nos dois territórios estudados e uma grande diversidade, pois foi encontrada em todas as categorias de sujeitos da pesquisa (U, Ps, Pm e L).

DSC 6E:

A gente faz trabalho nas escolas, tratamentos na clínica e visitas domiciliares, além de campanhas contra epidemias e endemias, ações sociais, festa de natal e comemoração de datas festivas. A gente está sempre fazendo trabalhos na comunidade, para que toda a equipe participe deste processo de conhecimento do território, fazendo diagnóstico situacional. A população interage com esse trabalho, a gente tem até um grupo de voluntários que participam das oficinas de artesanato, que sempre montam estandes para divulgar o trabalho que está sendo desenvolvido na Clínica. A gente também tem o grupo de plantas medicinais, onde também temos voluntários mostrando a importância deste trabalho para a comunidade. Estes usuários estão o tempo todo vinculando a Clínica ao Território e a outras pessoas que a gente não tinha acesso, porque elas são comovidas por estes usuários e começam a vir e a participar das ações e dos passeios. Hoje eles entendem que a Clínica está querendo trabalhar com aquela família e melhorar a qualidade de vida deles, a gente tenta solucionar os problemas junto com os próprios usuários, eu estou sempre ouvindo as necessidades deles, tentando buscar parcerias nas redes integradas. A gestão compartilhada com outros seguimentos é uma outra estratégia, mas nem todos participam, mas eu acho que com o tempo a gente vai conseguir a adesão destas pessoas. A gente está construindo o colegiado, trabalhando em cima do diagnóstico situacional, a gente está vendo o resultado do nosso trabalho.

O discurso DSC 6E ressalta a integralidade do trabalho oferecido pela ESF, sendo realizado na Clínica e no Território, englobando prevenção, promoção e assistência à saúde, visando melhorar a qualidade de vida de seus usuários. Um outro ponto que é evidenciado é a importância da gestão participativa calcada num trabalho direcionado pelo diagnóstico situacional obtido a partir do processo de territorialização, que segundo Monken & Barcellos (2005) é o ponto de partida para a identificação dos problemas de saúde no território, que devem suplantam a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, através de notificações, a fim de abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes sociais da saúde.

A análise dos discursos de acordo com a natureza dos sujeitos da pesquisa revela as concepções descritas no Quadro 13.

Quadro 13 - Concepções de acordo com a natureza do entrevistado

Perguntas	Ps	Pm	L	U
1.O que você entende por Território?	76% Dimensão Cultural	53% Dimensão Cultural	33% - Dimensão Cultural 33% - Dimensão Jurídico-política 33% - Múltiplas dimensões	47% Dimensão Cultural
2.O que existe no Território que pode fortalecer a comunidade?	50% Vários Dispositivos	41,2% Dispositivos Sociais	66,7% Vários Dispositivos	27% Dispositivos Sociais
3.Como é percebido o trabalho da ESF pela população do Território?	67% Valorização do trabalho da ESF	41% Dificuldades no entendimento e na aceitação do trabalho da ESF	67% Valorização do trabalho da ESF	60% Valorização do trabalho da ESF
4.Qual a contribuição de cada profissional da equipe para o trabalho territorializado?	100% Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB	76% Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB	33% - Identificação do trabalho do ACS e do Enfermeiro 33% - Identificação do trabalho da equipe de ESF e da ESB 33% - Identificação do trabalho da equipe de ESF ou da ESB	73% Identificação apenas do trabalho do ACS
5.Como se dá a participação da comunidade no processo de trabalho da ESF?	50% Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF	35% Uns interagem e outros não	100% Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF	67% Aderindo, apoiando e gostando do trabalho oferecido pela ESF
6.De que forma a equipe ESF se integra e interage com a comunidade?	67% Trabalhando no Território	76,5% Trabalhando no Território	67% Trabalhando no Território	60% Trabalhando no Território

Fonte: ROCHA & GONDIM, (2013j).

Na análise das ECH foram identificadas duas ancoragens, uma na segunda pergunta do roteiro, que foi categorizada como Conceitos religiosos e consiste na resposta de um sujeito da pesquisa que relacionou a crença religiosa ao fortalecimento da comunidade, e uma outra na terceira pergunta do roteiro, que foi categorizada como Centralização da atenção à saúde no profissional médico, que foi a resposta de um sujeito da pesquisa que acredita que somente o profissional médico oferece um atendimento de qualidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A técnica de análise de dados escolhida foi o Discurso do Sujeito Coletivo por ser uma técnica de obtenção das representações sociais. Através dela conseguimos resgatar o pensamento coletivo das equipes envolvidas nesta pesquisa e seus respectivos usuários.

Partindo do pressuposto que o pensamento coletivo expresso sob a forma de um discurso é um “construto” que implica em algum grau de artificialismo, porém bem menor que aqueles encontrados nas pesquisas tradicionais sobre o pensamento de coletividades, de corte puramente quantitativo, o DSC agrega qualitativamente o pensamento de indivíduos de uma coletividade e faz uma análise quantitativa, que permite resgatar a dimensão do pensamento coletivo, que é fundamental para caracterizar realidades sociais.

Durante o processo da pesquisa e analisando os seus resultados concluímos que a apropriação do Território e dos seus dispositivos operacionais ocorreu na maior parte da amostra através do diagnóstico situacional e da construção do Conselho Gestor Local, porém alguns profissionais ainda não estão totalmente apropriados do seu Território.

Observamos também que a gerência local e os profissionais de um modo geral valorizam a gestão participativa, apoiando e participando da construção do Conselho Gestor Local e da construção de parcerias, o que possibilita ações intersetoriais. Estas estratégias são fundamentais para a potencialização da gestão do cuidado, levando em consideração as necessidades da população.

A ESF é um modelo de atenção à saúde de base territorial, que se utiliza da ferramenta do diagnóstico situacional, construído a partir do processo de territorialização que possibilita um diagnóstico das condições de vida, da situação de saúde daquela população adscrita e de suas necessidades. Isto favorece a construção do vínculo e a responsabilização da equipe junto à sua população.

Para Figueiredo et al (2010) gestão vai além da organização do processo de trabalho, pois deve levar em consideração os interesses, os desejos e as necessidades da população, além das políticas públicas, sendo assim podemos afirmar que o diagnóstico situacional é uma ferramenta fundamental para o planejamento e a potencialização do processo de trabalho na ESF, pois permite o conhecimento dos diversos fatores e formas de adoecimento por microárea, levando em consideração o risco social e epidemiológico.

Seguindo esta vertente Ferreira, Varga & Silva (2009) afirmam que as equipes de saúde da família necessitam conhecer as famílias do território de sua abrangência, identificando os seus problemas de saúde e as situações de risco. Nessa perspectiva, a categoria Território tem grande relevância para a prática da gestão do cuidado, tendo em vista que o processo saúde-doença possui uma forte dependência social e territorial, pautado nos determinantes sociais das condições de saúde, porém não é a solução para todos os males da saúde pública.

O Território deve ser considerado sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais, e sua gestão exige um trabalho interdisciplinar para garantir acesso a bens e serviços básicos, que proporcionem qualidade de vida a população (FARIA & BORTOLOZZI, 2009).

Na Clínica estudada observamos que 66,1% da amostra identificam o trabalho no território como a forma de integração e interação da ESF com a comunidade. Esta característica é muito positiva, pois todos os espaços que o território oferece devem ser considerados possíveis promotores de saúde e o território estudado oferece muitos dispositivos operativos (Quadro 12) que podem ser utilizados na construção de uma gestão comprometida com as necessidades da população.

Para finalizar, gostaria de ressaltar que esta Dissertação foi produto de uma pesquisa de Mestrado Profissional, sendo assim a partir de seus resultados pretende-se:

- Elaborar um artigo científico para divulgação dos achados do estudo, de modo a ampliar e difundir a reflexão sobre o tema;
- Implementar um processo de discussão desses resultados com às equipes e os usuários do território investigado, a fim de proporcionar uma melhoria contínua do processo de trabalho e da gestão compartilhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVARENGA, L. M. C. A. & MARTINS, C. L. **De que território os médicos do Programa de Saúde da Família estão falando?** R. bras. Med. Fam. e Comun., Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 16-23, jan./dez. 2010.

ANDRÉ, S. A. **Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde.** Revista Geográfica Venezolana, Vol. 50(1), 159-172, 2009.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em Pesquisa e Avaliação Educacional.** Brasília: Liber Livro Editora, Série Pesquisa, vol. 13, 68 p., 2005.

ARAÚJO, M. B. S. & ROCHA, P. M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia da saúde da família.** Ciência & Saúde Coletiva, 12 (2): 455-464, 2007.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas. (Introdução, organização e seleção de Sérgio Miceli).** São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** Brasília, DF. *Diário Oficial da União*, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Diretrizes do Pacto pela Saúde - Consolidação do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2006a.

_____. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006b.

_____. Portaria n° 2488/GM, de 21 de Outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: MERHY, E. E., CAMPOS, G. W. S. & NUNES, E. D. (Orgs.) **Planejamento sem Normas.** São Paulo: Editora Hucitec, p. 9-32, 1989.

CECCIM, R. B. **Réplica. Debates.** Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.175-178, 2005.

CHARTIER, R. **A História Cultural: entre práticas e representações.** Rio de Janeiro: Editora Bertrand S/A, 1990.

COORDENAÇÃO DE ÁREA PROGRAMÁTICA 3.2. CLÍNICA DA FAMÍLIA
IZABEL DOS SANTOS. **Diagnóstico Situacional Clínica da Família Izabel dos Santos.** Abril, 2012.

CUNHA, G. T. & DANTAS, D. V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Editora Hucitec. 2ª edição, p. 34-60, 2010.

DESLANDES, S. F. & GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, parte I, capítulo 2, p. 99-120, 2004.

FARIA, R. M. & BORTOLOZZI, A. **Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. R. RA'E GA, Curitiba: Editora UFPR; n. 17, p. 31-41, 2009.

FAUSTO, M. C. R. & MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. & CORBO, A. D'A. (orgs.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 43-67, 2007.

FERREIRA, R. C., VARGA, C. R. R. & SILVA, R. F. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl. 1): 1421-1428, 2009.

FIGUEIREDO, P. P. et al. **Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [1]: 235-259, 2010.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S. & MEHRY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA et al (orgs). **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 16: 575-625, 2008.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1985.

GONDIM, G. M. M. et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (orgs.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-256, 2008.

GONDIM, G. M. M. **Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.

GONDIM, R. et al. Organização da atenção. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR W. V. (orgs). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; p.93-120, 2011.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, Setembro de 2004. Acessado em: 11/09/2012. Disponível em: [www.uff.br/.../sites/.../CONFERENCE Rogério HAESBAERT.pdf](http://www.uff.br/.../sites/.../CONFERENCE_Rogério_HAESBAERT.pdf)
HAESBAERT, R. & LIMONAD, E. **O território em tempos de globalização**. etc..., espaço, tempo e crítica. N° 2(4), VOL. 1, p. 39-52, 15 de agosto de 2007.

IPP/IUPERJ/IPEA E FJP-MG. **Tabela 1172: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupos de bairros**,

2000. Disponível em: www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/.../1172 ...
Acessado em: 10/06/2012.

KELL, M. C. G. & SHIMIZU, H. E. **Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1533-1541, 2010.

LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Líber Livro Editora, 97p. 2005a.

_____. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 256p. 2005b.

_____. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo, a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** Série Pesquisa vol. 20, Liber Livro Editora, 2 ed., 224p. 2012.

MADEIRA, K. H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: Um estudo de caso.** [dissertação de Mestrado]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências de Saúde, 2009.

MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde.** *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003-fev. 2004.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MENDONÇA, M. H. M. et al. **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento.** São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 117-148, 1995.

_____. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** Editora Hucitec. 3ª edição, São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out/dez, 1988.

MINAYO, M. C. S., HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território utilizado.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In: Miranda et al (Orgs.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p.23-41, 2008.

NOGUEIRA, R. P. **O Trabalho em Serviços de Saúde. Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para Atuação da Equipe de Saúde da Família** – OPAS/OMS- Ministério da Saúde. 2000.

OLIVEIRA, G. N. & FURLAN, P. G. Co-Produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o Território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora Hucitec. 2ª edição, p. 247-272, 2010.

ONOCKO, R. **O Planejamento no Divã ou Análise Crítica de uma Ferramenta na Gênese de uma Mudança Institucional**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Agosto, 2005.

PEREIRA, M. P. & BARCELLOS, C. **O Território no Programa de Saúde da Família**. Hygeia, 2 (2): 47-59, junho 2006.

PORTO, M. F. S. & PIVETTA, F. Por uma Promoção da Saúde emancipatória em Territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª edição revista e ampliada, p. 207-229, 2009.

QUALIQUANTISOFT. 2013. Disponível em: www.spi-net.com.br Acessado em: 02 de julho de 2013.

REIS, L. G. C.; GONDIM, M. M. G.; LIMA, L. C. W. **Censo Nacional dos Trabalhadores de VISA**. 2005. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs Acessado em: 02 de julho de 2013.

ROCHA, D. R. V. & GONDIM, G. M. M. **Mapa Conceitual**. Elaboração Própria, mimeo, 2012.

_____. **Codificação dos Territórios e dos Sujeitos da Pesquisa**. Elaboração Própria, mimeo, 2013a.

_____. **Distribuição da amostra por Sexo**. Elaboração Própria, mimeo, 2013b.

_____. **Distribuição da amostra por Faixa Etária**. Elaboração Própria, mimeo, 2013c.

_____. **Distribuição da amostra por Escolaridade**. Elaboração Própria, mimeo, 2013d.

_____. **Distribuição da amostra por Posição na Família**. Elaboração Própria, mimeo, 2013e.

_____. **Distribuição da amostra por Profissão.** Elaboração Própria, mimeo, 2013f.

_____. **Distribuição da amostra por Local de Trabalho.** Elaboração Própria, mimeo, 2013g.

_____. **DSC das categorias das perguntas do roteiro.** Elaboração Própria, mimeo, 2013h.

_____. **Matriz descritiva relacionando DSC, dimensões do Território e dispositivos operativos.** Elaboração Própria, mimeo, 2013i.

_____. **Concepções de acordo com a natureza do entrevistado.** Elaboração Própria, mimeo, 2013j.

SACARDO, D. P. & GONÇALVES, C. C. M. Território: Potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J. C. A. & MENDES, R. (orgs.). **Promoção da Saúde e Gestão Local.** São Paulo: Hucitec, p. 111-130, 2007.

SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L.(orgs.). **Território globalizado e fragmentação.** São Paulo: Hucitec-Anpur, 1994.

SILVA, S. F.; SOUTO JÚNIOR, J. V.; BRÊTAS JÚNIOR, N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: CARVALHO, G. et al. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** Campinas, SP: Editora Saberes, 2ª ed., p. 103-116, 2011.

SILVEIRA, M. L. Ao Território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: VIANA, A. L. D'A.; IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território.** São Paulo: Hucitec, p. 127-150, 2009.

SOUZA, A. M. A. & SANTOS I. **Processo Educativo nos Serviços de Saúde – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01 – OPAS – Brasília.** 1993.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

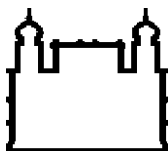
SUBPAV, SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Painel de Indicadores. Cobertura de ESF por AP- Rio de Janeiro, 2013.** Atualizado em 16/08/2013. Disponível em: www.subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar.php
Acessado em: 20/08/2013.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 3.ed. São Paulo: Bookman, 2005.

APÊNDICE:

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Usuário ou Representante de movimentos sociais do território



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

96



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“As múltiplas dimensões do Território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família da AP 3.2.”

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *“As múltiplas dimensões do Território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família da AP 3.2”*. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora **Daniele Rodrigues Vidal Rocha**, mestranda em Saúde Pública/Atenção Primária, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. **Grácia Maria de Miranda Gondim**. O estudo tem por objetivo reconhecer na abordagem do território, as concepções, os dispositivos e a potência operacional para estruturação de uma prática de gestão na ESF comprometida com os problemas e as necessidades da população.

Sua inclusão como sujeito desta pesquisa deve-se a sua condição de **Usuário ou Representante de movimentos sociais do território** vinculado a Equipe de Saúde da Família Dois de maio ou da equipe de Saúde da Família Engenho da Clínica da Família Izabel dos Santos – AP 3.2, onde será desenvolvida a investigação de campo. Sua participação é fundamental, mas de caráter voluntário e não obrigatório. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não consentir em participar, bem como retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer penalização. Você responderá a um instrumento de coleta de dados - uma entrevista orientada por roteiro, com duração de aproximadamente uma hora, a qual será transcrita e armazenada em arquivos digitais, e só será acessada pela pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo e local seguro, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

A confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão asseguradas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados. Você poderá solicitar do pesquisador, no percurso da pesquisa, ou posteriormente, informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é de poder ser sensibilizado da importância de uma maior apropriação dos dispositivos do território, além de poder ser motivado para uma gestão participativa, o que será muito oportuno para a Clínica da Família em questão, tendo em vista que a mesma está estruturando o seu Conselho Gestor Local. Os riscos de constrangimento durante a entrevista ou dano emocional serão minimizados tendo em vista que a entrevista será individual, num ambiente com privacidade, respeitadas as respostas e a sua individualidade. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante e na elaboração de um artigo científico.

Daniele Rodrigues Vidal Rocha - Pesquisador Responsável
Email: danielervr@yahoo.com.br - Telefone: (21) 3884-6418
3865-9731

Dr^a Grácia Maria de Miranda Gondim – Orientadora
Email: grama@fiocruz.br – Telefone: (21)
3865-9731

Endereço: ENSP/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Rio de Janeiro, _____ de _____ de 201__.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com:

- **Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:** Tel e Fax - (0XX) 21- 2598-2863
E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>
- **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil:** Tel - (0XX) 21- 3971-1463
E-Mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Gestor ou Profissional de Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“As múltiplas dimensões do Território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família da AP 3.2.”

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *“As múltiplas dimensões do Território na construção de uma prática de gestão comprometida com as necessidades da população: um estudo de caso de uma Clínica da Família da AP 3.2”*. A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora **Daniele Rodrigues Vidal Rocha**, mestranda em Saúde Pública/Atenção Primária, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. **Grácia Maria de Miranda Gondim**. O estudo tem por objetivo reconhecer na abordagem do território, as concepções, os dispositivos e a potência operacional para estruturação de uma prática de gestão na ESF comprometida com os problemas e as necessidades da população.

Sua inclusão como sujeito desta pesquisa deve-se a sua inserção como **Gestor ou Profissional de Saúde** da equipe (Dois de Maio ou Engenho ou Saúde Bucal) da Clínica da Família Izabel dos Santos – AP 3.2, onde será desenvolvida a investigação de campo. Sua participação é fundamental, mas de caráter voluntário e não obrigatório. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não consentir em participar, bem como retirar-se da pesquisa a qualquer momento, não havendo qualquer penalização. Você responderá a um instrumento de coleta de dados - uma entrevista orientada por roteiro, com duração de aproximadamente uma hora, a qual será transcrita e armazenada em arquivos digitais, e só será acessada pela pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo e local seguro, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

A confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas serão asseguradas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados. Você poderá solicitar do pesquisador, no percurso da pesquisa, ou posteriormente, informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é de poder refletir sobre o seu processo de trabalho, além de poder ser sensibilizado da importância de uma maior apropriação do território, levando em consideração as suas múltiplas dimensões e dispositivos. Os riscos de constrangimento durante a entrevista ou dano emocional serão minimizados tendo em vista que a entrevista será individual, num ambiente com privacidade, respeitadas as respostas e a sua individualidade. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante e na elaboração de um artigo científico.

Daniele Rodrigues Vidal Rocha - Pesquisador Responsável
Email: danielervr@yahoo.com.br - Telefone: (21) 3884-6418
3865-9731

Dr^a Grácia Maria de Miranda Gondim – Orientadora
Email: grama@fiocruz.br – Telefone: (21)

Endereço: ENSP/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201__.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com:

- **Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:** Tel e Fax - (0XX) 21- 2598-2863
E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br - <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>
- **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil:** Tel - (0XX) 21- 3971-1463
E-Mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Apêndice C

Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

=====

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

=====

Data: _____ Local do Preenchimento: _____ Hora: _____

=====

BLOCO I - INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Nº Prontuário: _____
 Escolaridade: _____ Posição na Família: _____
 Profissão: _____ Local de Trabalho: _____

=====

BLOCO II – QUANTO AO CONCEITO E USO DO TERRITÓRIO:

1. O que entende por território?
 2. O que existe no território que pode fortalecer a comunidade?
- =====

BLOCO III – QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO:

3. Como é percebido o trabalho da ESF pela população do território?
 4. Qual a contribuição de cada profissional da equipe para o trabalho territorializado?
- =====

BLOCO IV – QUANTO À PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE GESTÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO:

5. Como se dá a participação da comunidade no processo de trabalho da ESF?
 6. De que forma a equipe ESF se integra e interage com a comunidade?
- =====

Apêndice D

Quadro de Sistematização dos discursos

Quadro de Sistematização dos discursos

Código	Discurso	ECHs
AU01	“É quando a gente comanda. Porque território é uma coisa que pertence a nós. Quando a gente vive naquele local, a gente manda naquele lugar e deve ser respeitado. Está relacionado com o poder.”	A gente comanda, pertence a nós, vive naquele local, manda naquele lugar, relacionado com o poder.
AU02	“Território é referente a esta área, a este território.”	Esta área.
AU03	“Também acho a mesma coisa.”	Esta área.
AU04	“Território é um bairro, é um centro.”	Um bairro, um centro.
AU05	“Território eu acho que é o local onde eu vivo, eu convivo, onde eu moro, o meu bairro, as pessoas que estão ao meu redor.”	Local onde eu vivo, convivo, moro, bairro, pessoas ao redor.
BU01	“É um espaço determinado, delimitado de uma certa região.”	Espaço determinado, delimitado de uma região.
AU06	“Eu não sei o que é território, eu só estudei até a 3ª série.”	Não sei.
BPm01	“Bom é uma área delimitada, demarcada, onde eles especificaram para gente por equipe. Eles dividiram o bairro por equipe. Então território é até onde eu como ACS posso ir, quais são as casas e os pacientes o qual eu devo atender.”	Área delimitada, demarcada, por equipe, casas e pacientes.
APm01	“Território é uma área abrangente, por exemplo: o meu território é só ali o condomínio 691. É como se fosse uma partezinha do Brasil no mundo.”	Área abrangente, partezinha do Brasil.
BU02	“Território é o local demarcado, é um lugar delimitado.”	Local demarcado, lugar delimitado.
BU03	“Território é o local demarcado, é um lugar delimitado.”	Local demarcado, lugar delimitado.
BPm02	“Território é toda localidade, todo o alcance de uma determinada área, por exemplo: aqui na Clínica a gente trabalha com um determinado território.”	Localidade, alcance de uma área.
APm02	“Território é um local, onde tem pessoas, parcerias, escolas, apartamentos, casas e lojas.”	Local, pessoas, parcerias, escolas, apartamentos, casas e lojas.
APm03	“Território é uma área de abrangência que a Clínica trabalha, no caso a minha área é a microárea 1 da equipe engenho, que é o meu território de trabalho.”	Área de abrangência.
AU07	“Território é coisa da Pátria.”	Pátria.
AU08	“Território é um local. O Brasil, o Rio de Janeiro e São Paulo são territórios. Aqui tem território de comunidade.”	Local, Brasil, Rio de Janeiro, São Paulo, Comunidade.
AU09	“É um local.”	Local.
APm04	“Território é a área de abrangência da clínica, as ruas que temos que visitar no bairro.”	Área de abrangência que temos que visitar.
APm05	“Pra mim é a minha área de abrangência. É ali onde eu sou o responsável pelas aquelas famílias que habitam naquele território.”	Área de abrangência, eu sou responsável pelas aquelas famílias.
APm06	“Território, para nós AVSs, é a nossa área de abrangência, onde nós somos responsáveis por toda aquela região e todos os problemas relacionados à endemias, mais especificamente dengue, que é o nosso principal foco.”	Área de abrangência, somos responsáveis por toda aquela região e todos os problemas relacionados à endemias.
APm07	“Território são áreas divididas aqui na clínica.”	Áreas divididas.
APm08	“Território abrange o local onde eu trabalho. Esse território são as pessoas que moram, as casas, os prédios, os colégios e as igrejas. Eu envolvo tudo no território.”	Local onde eu trabalho, pessoas, casas, prédios, colégios, igrejas, envolvo tudo.

APs01	“É tudo que abrange a área que a clínica é responsável, tanto a parte geográfica quanto a população, os problemas que tem naquela localidade e as coisas boas também, como infraestrutura: a parte de mercado, farmácia, tudo o que tem envolta, as casas e as famílias.”	Abrange a área, parte geográfica, população, problemas, coisas boas, infraestrutura, casas, famílias.
BPm03	“É uma área que a Clínica abrange, toma conta no caso. Esta área é composta por: população, estruturas físicas, como: casas, lojas, comércio, etc.”	Área que a clínica abrange, população, estruturas físicas, casas, lojas, comércio.
BPs01	“Território é onde a gente atua efetivamente, levando saúde às pessoas.”	Onde a gente atua, levando saúde.
BU04	“É a área onde a gente mora.”	Área, mora.
APs02	“Território para equipe de saúde da família é a área abrangida pelas equipes. É a área que a gente tem que dar conta da população e do próprio território; das pessoas e seu ambiente.”	Área abrangida, pessoas e seu ambiente.
AU10	“Território Brasileiro.”	Território Brasileiro.
BU05	“Território é um lugar, um certo espaço que pertence a uma tribo. É um pedaço de um lugar que pertence a uma população.”	Lugar, certo espaço, pertence a uma tribo, pedaço de um lugar, pertence a uma população.
AU11	“Território é o lugar onde nós vivemos.”	Lugar onde vivemos.
BPm04	“Território é uma área definida. Eu trabalho no território da Dois de Maio, que tem drogas, muito lixo e desigualdade social.”	Área definida, eu trabalho, drogas, muito lixo, desigualdade social.
BU06	“É o local onde as pessoas vivem.”	Local, pessoas vivem.
BPm05	“Território é a área onde eu trabalho. Lá existem casas, tráfico, muito lixo e pessoas de todos os níveis sociais.”	Área onde trabalho, casas, tráfico, muito lixo, pessoas.
BPm06	“Território seria toda a área que a Clínica abrange. Eu trabalho no território Dois de Maio que é uma comunidade, que é a favela do rato molhado. Lá tem muita sujeira, displicência, as pessoas não dão muito valor a nada, vivem naquele mundinho deles. Eles não tem noção do que a gente está oferecendo para eles. A gente não tem um retorno, pois a gente marca consulta e a pessoa não vem, esquece. O uso de drogas é uma coisa normal, adolescentes grávidas, muito cedo com 11, 12 anos. Moradia ruim, tudo improvisado e eles vivem numa boa. Isso já me chocou muito. É uma realidade totalmente fora da minha. Eu tenho tristeza, eu queria ver outra coisa. Eu queria ver as crianças bem cuidadas, um palavriado legal, mas a gente é atendido como aquela mulher, olha a mulher tá aí, por mais que você use o teu palavriado legal, como: senhora e obrigado, eles não tem isso, é mãe xingando o filho, palavrão é uma coisa muito comum, discussão de mulher com outra mulher, por causa de homem.”	Área que a clínica abrange, eu trabalho, comunidade, muita sujeira, displicência, pessoas não dão muito valor a nada, uso de drogas, adolescentes grávidas, moradia ruim, palavrão, discussão.
BPm07	“Território da microárea, é a demarcação de um espaço com uma população específica. O território onde eu trabalho é precário. O poder público está tentando chegar lá, mas ainda não chegou totalmente, por isso tem muita sujeira, a estrutura de moradia é a pior possível, famílias enormes morando num só cômodo de tijolo sem embolço, calor, umidade, rato, barata, falta de alimentação, falta de educação, falta de cultura e falta de educação social.”	Demarcação de um espaço, uma população específica, eu trabalho, precário, muita sujeira, famílias enormes morando num só cômodo, calor, umidade, rato, barata, falta de alimentação, falta de educação, falta de cultura e falta de educação social.
BPm08	“Território é a área de atuação que pode ser dividida ou fica para uma só pessoa trabalhar. O	Área de atuação, eu trabalho, bem carente, dentro da comunidade,

	AVS geralmente é dono do seu próprio território agora o ACS às vezes divide o território. O território que eu trabalho é bem carente, porque fica dentro da comunidade da Dois de Maio, tem muita carência, muita sujeira, muito lixo, muita pobreza, é um local complicado de trabalhar.”	muita sujeira, muito lixo, muita pobreza, local complicado de trabalhar.
APs03	“Território é a área definida que abrange os pacientes que a gente cuida aqui. O meu território abrange um certo número de ruas aqui do Engenho Novo com os pacientes em si. O número máximo é de 4.000 habitantes por equipe. No meu território tem muitos idosos, muitos hipertensos, alguns diabéticos e não tem muitas grávidas. É um território de classe média-média baixa, não tem comunidade, são condomínios, é um território de difícil acesso, porque o pessoal tem plano de saúde. É difícil deles aceitarem a entrada da Clínica da Família, volte e meia aqueles que tem plano e não querem ser atendidos, depois de um mês acabam querendo, mas depois que a gente consegue acessar eles gostam daqui e ficam bem.”	Área definida que abrange os pacientes, um certo número de ruas, 4.000 habitantes por equipe, idosos, hipertensos, diabéticos, classe média-média baixa, condomínios, difícil acesso, plano de saúde.
AU12	“Território Brasileiro, que é a dimensão da onde eu moro, o meu Estado.”	Território Brasileiro, onde eu moro, meu Estado.
AU13	“Território é onde a gente mora. É o nosso Brasil. O meu território é bom, tem bastante amizade entre os moradores, tem bastante limpeza e respeito.”	Mora, Brasil, bom, bastante amizade, limpeza, respeito.
AU14	“Território é minha casa. Eu moro numa rua tranquila, ótimos vizinhos, minha casa é própria, eu tenho tranquilidade e paz.”	Minha casa, moro, ótimos vizinhos, tranquilidade, paz.
BU07	“Não sei definir.”	-
BU08	“Eu nunca ouvi falar essa palavra.”	-
BU09	“Nem imagino o que é território.”	-
BU10	“Território é um lugar nosso, o lugar onde a gente pisa.”	Lugar nosso, a gente pisa.
BU11	“Território é uma área definida, é o lugar onde as pessoas moram.”	Área definida, lugar onde as pessoas moram.
BU12	“Território é um ambiente que tem um comando, tipo facções divididas, lado a, lado b e lado c. São regiões que tem cada uma o seu comando.”	Ambiente que tem comando, facções divididas, regiões que tem o seu comando.
BPs02	“Território é uma área que abrange pessoas e lugares com as mesmas características.”	Área que abrange pessoas e lugares, mesmas características.
BU13	“Território é a pessoa marcando o lugar.”	Pessoa marcando o lugar.
AU15	“Território é aquele lugar, aquele local.”	Lugar, local.
BU14	“Território leva o Brasil todo, seria todo o solo Brasileiro.”	Todo solo Brasileiro.
AL01	“Território é uma abrangência de um lugar. Toda uma abrangência é um território. Quando você tem uma abrangência de uma outra forma ou geográfica ou cultural, ou de diversos aspectos sociais, econômicos, políticos, aí você tem outro território.”	Abrangência de um lugar, geográfica, cultural, aspectos sociais, econômicos, políticos.
BL01	“Território é o local onde se aglomera uma quantidade de habitantes. Dependendo da dimensão do local se torna uma multidão. É a onde as pessoas constroem casas, constroem famílias e assim vai sucessivamente.”	Local onde se aglomera habitantes, pessoas, casas, famílias.
BPs03	“Território é um conjunto de representações, de vários equipamentos, de problemas e de soluções para aqueles problemas. É alguma coisa que se modifica o tempo todo, é uma coisa dinâmica, que a gente tem que ficar trabalhando de acordo as mudanças que ocorrem neste território.”	Conjunto de representações, equipamentos, problemas, soluções, modifica o tempo todo, coisa dinâmica.

BL02	“Território é uma área demarcada por alguma especificidade.”	Área de marcada, alguma especificidade.
BU15	“Não sei definir.”	-
APm09	“Território é a área delimitada, a gente tem um território de uma área de 4000 habitantes, aí desses 4000 habitantes do território a gente divide em microáreas.”	Área delimitada, 4.000 habitantes, divide em microáreas.
Código	Discurso	ECHs
AU01	“É a Igreja, que ajuda a nós todo mês com contribuição de roupa, alimentação e a palavra de Deus, pois sempre fala que a gente tem que amar o próximo como a nós mesmos e muitas coisas boas, que a gente não pode menosprezar o nosso vizinho, mesmo ele vindo com ignorância e com brigas. É o que diz água fria com gordura quente não se dá e no caso o nosso vizinho é a gordura quente e nós somos a água fria, então nós temos que trazer a paz e não deixar aquilo explodir.”	A Igreja, a palavra de Deus, amar o próximo, coisas boas, o nosso vizinho, trazer a paz.
AU02	“Tem apenas a Clínica da Família.”	A Clínica da Família.
AU03	Não respondeu.	-
AU04	Não respondeu.	-
AU05	“A UPP trouxe uma melhoria em relação ao tráfico, e com isso veio outras coisas, como a retirada dos lixos, mais acesso à saúde e melhora na segurança. Eu acho que deu uma melhorada boa.”	A UPP, retirada dos lixos, mais acesso à saúde, melhora na segurança.
BU01	“Não vejo nada para fortalecer a comunidade não. Só a Clínica da Família e a UPA, que melhorou bastante.”	A Clínica da Família e a UPA.
AU06	“Eu acho que não tem nada.”	Nada.
BPm01	“Como eu trabalho numa área carente a gente não tem muitas ferramentas que nos ajude. Na minha microárea eu tenho a Associação de moradores, que é uma ferramenta importante, que nos auxilia sempre e nos dá retorno. Se eu não consigo adentrar em alguma residência eu vou até eles e eles conseguem essa liberação, eles fazem com que os pacientes nos atendam e nos recebam.”	Não tem muitas ferramentas, a Associação de moradores, fazem com que os pacientes nos recebam.
APm01	“Tem muita amizade, as pessoas são muito unidas. Tirando o síndico, pois na semana passada eu tive um pequeno desentendimento com ele, bobagem, porque eu entreguei um papel para o porteiro avisando que a médica ia lá e ele não entregou para o síndico e quando a gente chegou lá ele não gostou e disse que tinha que avisar com uma semana de antecedência. As pessoas se ajudam muito. Tem um paciente com dificuldade que as pessoas doam toda semana bolsas de compras.”	Amizade, pessoas unidas, pessoas se ajudam.
BU02	“Onde eu moro não tem nada, lá é precário. Só a Associação, que é um pouco distante da minha casa. E serve para dar informação e a gente pegar a correspondência.”	Associação, informação, pegar correspondência.
BU03	“Só a Associação, que é um pouco distante da minha casa. E serve para dar informação e a gente pegar a correspondência.”	Associação, informação, pegar correspondência.
BPm02	“Existem poucos parceiros, por exemplo: a FAETEC.”	Parceiros, FAETEC.
APm02	“Tem uma Igreja, onde tem um grupo de alcoólicos anônimos.”	Igreja, grupo de alcoólicos anônimos.
APm03	“A minha microárea é residencial e não tem nenhum equipamento para fortalecer a	Nenhum equipamento.

	comunidade.”	
AU07	“Lá onde eu moro não tem nada.”	Nada.
AU08	“Tem o Hospital Salgado Filho, um colégio e atividades nas praças para idosos. Agora para jovem não tem nada.”	Hospital Salgado Filho, colégio, atividades nas praças para idosos.
AU09	“Tem o Hospital Salgado Filho, um colégio e atividades nas praças para idosos. Agora para jovem não tem nada.”	Hospital Salgado Filho, colégio, atividades nas praças para idosos.
APm04	“Temos um pouco de dificuldade quanto a isso, onde eu moro tem uma Associação de moradores, que não é na área do Engenho, onde eu trabalho, que não é muito comprometida com os moradores. A Igreja também não se integra a Clínica, não vindo às reuniões que convidamos. Na minha microárea só tem um clube que também não tem vínculo com a Clínica ainda.”	Dificuldade, Associação de Moradores não é muito comprometida, Igreja não se integra, Clube não tem vínculo.
APm05	“A gente tem parceria com a Associação de moradores, a Presidente da Associação é minha paciente e a gente tem um vínculo muito grande com ela.”	Associação de Moradores, vínculo muito grande.
APm06	“O território da equipe engenho não tem nada, porque é uma região mais residencial, esquecida e isolada.”	Nada, região residencial, esquecida, isolada.
APm07	“A Clínica da Família.”	Clínica da Família.
APm08	“Tem algumas instituições, mas não são focadas na população. A gente está começando a fazer parcerias com eles. Tem a Igreja Nossa Senhora de São Sebastião que a gente vai pra lá tentar recadastrar as pessoas e tentar fazer algum evento com o dentista, que chama mais a atenção. Eles cedem o lugar para gente poder usar. Tem Centros que também cedem, tem alguns lugares.”	Instituições, começando a fazer parcerias, Igreja, Centros.
APs01	“Tem a Associação de Moradores, as igrejas e as escolas. Tem vários equipamentos que apoiam o trabalho da clínica. A gente faz parcerias nas ações sociais, com a FAETEC, com a Associação de Moradores e com uma ONG.”	Associação de Moradores, Igrejas, Escolas, vários equipamentos, parcerias, FAETEC, ONG.
BPm03	“A Clínica, a UPA, aqui do lado, as Associações e as Igrejas.”	Clínica, UPA, Associações, Igrejas.
BPs01	“Existe o Conselho Gestor da Clínica, a Polícia Militar, que entrou agora a pouco tempo na favela do rato, e a gente tem a Associação dos moradores.”	Conselho Gestor da Clínica, Polícia Militar, Associação dos Moradores.
BU04	“Não tem nada. Eu acho que deveria ter cursos para adolescentes.”	Nada.
APs02	“Tem Escolas, Igrejas e Associação de moradores. Porém só a Escola tem uma participação mais efetiva, pois as equipes desenvolvem ações dentro das Escolas. As Igrejas e Associações de moradores não participam muito da Saúde da Família, são parceiros a serem feitos ainda no território.”	Escola participação mais efetiva, Igrejas e Associação de moradores parceiros a serem feitos ainda.
AU10	“Não tem nada, só assalto, mas até que agora melhorou porque o carro da Polícia fica lá na minha rua dia e noite.”	Nada, assalto, melhorou, carro da Polícia.
BU05	“Temos apoio da Clínica da Família Isabel dos Santos, principalmente para a terceira idade, e da CEFET.”	Clínica da Família, terceira idade, CEFET.
AU11	“A Clínica da Família e o Hospital Salgado Filho.”	Clínica da Família, Hospital Salgado Filho.
BPm04	“A UPP, que melhorou a segurança, e a Clínica da Família. No caso de drogas a Clínica e o NASF	UPP, Clínica da família, NASF.

	tentam ajudar, mas tem muitos usuários que não querem ser ajudados.”	
BU06	“A Clínica da Família e a UPA.”	Clínica da Família, UPA.
BPm05	“Só tem a Creche na minha área.”	Creche.
BPm06	“Na minha microárea não tem nada.”	Nada.
BPm07	“O trabalho que a Clínica da Família oferece para trazer saúde para população e a Polícia Militar que está tentando levar a lei para comunidade.”	Clínica da Família, Polícia Militar.
BPm08	“Nada, tem pessoas interessadas em melhorar, mas é difícil.”	Nada, pessoas interessadas em melhorar.
APs03	“Igrejas, a Escola Medeiros e Albuquerque, a Academia para os Idosos e a Associação de Moradores do condomínio 691.”	Igrejas, Escola Medeiros e Albuquerque, Academia para idosos, Associação de Moradores do Condomínio 691.
AU12	“Tem Segurança na rua, tem as Agentes de Saúde que vão na minha casa e tem a Igreja que doa cesta básica.”	Segurança, Agentes de Saúde, Igreja.
AU13	“Tem as coisas normais, como a Comlurb.”	Coisas normais, Comlurb.
AU14	“Só a Clínica da Família.”	Clínica da Família.
BU07	“Nada.”	Nada.
BU08	“Que eu saiba nada.”	Nada.
BU09	“Não tem nada. Deveria ter um Centro Social, mas não tem.”	Nada.
BU10	“Só os agentes daqui que entregam os exames e as consultas quando eu não posso vir aqui. Só a Clínica.”	Os Agentes, a Clínica.
BU11	“Tem pessoas que doam alimentos, leite e cesta básica. Tem Associação de Moradores e Igreja.”	Pessoas que doam alimentos, Associação de moradores, Igreja.
BU12	“Não tem nada, porque minha rua é uma rua pequena, fechada e com poucos moradores que se ajudam mutuamente.”	Nada, moradores se ajudam.
BP02	“Tem a Equipe da Clínica da Família.”	Equipe da Clínica da família.
BU13	“Tem a Igreja que faz a Campanha do quilo, que dá para as pessoas que precisam.”	Igreja.
AU15	“Tem uma Capela.”	Capela.
BU14	“A Clínica da Família, a UPA, Igrejas e a Associação de moradores.”	Clínica da Família, UPA, Igrejas, Associação de moradores.
AL01	“A Clínica da Família, que tem uma parceria muito importante com a Escola Medeiros e Albuquerque, pois diversas vezes eu peço socorro aqui a gerente da Clínica, quando a gente tem alguma criança com uma patologia, porque a gente não é médico, então ela acolhe esta criança e marca o médico. Às vezes uma determinada criança tem dificuldade de aprendizagem que vai além do pedagógico e você já fez tudo, aí a gente encaminha para Clínica também. Na rua da Escola a gente tem uma ONG que atende crianças especiais. Nós também temos parceria com a Universidade Celso Lisboa que também oferece um serviço de Psicologia.”	Clínica da Família, Escola Medeiros e Albuquerque, ONG, parceria, Universidade Celso Lisboa.
BL01	“Agora no momento nós temos a Prefeitura que nos atende, e num segundo plano nós temos a área de saúde que foi implantada, temos um projeto de educação para adolescentes que abrange a localidade toda através da FAETEC, na verdade hoje CVT e temos a UPA, que é o local meramente emergencial, que é da área de saúde também. A função da Associação de moradores é prestar serviços, informações e divulgação para os moradores da região. Ela não decide nada sozinha, ela decide com os membros das lideranças. A gente busca projetos, faz pedidos para facilitar o acesso	Prefeitura, FAETEC, UPA, Associação de moradores, prestar serviços, informações, divulgação, questão social.

	aos serviços para as pessoas da comunidade. Na verdade a Associação de moradores é uma centralização de comunicação, palestras e conversas. Tudo o que o morador precisa ele deve ir até a Associação porque ela tem o dever de orientar a pessoa a que órgão buscar, ligar para o órgão se houver uma necessidade, encaminhar a família. O papel da Associação é uma questão social.”	
BPs03	“Existe as parcerias com as entidades, as Igrejas, as Escolas e com alguns líderes envolvidos, que estão sempre trabalhando com estratégias e projetos em prol desta comunidade e da melhoria da qualidade de vida da população. Agora a gente tem a UPP Social que vem fortalecer este trabalho.”	Parcerias com entidades, Igrejas, Escolas, Líderes, UPP Social.
BL02	“Só a Clínica da Família.”	Clínica da Família.
BU15	“Os próprios moradores se ajudam, dando roupas usadas.”	Moradores se ajudam.
APm09	“Eu não conheço toda a minha área ainda e no momento eu não sei se existe.”	Não conheço minha área.
Código	Discurso	ECHs
AU01	“Maravilhoso. No dia que eu ia fazer o preventivo, ela ligou marcando e eu não precisei sair de casa, descer aquela ladeirona. Ela leva o papelzinho com a marcação das consultas. Olha é muito bom, muito gostoso. Foi a coisa que Deus plantou bem plantado. A gente se sente que tem uma clínica particular, ou até melhor.”	Maravilhoso, ligou marcando, leva a marcação das consultas, uma clínica particular, ou até melhor.
AU02	“Eu acredito que todos estejam gostando, porque é um benefício para gente. A gente sempre escutou falar bem. Hoje é o nosso primeiro dia de consulta e até agora foi tudo ótimo.”	Um benefício para gente, sempre escutou falar bem, até agora foi tudo ótimo.
AU03	“Eu gostei muito daqui.”	Gostei muito.
AU04	“Muito bom mesmo.”	Muito bom.
AU05	“Eu estou sentindo uma dificuldade muito grande em relação à Clínica da Família. Quando eu comparo com o Posto de Saúde eu acho que ele é melhor, porque antigamente no Posto de Saúde a hora que eu chegava eu era atendida, mesmo não sendo emergência, aqui eu estou tendo uma certa dificuldade por não ter médico. Um exemplo foi quando eu quis marcar uma consulta para o meu filho que estava com uma veruga no dedo e eu só consegui marcar para uns 3 meses depois. E tem esse negócio de equipe também. Mas eu acredito que seja uma adaptação ainda porque a Clínica da Família só tem dois anos. Eu percebo uma certa dificuldade no Sistema de Encaminhamento para as especialidade, porque demora muito para marcar. Enquanto no Posto de Saúde eu já tinha a procura da minha consulta especializada. Ele precisa ser mudado ou melhorado, para o benefício de todos.”	Uma dificuldade muito grande, o Posto de Saúde é melhor, a hora que eu chegava eu era atendida, marcar uma consulta para 3 meses depois, dificuldade no Sistema de Encaminhamento para especialidade, demora muito para marcar, precisa ser melhorado.
BU01	“Para mim tem sido bom, eu não tenho o que reclamar, exceto quando eu estava grávida dela a minha equipe estava sem médico e eu tinha que ser encaixada na agenda dos médicos das outras áreas, mas eu acho que a saúde ficou melhor com a Clínica da Família.”	Bom, a saúde ficou melhor.
AU06	“Eu estou gostando do trabalho da Clínica, porque a menina foi lá minha casa.”	Estou gostando do trabalho, foi lá minha casa.

BPm01	<p>“Antigamente eles tinham o Posto de Saúde em que eles tinham que chegar cedo para conseguir atendimento. A gente está tendo que fazer um trabalho de educação mesmo, onde a gente tem que dizer para eles que agora não é mais assim, a consulta é marcada. Eu já estou aqui a dois anos e eu posso dizer que agora na minha microárea eu consegui que eles entendam como funciona aqui. E agora eles estão começando a entender e a aceitar. Inclusive as visitas são um pouco prejudicadas, porque a gente vai e eles não querem abrir a porta. Às vezes é devido as condições de moradia, que eles tem um pouco de vergonha, tem receio, porque como tem muitos parentes de pessoas envolvidas no tráfico, eles tem medo do motivo da visita. Isso ainda acontece, mas no início era bem pior.”</p>	<p>Trabalho de educação, consulta marcada, começando a entender, aceitar, visitas prejudicadas, eles não querem abrir a porta, tem vergonha, tem receio, medo do motivo da visita.</p>
APm01	<p>“Eles estão apoiando o trabalho. E estão percebendo que está melhor, pois no Posto de Saúde para marcar uma consulta tinha que madrugar e às vezes nem conseguia, e agora as consultas e os remédios chegam em casa. Quando a médica não vem eu ligo e remarco. A maioria está gostando.”</p>	<p>Apoiando o trabalho, percebendo que está melhor, consultas e remédios chegam em casa, eu ligo e remarco.</p>
BU02	<p>“A Agente Comunitária vai no território e se esforça. Eu gosto das visitas domiciliares. De um modo geral eu estou gostando, mas precisava ter mais médicos, porque é pouco para quantidade de pessoas.”</p>	<p>Vai no território e se esforça, gosto das visitas domiciliares, precisava ter mais médicos.</p>
BU03	<p>“A Agente Comunitária vai no território e se esforça.”</p>	<p>Vai no território e se esforça.</p>
BPm02	<p>“Como é uma coisa nova, a população ainda está aprendendo o que é Saúde da família. Há muita resistência de está aderindo, frequentando a Clínica, vindo nas consultas. Eles buscam mais quando estão doentes, em casos emergenciais. Vir à Clínica não faz parte do dia a dia deles, como os Programas de atenção.”</p>	<p>Coisa nova, a população está aprendendo, muita resistência, buscam quando estão doentes, casos emergenciais, não faz parte do dia a dia deles.</p>
APm02	<p>“A população ainda não entendeu o trabalho da ESF e suas vantagens, para alguns usuários a consulta tem ser na hora, eles preferem acordar cedo e serem atendidos no mesmo dia do que ter consultas marcadas, mas eles aceitam bem.”</p>	<p>A população ainda não entendeu, preferem acordar cedo e serem atendidos no mesmo dia, aceitam bem.</p>
APm03	<p>“Ainda há muita reclamação, mas muitos agradecem muito pelo acesso a exames e consultas, que antes eles não tinham com facilidade. Há mais elogios do que reclamações. Eu acho que é falta de adaptação daqui a um tempo o pessoal vai colocar na cabeça o conceito de saúde da família.”</p>	<p>Muita reclamação, muitos agradecem, acesso, exames, consultas, falta de adaptação.</p>
AU07	<p>“A população está gostando mais ou menos da ESF, porque a gente precisa de um acompanhamento da saúde e não tem. Já tem um ano que eu estou tentando marcar uma consulta com o médico e não consigo. Os remédios eu pego. No mês passado eu fiz uma consulta com a enfermeira. Eu acho que eu preciso de um atendimento melhor, porque eu sou carente. Eu estou sempre aqui para verificar pressão, mas preciso de uma consulta médica.”</p>	<p>Gostando mais ou menos, precisa de acompanhamento de saúde e não tem, marcar consulta com o médico, remédios, consulta com a enfermeira, preciso de um atendimento melhor.</p>
AU08	<p>“As pessoas estão gostando, mas faltam médicos especialistas no sistema, no SUS, e com isto os encaminhamentos demoram muito para serem</p>	<p>Faltam médicos especialistas no SUS, encaminhamentos demoram muito, Clínica boa, atividades,</p>

	marcados, às vezes até de anos. A clínica aqui é boa, aqui tem atividades, tem artesanato, tem caminhada.”	artesanato, caminhada.
AU09	“As pessoas estão gostando, mas faltam médicos especialistas no sistema, no SUS, e com isto os encaminhamentos demoram muito para serem marcados, às vezes até de anos.	Faltam médicos especialistas no SUS, encaminhamentos demoram muito.
APm04	“Tem os dois lados: tem uns que elogiam muito que normalmente são aqueles que não tinham nada, tinham que acordar de madrugada para irem para o posto e acham aqui maravilhoso e os outros que já eram acostumados com o plano e agora estão procurando a Clínica ficam um pouco decepcionados, porque acham que vão chegar e serem atendidos na hora sem marcar a consulta, que geralmente demora um mês, o que gera reclamação, além da demora de quinze dias para os exames ficarem prontos.”	Uns elogiam muito, aqueles que não tinham nada, outros acostumados com o plano, ficam um pouco decepcionados, demora.
APm05	“Eles estão começando agora a enxergar com bons olhos, porque a gente já tem dois anos aqui. No começo eles achavam que era política e que não ia funcionar por muito tempo, mas agora eles estão vendo que está funcionando e melhorando.”	Enxergar com bons olhos, está funcionando e melhorando.
APm06	“O nosso trabalho especificamente, eu tenho tido muita dificuldade, porque os moradores não veem aquilo como algo útil para eles. Muitas vezes eu vou na casa da pessoa e eles dizem aqui não tem dengue não, mas na casa do vizinho tem isso, isso e isso. Sempre a casa do vizinho é a casa ruim e a casa daquela pessoa não tem nada, é tudo perfeito. E às vezes eu chego na casa do vizinho e identifico que na casa daquele morador que recusou a visita tem problema, aí eu tenho que voltar lá, conversar e tentar fazer com que o morador permita a nossa entrada. Muitas vezes este morador que recusa a visita depois vai ser atendido na UPA com dengue.”	Muita dificuldade, moradores não veem como algo útil, sempre a casa do vizinho é a casa ruim, morador recusa visita.
APm07	“Eles estão gostando, porque o Posto de Saúde era muito longe.”	Gostando, Posto de Saúde era longe.
APm08	“A equipe a qual eu trabalho é a equipe que possui mais usuários com plano de saúde, não é uma comunidade. Eu moro na minha área de abrangência e sou minha agente comunitária. O pessoal no começo não queria nem fazer o cadastro. Aí me colocaram para trabalhar nesta área por conhecer, então ficou mais fácil deles aderirem, porque eles já me conheciam. Agora muita gente está aderindo porque perderam o plano de saúde.”	Usuários com plano de saúde, não queria fazer cadastro, eles já me conheciam, ficou mais fácil deles aderirem, muita gente aderindo porque perderam o plano de saúde.
APs01	“Alguns pacientes aceitam muito bem e entendem o trabalho, só que a maioria não entende exatamente o que é ESF, ainda está acostumado com o modelo antigo e vem pra consulta só na urgência. Não estão muito acostumados com a demanda programada que a gente tenta fazer. A gente tenta educar de como funciona a Clínica da Família e que os casos de urgência mais graves devem ser atendidos na UPA ou nos Hospitais. Eles ainda confundem um pouco as duas coisas.”	Alguns aceitam e entendem, a maioria não entende a demanda programada, casos de urgência mais graves devem ser atendidos na UPA e nos Hospitais.
BPm03	“Uma boa parte da população aceita bem, mas existe uma outra parte que ainda não olha bem a ESF, eles acham que aqui tinha que ser igual no	Boa parte aceita bem, outra parte não olha bem a ESF, tinham chegar, pegar número e ser atendido, pronto-

	posto, onde eles tinham que chegar, pegar número e ser atendido, ou senão ser um pronto-atendimento.”	atendimento.
BP01	“A aceitação do trabalho da ESF no território pela população é ótima. Eles reconhecem muito o trabalho da equipe, pois a gente consegue resolver a maioria dos problemas e eles estão gostando muito.”	Aceitação ótima, reconhecem o trabalho, a gente consegue resolver a maioria dos problemas.
BU04	“Uns gostam e outros não gostam. Eu não tenho nada que reclamar, eu sou muito bem atendida aqui. O único problema é que sempre está faltando médico na equipe, mas o médico da outra equipe quando pode atende.”	Uns gostam, outros não gostam, eu sou bem atendida, problema, faltando médico na equipe.
AP02	“Eu sou de uma equipe que não tem muita população de comunidade carente, é uma população de moradias urbanizadas. Apesar de estar aqui há só dois meses, mas quando eu cheguei havia um grande número de pessoas que eram usuários de plano de saúde privado. Eu venho percebendo nos últimos quinze dias que pessoas que não frequentavam a Clínica passaram a vir para marcar consulta de primeira vez, não sei se por passarem a acreditar na Clínica ou por uma redução do padrão de vida. A classe média tem migrado para a saúde da família. Muitos usuários afirmam que está Clínica é boa.”	População de moradias urbanizadas, usuários de plano de saúde privado, pessoas que não frequentavam passaram a vir marcar consulta, passarem a acreditar na Clínica, redução do padrão de vida, classe média, está Clínica é boa.
AU10	“Eu estou gostando muito. Desde que abriu que eu me trato aqui, eu já fiz todos os exames.”	Estou gostando muito, me trato aqui, fiz todos os exames.
BU05	“Eu vejo com bons olhos, mas temos um problema, pois não temos médico na equipe Dois de Maio, pois os médicos não ficam. Nós temos apoio de tudo, apoio da Educação Física, da Saúde com as Enfermeiras, nós temos muito carinho, as meninas que trabalham aqui na Clínica são muito amáveis com a gente. A gente se sente a vontade aqui na Clínica, nós temos artesanato, nós temos uma professora que ensina os direitos da terceira idade. Só falta assistência médica.”	Vejo com bons olhos, temos um problema, equipe Dois de Maio, os médicos não ficam, temos apoio de tudo, muito carinho, temos artesanato, direitos da terceira idade, falta assistência médica.
AU11	“Eu estou gostando muito aqui da Clínica. Eu já fiz exame de sangue, exame de urina e ultrassonografia. Agora eu fui encaminhado para fazer a tomografia na segunda-feira, dia quinze e marcou hoje dia onze, marcou bem rápido.”	Gostando muito, fiz exame, fui encaminhado para fazer tomografia, marcou bem rápido.
BPm04	“Setenta por cento da população aceita o trabalho da ESF, que são os que sabem como funciona uma Clínica da Família. Os que não aceitam acham que Clínica da Família é assim: eu estou em casa, tenho consulta marcada e não vou, mas no dia seguinte a pessoa se sente mal e vem, achando que aqui é uma emergência, que no caso é a UPA. A Clínica da Família trabalha com a prevenção e controle das doenças e quem não sabe disso critica a Clínica da Família.”	Setenta por cento aceita, sabem como funciona, os que não aceitam, achando que aqui é emergência, Clínica da Família trabalha com prevenção e controle das doenças.
BU06	“Muita gente gosta, mas a maioria reclama, porque nunca tem médico, principalmente a Dois de Maio, que não para médico. Remédio a gente vem buscar aqui. Quando tem médico tem consulta. Eu gosto da Clínica, porque não precisa levantar de madrugada para marcar.”	Muita gente gosta, maioria reclama, nunca tem médico, Dois de Maio não para médico, eu gosto porque não precisa levantar de madrugada para marcar.
BPm05	“Uns gostam, admiram e elogiam e outros reclamam devido à ausência de médico.”	Uns gostam, outros reclamam, ausência de médico.
BPm06	“Algumas pessoas valorizam, mas qualquer	Algumas pessoas valorizam,

	coisinha que você não possa dar, por exemplo: nós ficamos sem médico então isso para eles é um problema. A gente tenta explicar para eles que a gente trabalha com prevenção das doenças. É importante saber qual a água que você bebe, a roupa que você usa, o estudo, o cuidado com o pré-natal, o cuidado com o adolescente, o cuidado com o recém-nascido, a importância da amamentação nos primeiros meses, que não existe leite fraco, que não precisa dar mamadeira, isso é muito difícil, porque a cultura deles é muito diferente.”	ficamos sem médico, isso é um problema, tenta explicar, prevenção das doenças, a cultura deles é diferente.
BPm07	“Eles gostam do trabalho da Clínica, porque nós entramos na comunidade para dar uma atenção para eles, pois eles são pessoas que talvez nunca tinham visto um médico; pessoas que nunca tinham tido um acompanhamento de uma equipe inteira. Então eu acho que eles se sentem protegidos, acalentados, se sentem bem.”	Gostam, entramos na comunidade, para dar atenção, acompanhamento de uma equipe, se sentem protegidos.
BPm08	“As pessoas da comunidade estão começando a se acostumar, só que tem o problema da mentalidade deles e a falta de médico da área, porque a equipe ficou sem médico muito tempo e quando chega o médico para trabalhar na área às vezes ele é tão mal recebido pela própria população ali da área, que só vem reclamar que acaba espantando e o médico vai embora, ficando novamente sem médico a área, mas de um modo geral eles gostam da ESF.”	Começando a se acostumar, problema da mentalidade deles e a falta de médico, quando chega o médico, mal recebido, o médico vai embora.
APs03	“A minha área é de classe média a média baixa, que tem plano de saúde e por isso não aceitam bem a Clínica, não entendem o trabalho e acham que como é de graça não é bom, mas tem uma boa parte que aceita bem, gosta e vem aqui até demais. Tem uns que adoram consulta, que se tivessem uma consulta por semana viriam, até pedem. De um modo geral eles estão gostando da ESF. Eu acho que eles não gostam do que eu também não gosto que é a falta de continuidade, pois algumas especialidades a gente não consegue vaga nunca.”	Classe média a média baixa, tem plano de saúde, não aceitam bem, acham que não é bom, boa parte aceita bem, não gostam da falta de continuidade, algumas especialidades não consegue vaga.
AU12	“Eu estou gostando, o único problema é a demora na consulta. Por exemplo: eu fiz um exame preventivo em novembro e até agora não passei pelo médico. Eu fui chamada para uma entrevista com a Enfermeira, mas nesse dia eu estava passando mal, porque eu tenho problema de psoríase e estava nervosa, aí a Doutora me atendeu e passou remédio, então eu acho que está sendo eficiente.”	Estou gostando, o problema é a demora na consulta.
AU13	“Ainda falta bastante coisa, porque eu acho que tem excesso de gente para poucos profissionais. A Doutora é ótima, mas teria que ter umas dez Doutoradas para dar o que a gente precisa. A marcação da consulta é muito distante, às vezes demora até um ano, mas de um modo geral eu estou gostando da Clínica, foi uma coisa muito boa para nós.”	Falta bastante coisa, excesso de gente, poucos profissionais, marcação da consulta muito distante, Doutora ótima, estou gostando.
AU14	“Eu estou achando ótimo o trabalho aqui da Clínica, porque hoje em dia é uma vergonha de se dizer, mas muita gente não tem condições de comprar medicamento. Eu mesmo tenho que usar três vezes ao dia a tira para medir a glicose, porque eu sou usuária de insulina e às vezes eu não tenho	Ótimo, vou ganhar o aparelho, as fitas e as seringas, foi atendido, fez exames, marcar no horário que pode, resolve o problema de muita gente.

	condições de fazer este tratamento de forma correta, e aqui eu vou ganhar o aparelho, as fitas e as seringas, que tudo isso eu comprava. Meu filho também veio aqui, foi atendido e fez os exames, apesar dele quase não ter tempo. Ele aqui conseguiu marcar no horário que ele pode. Aqui resolve o problema de muita gente.”	
BU07	“Eu estou achando o trabalho ótimo, porque eles vão de casa em casa marcando consultas e perguntando como a pessoa está.”	Ótimo, eles vão de casa em casa, marcando consultas, perguntando como a pessoa está.
BU08	“Eles sempre vão na minha casa, mas falta médico.”	Vão na minha casa, falta médico.
BU09	“Eu quase não vejo eles passarem. A última vez que eu vi foi quando eles foram distribuir escovas de dentes. Quando a gente precisa de um atendimento de um caso mais grave, como foi o caso da minha avó que desde da semana passada estava com essa perna assim, não tinha médico. Hoje é que eu consegui atendimento para ela. A Clínica não é muito boa não.”	Quase não vejo passarem, distribuir escovas de dentes, não tinha médico, a Clínica não é muito boa.
BU10	“Eles vão na minha casa todo mês, levam consulta marcada, dar escova de dentes e pasta.”	Vão na minha casa todo mês, levam consulta marcada, escova de dentes e pasta.
BU11	“Difícilmente eles fazem visitas e entram em contato por telefone para gente pegar exames. E quando a gente vem aqui não tem médico, porque ele vem hoje e fica dois meses sem vir. Nenhum médico quer ficar na Equipe Dois de Maio.”	Difícilmente fazem visitas, entram em contato por telefone, pegar exames, nenhum médico que ficar na Equipe Dois de Maio.
BU12	“Eu estou achando o trabalho da Clínica satisfatório, só que como são as coisas que são lançadas, no início a frequência de visitas era maior e hoje já está menor, talvez porque os pacientes lá da minha rua já estejam todos monitorados e a frequência diminuiu.”	Satisfatório, no início a frequência das visitas era maior e hoje está menor, pacientes monitorados, frequência diminuiu.
BPs02	“Eu acho que eles tem a Clínica como uma base e um apoio, então eles veem aqui não só procurando por assistência de doenças crônicas, como também por assistência de doenças psicológicas. Eu acho que eles estão bastante satisfeitos, apesar das divergências.”	Uma base de apoio, veem procurando assistência de doenças crônicas, de doenças psicológicas, bastante satisfeitos, apesar das divergências.
BU13	“Eu estou achando o trabalho bom, porque eles foram lá em casa e ajudaram o meu irmão que está na cama.”	Bom, foram lá em casa, ajudaram, meu irmão está na cama.
AU15	“No início eu gostei muito da trabalho da Clínica, mas desde do ano passado quando a Doutora que consulta a gente saiu de licença maternidade e não colocaram nenhuma Doutora no lugar dela, então eu fiquei desassistida, na minha casa todos ficaram desassistidos: eu, meu marido e meu filho, porque eu e o meu marido somos hipertensos. Não teve médico e a gente ficou sem consulta e sem medicação também.”	No início eu gostei muito, ano passado a Doutora saiu de licença maternidade, fiquei desassistida, não teve médico, sem consulta, sem medicação.
BU14	“A Clínica da Família pra mim me satisfaz, porque eu me trato aqui e eles me dão um apoio muito grande e orientação.”	Satisfaz, me trato, dão apoio, orientação.
AL01	“A abrangência do trabalho da Clínica da Família vai além da parte patológica, de tratar. Eles fazem muito trabalho de inclusão. No ano passado eles foram lá e passaram um vídeo sobre sexualidade. Eles foram lá este ano para observar as carteiras de vacinação das crianças, para ver se estava tudo em dia, fizeram aferição de pressão, acuidade visual,	Abrangência vai além de tratar, trabalho de inclusão, encaminhamento pra tratar.

	avaliação antropométrica e quando observavam alguma irregularidade faziam o encaminhamento para tratar.”	
BL01	“A Clínica da Família está atendendo muito bem, coisa que não se tinha aqui. Os agentes de saúde estão fazendo um ótimo trabalho, indo nas residências e conversando com os moradores. Está tendo uma ótima aceitação. As visitas são periódicas e em vista do que era antes, hoje as pessoas estão mais conscientes, as crianças estão nascendo parece que com mais força, porque agora as gestantes estão tendo acompanhamento. Nós temos muitas gestantes adolescentes e o trabalho que a Clínica está fazendo dentro da comunidade está sendo muito bom, porque consegue puxar dessas adolescentes que tem que usar preservativo e tem que ter cuidado com as doenças.”	Atendendo muito bem, agentes de saúde indo nas residências, conversando com os moradores, ótima aceitação, visitas periódicas, pessoas mais conscientes, acompanhamento.
BPs03	“A população não tinha acesso à saúde antes da Clínica e da UPA serem inauguradas. A gente também promove acesso à cultura e lazer, pois a gente leva o grupo de idosos ao teatro, na Clínica fazemos oficinas. Alguns ainda não entendem o objetivo do trabalho da ESF e a gente está o tempo todo trabalhando com a questão da educação em saúde, mas a grande maioria já consegue entender o objetivo da Clínica que é a prevenção e a promoção da saúde, porque antes eles entendia que a Clínica da Família tinha o mesmo atendimento da UPA e acabavam vindo para cá para serem atendidos e agora eles entendem que a gente trabalha com a promoção e a prevenção de doenças e não com emergências e que a gente vai trabalhar com a família deles como um todo e não só com um indivíduo, em toda a sua integralidade.”	Acesso à saúde, à cultura e lazer, oficinas, educação em saúde, prevenção e promoção da saúde, trabalhar com a família, integralidade.
BL02	“Eu acho que existe uma ótima proposta, mas com inúmeras lacunas, como: a falta de pessoal, atividades que são programadas e não acontecem, como: palestras, atendimentos e verificação dos cartões de vacina, que já tentamos fazer três vezes e ainda não aconteceu, mas dentro das limitações, na verdade das fragilidades que existe no sistema eu acho que a gente tem feito alguma coisa, principalmente na área de odontologia, que a gente tem um trabalho mais regular desde o ano passado. A questão do território é meio complicada, porque aqui é uma Creche pública que atende a quem quiser fazer a matrícula aqui, então por exemplo: eu tenho gente que mora perto do Norte Shopping, que não faz parte do território que a Clínica da Família abrange, aí a criança chega aqui e eu não posso encaminhar para Clínica, porque não vai ser atendida, isto é complicado. Existe muita fragilidade na Clínica da Família e na educação também, a gente vem tentando melhorar.”	Ótima proposta, inúmeras lacunas, falta de pessoal, atividades programadas não acontecem, a gente tem feito alguma coisa, área da odontologia, a questão do território é meio complicada, Creche pública, criança chega e eu não posso encaminhar para Clínica.
BU15	“Eu não tenho o que me queixar. Eu gosto muito de ser visitada por eles.”	Gosto de ser visitada.
APm09	“Até eles entenderem o que é a estratégia é complicado, a gente tem que explicar para eles o que é uma atenção primária, que aqui a gente vai encaminhar para outras especialidades, porque eles acham que aqui eles vão encontrar de tudo. Não entendem que aqui é médico, enfermeiro, técnico e os agentes, eles acham que vão chegar aqui e vai	Até entenderem é complicado, explicar o que é atenção primária, encaminhar para outras especialidades, educação, entendendo cada vez mais.

	ter um cardiologista. Até eles compreenderem esta educação é um pouquinho complicado, mas eles já vem se educando e entendendo cada vez mais.”	
Código	Discurso	ECHs
AU01	“Logo quando começou foi a Márcia, Enfermeira, pegando o nome de as criancinhas para se tratar, pesou e avaliou e logo depois foi essa outra, a Agente Comunitária Daniele. Na minha casa só foi a Agente Comunitária.”	Enfermeira, Agente Comunitária, minha casa.
AU02	“Para falar a verdade eu só vejo a Agente Comunitária no território. Ela foi lá cadastrar e marcou as consultas. Se não fosse ela a gente não conhecia isso aqui. Se outro profissional foi lá a gente não estava em casa.”	Só a Agente Comunitária, foi cadastrar, marcou as consultas, casa.
AU03	“Para falar a verdade eu só vejo a Agente Comunitária no território. Ela foi lá cadastrar e marcou as consultas. Se não fosse ela a gente não conhecia isso aqui. Se outro profissional foi lá a gente não estava em casa.”	Só a Agente Comunitária, foi cadastrar, marcou as consultas, casa.
AU04	Não respondeu.	-
AU05	“Quem já foi na minha casa levar um resultado de um exame foi a minha Agente Comunitária. Uma vez só e nenhum outro profissional já me visitou.”	Foi na minha casa, levar resultado de exame, a Agente Comunitária.
BU01	“Na minha casa já foram duas Agentes e o Enfermeiro.”	Minha casa, duas Agentes e o Enfermeiro.
AU06	“Na minha casa só foram duas Agentes Comunitário.”	Minha casa, agentes Comunitários.
BPm01	“A gente tem um problema sério na nossa equipe desde o início, pois os médicos não ficam muito tempo nesta equipe, porque a demanda é muito grande e assusta os médicos, com isto o Enfermeiro ficou sobrecarregado, com muitas consultas, demandas e VDs. A equipe foi sempre muito unida porque a demanda era muito grande e a gente tinha que resolver os problemas. Tudo eles acham que o ACS pode ajudar, até se o poste está torto, às vezes eles querem alguma orientação. As dentistas, quando a gente solicita elas vão, apesar de ter uma demanda muito grande.”	Médicos não ficam nesta equipe, demanda muito grande, enfermeiro sobrecarregado, equipe unida, resolver os problemas, orientação, dentistas.
APm01	“Eu estou marcando as consultas para os pacientes da minha área e às vezes eu pego a receita de pacientes de outras ACSs e levo os remédios para eles, porque eu acho que nós somos um grupo e temos que ajudar uns aos outros, a Clínica e os pacientes. Toda a equipe do Engenho faz VDs, a médica faz as terças feiras, a Enfermeira as quintas feiras e Técnica de Enfermagem colhe sangue no domicílio quando precisa.”	Marcando consultas, levo os remédios, somos um grupo, ajudar uns aos outros, toda a equipe, VDs.
BU02	“Só a Agente Comunitária foi na nossa casa.”	Agente comunitária, nossa casa.
BU03	“Só a Agente Comunitária foi na nossa casa.”	Agente comunitária, nossa casa.
BPm02	“Toda a equipe participa, desde os Agentes Comunitários, que têm uma ambientação por serem moradores da área, o Médico, o enfermeiro, o Técnico, a participação é da equipe toda.”	Toda a equipe, agentes comunitários têm ambientação.
APm02	“A equipe toda trabalha no território: médico, enfermeiro, técnico e saúde bucal.”	Equipe toda.
APm03	“Toda a equipe participa.”	Toda a equipe.
AU07	“Na minha casa só foi a agente comunitária, levar uma consulta para o meu filho.”	Minha casa, agente comunitária, levar uma consulta.
AU08	“Quem vai sempre é a agente de saúde.”	Agente de saúde.
AU09	“Quem vai sempre é a agente de saúde.”	Agente de saúde.
APm04	“O agente comunitário faz a visita mensal, já o	Agente comunitário, visita,

	enfermeiro e o médico fazem visitas semanais com ACSs diferentes. Geralmente eles vão nas casas de acamados ou de pessoas que estejam precisando de visitas com alguma ferida ou para fazer busca ativa. A técnica de enfermagem também vai semanalmente.”	enfermeiro, médico, casas de acamados, pessoas com ferida, busca ativa, técnica de enfermagem.
APm05	“Toda a equipe trabalha no território.”	Toda a equipe.
APm06	“A gente tenta ao máximo fazer um trabalho integrado com os agentes comunitários. Fazendo as visitas domiciliares com eles. Quando eles identificam alguma coisa eles passam para gente, como por exemplo: a necessidade de capa de caixa d’água, mas eu prefiro trabalhar com eles do que sozinho, porque eles já conhecem o morador pelo nome, aí o meu trabalho já está praticamente feito e eu não preciso conversar com ninguém para poder entrar na casa. Eu entro, faço o meu trabalho e digo que está tudo certo.”	Trabalho integrado com os agentes comunitários, visitas domiciliares, identificam alguma coisa, passam para gente, prefiro trabalhar com eles, eles conhecem o morador, entro, faço o meu trabalho.
APm07	“Toda a Equipe de Saúde Bucal trabalha no território. A gente faz VD, para ver quem tem prioridade para entrar na frente. A gente vai nas escolas e nas creches.”	Toda a equipe, VD, vai nas escolas e creches.
APm08	“Toda a equipe faz visita domiciliar: o médico, o enfermeiro e o técnico. Esta semana a gente foi para a Escola Medeiros para fazer o cartão espelho de todas as crianças, para poder ver quem estava com a vacina atrasada. Foi uma semana só na escola. A técnica foi com a gente.”	Toda a equipe, visita domiciliar, Escola.
APs01	“Toda a equipe de saúde bucal faz visitas domiciliares, ações sociais. Cada equipe de saúde bucal é responsável por duas áreas da clínica e nessas duas áreas a gente prioriza atendimento à diabéticos, hipertensos, gestantes e crianças menores de dois anos, além disso a gente faz triagens periódicas de famílias inteiras. A gente pede para os agentes fazerem uma seleção das famílias que tem uma necessidade maior, que pode ser por risco social alto ou por queixa. A gente faz uma triagem e seleciona cinco famílias de cada agente comunitário para participar de uma reunião onde a gente explica como funciona o tratamento, o número de faltas permitidas, orientações de higiene oral e exame bucal das famílias para ver quem vai começar o tratamento, aí depois que aquela primeira pessoa da família termina o tratamento, entra o próximo até que todo mundo da família seja atendido. Quem participa dos grupos também tem prioridade para marcar a consulta, como o grupo de tabagismo e planejamento familiar.”	Toda a equipe de saúde bucal, visitas domiciliares, ações sociais.
BPm03	“Toda a equipe de saúde bucal trabalha no território.”	Toda a equipe a equipe de saúde bucal.
BPs01	“Toda a equipe trabalha no território. Do médico até o agente de vigilância em saúde.”	Toda a equipe, do médico até o agente de vigilância.
BU04	“Toda a equipe vai no território, se precisar.”	Toda a equipe.
APs02	“Toda a equipe trabalha no território cada um na sua função. O Agente Comunitário de Saúde está uma grande parte do tempo no território, está é a função dele. O Técnico de Enfermagem desenvolve ações específicas com populações específicas no território. O Enfermeiro vai para fazer as avaliações iniciais, dar apoio aos	Toda a equipe, cada um na sua função, agente comunitário grande parte do tempo no território, técnico de enfermagem ações específicas, enfermeiro avaliações iniciais, apoio aos acamados, doentes crônicos, gestantes, idosos, médico avaliações

	acamados, dar apoio aos doentes crônicos e aos grupos prioritários, como: gestantes e idosos. E o Médico vai para resolver problemas de sua alçada ou para fazer avaliações médicas.”	médicas.
AU10	“Na minha casa já foi a Agente Comunitária. E quando eu não estou ela coloca as marcações das consultas na caixa de correio.”	Minha casa, agente comunitário, marcações de consultas.
BU05	“Na minha casa já foi o Agente Comunitário levar um exame e marcação de consulta.”	Minha casa, agente comunitário, exame, marcação de consulta.
AU11	“Os agentes já foram na minha casa várias vezes. Entregaram marcação de consultas e eu estou sendo encaminhado para exames.”	Agentes, minha casa, marcação de consultas.
BPm04	“Todos participam e tentam ajudar.”	Todos.
BU06	“A Agente está sempre lá em casa. Ela leva a marcação das consultas.”	Agente, lá em casa, marcação de consultas.
BPm05	“Toda a equipe trabalha no território.”	Toda a equipe.
BPm06	“Toda a equipe trabalha no território.”	Toda a equipe.
BPm07	“Toda equipe faz trabalho no território. Do médico ao administrativo.”	Toda a equipe, do médico ao administrativo.
BPm08	“Toda a equipe trabalha no território, inclusive o pessoal da Odontologia.”	Toda a equipe, inclusive o pessoal da odontologia.
APs03	“Toda a equipe trabalha no território. Os ACSs estão mais presentes no território, porque é a função maior deles.”	Toda a equipe, ACSs mais presentes, função maior deles.
AU12	“A Agente Comunitária já foi na minha casa levar marcação de consulta e conversar. E quando eu preciso eu venho aqui e falo com ela.”	Agente comunitária, minha casa, marcação de consulta, conversar.
AU13	“As agentes vão na minha casa. Elas são excelentes.”	Agentes, minha casa.
AU14	“Na minha casa já foi o Agente Comunitário.”	Minha casa, agente comunitário.
BU07	“As agentes vão na minha casa todo mês.”	Agentes, minha casa, todo mês.
BU08	“Só o agente comunitário que foi na minha casa.”	Agente comunitário, minha casa.
BU09	“Só o agente, para dar um escova de dentes.”	Agente, dar escova de dentes.
BU10	“Só as agentes vão na minha casa. Médico e Enfermeiro eu já vi passando na rua, mas não foram na minha casa não.”	Agentes, minha casa, médico e enfermeiro eu vi passando.
BU11	“Uma vez só foi o agente entregar a marcação de um exame para minha filha.”	Agente, marcação de exame.
BU12	“Já foi a Enfermeira na minha casa e verificou a minha pressão. Muito bom. Hoje em dia só as visitas normais dos agentes.”	Enfermeira, minha casa, visitas normais, agentes.
BP02	“A equipe toda participa, um ajudando o outro.”	Equipe toda, um ajudando o outro.
BU13	“Na minha casa já foram duas vezes. Foram os agentes e o Enfermeiro.”	Minha casa, agentes, enfermeiro.
AU15	“Na minha casa já foi a agente, mas eu acho que todos devem participar das visitas: médicos, enfermeiros e dentistas, para ver como a gente está, porque é saúde da família.”	Na minha casa foi a agente, todos devem participar das visitas, ver como a gente está.
BU14	“Já me visitaram. Minha agente vai sempre lá em casa e o Enfermeiro também já foi lá na minha casa.”	Me visitaram, agente, enfermeiro.
AL01	“A equipe de Saúde Bucal vai lá na Escola e faz um trabalho muito legal. E da equipe de Saúde da Família foram a equipe de Enfermagem, que fizeram o trabalho de aferir pressão, pesar e medir; e os agentes comunitários foram dar apoio.”	Equipe de saúde bucal vai na Escola, equipe de enfermagem, agentes comunitários.
BL01	“As visitas acontecem. As Enfermeiras vão nas residências, vão buscar o paciente em casa. Nós temos vários casos de Tuberculose na comunidade que as Agentes e as Enfermeiras vão na residência fazer o acompanhamento e ficam em cima para que o paciente tome os remédios. Muito bom mesmo.”	Visitas, enfermeiras vão nas residências, casos de tuberculose, agentes, acompanhamento, paciente tome os remédios.

BP03	“Toda equipe realiza e nas reuniões do colegiado a gente também faz questão de que pelos um representante de cada categoria profissional participe, para eles se apropriarem do território.”	Toda equipe, reuniões do colegiado, um representante de cada categoria, apropriarem do território.
BL02	“Aqui na Creche vem as Dentistas e alguns Agentes de Saúde, que fazem um trabalho bem legal com uma parte pedagógica, fazem teatrinho e ensinam a escovar os dentes. O trabalho com a Enfermagem ainda não aconteceu de forma regular e efetiva.”	Na creche, dentistas, agentes de saúde, trabalho bem legal, parte pedagógica, teatrinho, ensinam escovar os dentes, trabalho da enfermagem não aconteceu de forma regular e efetiva.
BU15	“Na minha casa já veio a Agente comunitária e o Enfermeiro.”	Minha casa, agente comunitária, enfermeiro.
APm09	“Todos trabalham no território.”	Todos.
Código	Discurso	ECHs
AU01	“Os moradores da minha área estão, porque a Natália deu derrame e se tratou aqui, teve todo o tratamento, inclusive ela pegou o cartão de passagem. A Lourdes também minha vizinha de frente, deixa eu ver mais quem. Tem várias delas que agora eu não lembro o nome.”	Moradores da minha área estão, se tratou aqui, pegou cartão de passagem.
AU02	“A gente não tem muito contato com os vizinhos.”	Não tem muito contato com os vizinhos.
AU03	“Minha vizinha Laura falou para eu vir aqui, porque é muito bom.”	Minha vizinha falou para eu vir, é muito bom.
AU04	Não respondeu.	-
AU05	“As pessoas da minha Comunidade reclamam mais do que gostam do trabalho da Clínica da Família, mas as pessoas não procuram saber o que está acontecendo, qual o papel do Agente Comunitário, por exemplo, elas ficam de braços cruzados esperando as coisas acontecerem. E eu acho que é um pequeno número de profissionais para cuidarem de 4000 pessoas, é muita gente. Então os usuários que estão precisando de atendimento devem vir aqui e marcar a sua consulta e não ficar esperando pelo Agente Comunitário. Eu acho que deveria ser menos pessoas para eles conseguirem dar um pouco de atenção a todos os usuários.”	As pessoas reclamam, não procuram saber o que está acontecendo, ficam de braços cruzados, pequeno número de profissionais, muita gente, usuários devem vir e marcar sua consulta.
BU01	“Eu acho que a comunidade está gostando do trabalho dos Agentes Comunitários.”	Comunidade gostando do trabalho dos Agentes Comunitários.
AU06	“Os moradores estão gostando e apoiando.”	Moradores gostando e apoiando.
BPm01	“Eles utilizam muito a Clínica, mas ainda estão com a ideia de que eu só vou se eu passar mal, mas se você marca a consulta dele ele falta porque está bem naquele dia. Eles são muito faltosos e nós estamos trabalhando com eles esta questão das faltas, de forma educacional, para eles valorizarem as consultas.”	Utilizam muito a Clínica, vou se passar mal, muito faltosos, estamos trabalhando de forma educacional, valorizarem as consultas.
APm01	“Eles estão apoiando na semana retrasada eu levei a Dentista no 691. Ela ficou no salão de festa e eu pedi as pessoas para descerem e nós fizemos cinquenta VDs num só dia.”	Apoiando, VDs.
BU02	“Não tenho muito contato com os outros moradores, mas acho que eles gostaram das visitas domiciliares.”	Gostaram das visitas domiciliares.
BU03	Não respondeu.	-
BPm02	“A Comunidade questiona muito, mas não participa dos movimentos para estar melhorando	Questiona muito, não participa, reuniões com os líderes

	<p>isto, por exemplo: as reuniões com os líderes comunitários, geralmente esses líderes não comparecem e os usuários também são convidados e também não comparecem. Isso ainda é muito deficiente. Eles acham que isso não tem necessidade ou que a opinião deles não vai ser ouvida, que eles não têm voz aqui na Clínica e pelo contrário, a gente está sempre convidando eles a estarem participando. Como a Clínica é nova, eu acho que aos poucos isso vai se massificando e aos poucos isso vai fazer parte mais do dia a dia deles. Eles vão ser mais líderes e presentes aqui dentro mesmo. Porque a Clínica é feita para eles e também tem que contar com a participação deles. Eles também são responsáveis pela própria saúde. É um jogo de mão dupla, não pode deixar tudo na mão do Município e do Governo, eles têm que ser ativos e cobrar. Os pacientes faltam muito as consultas e até campanhas. Acontece deles faltarem e justificarem que não vieram a consulta médica porque estavam doentes. Eles não entendem que tem que vir como estiver e quem está doente é que tem que vir mesmo.”</p>	<p>comunitários, líderes e usuários não comparecem, acham que não tem necessidade e que a opinião deles não vai ser ouvida, aos poucos isso vai se massificando e vai fazer parte do dia a dia deles, a Clínica é feita para eles e com a participação deles, responsáveis pela própria saúde, têm que ser ativos, faltam as consultas, porque estavam doentes.</p>
APm02	<p>“Algumas pessoas interagem, outras ainda tem um pouco de receio, de dúvidas e tem um pouco de ignorância também.”</p>	<p>Algumas pessoas interagem, outras tem receio, dúvidas, ignorância.</p>
APm03	<p>“A comunidade participa pouco, pois eles não acreditam muito ainda na ESF.”</p>	<p>Participa pouco, não acreditam muito.</p>
AU07	<p>“Não está ocorrendo não.”</p>	<p>Não está ocorrendo.</p>
AU08	<p>“Os meus vizinhos estão participando e até me tirando dúvidas quanto a marcações de exames.”</p>	<p>Vizinhos participando, tirando dúvidas, marcação de exames.</p>
AU09	<p>Não respondeu.</p>	<p>-</p>
APm04	<p>“Também tem os dois lados: tem uns que nos recebem super bem, estão dispostos a nos atender e nos responder e tem outros que nunca podem nos receber, não abrem nem a porta.”</p>	<p>Dois lados, uns recebem, atender, responder, outros nunca abrem a porta.</p>
APm05	<p>“Eu não tenho dificuldades na minha área em relação aos pacientes, mas tem uma diferença entre os pacientes da área da rua que atendem no portão e os da área da comunidade que já chamam a gente para entrar, eles tem mais intimidade, porque no asfalto existe muito medo e dúvida se os agentes são realmente da prefeitura ou estão vindo para me roubar, mesmo a gente de uniforme e crachá. A primeira visita é difícil eles mandarem entrar, porque é o susto e muitos atendem pelo vidrinho ou portinha, mas com o tempo, lá pela quinta visita você já é convidado para entrar e até lanchar, a gente já se torna íntimo e na comunidade o primeiro impacto da primeira visita é diferente, porque eles pensam que não tem nada a perder e não tem medo de serem roubados dentro da comunidade. Eles acham que os agentes estão trabalhando. A comunidade participa de todas as atividades oferecidas pela clínica na FAETEC e na própria comunidade.”</p>	<p>Não tenho dificuldades em relação aos pacientes, diferença entre os pacientes da área da rua e os da área da comunidade, no asfalto existe muito medo, roubar, tempo, convidado para entrar e lanchar, comunidade, primeira visita, não tem medo de serem roubados, participam de todas as atividades.</p>
APm06	<p>“Nós classificamos o território como: comunidade e área urbana. A comunidade é a favela e a área urbana é onde é mais arrumadinho. Na comunidade as pessoas permitem muito mais a nossa entrada do que na área urbana. Na área urbana todo mundo fica desconfiado e com medo da violência. Já na</p>	<p>Classificamos o território, comunidade e área urbana, comunidade permitem muito mais a nossa entrada, área urbana desconfiado e com medo da violência, comunidade somos</p>

	comunidade quando a gente chega e se identifica como combate à dengue eles deixam entrar e somos considerados quase da família. Eu prefiro trabalhar na comunidade, é mais fácil.”	considerados quase da família, prefiro trabalhar na comunidade.
APm07	“Eles gostam das visitas. A Clínica da família foi bem recebida no território. Nas escolas a gente é bem recebida pelos professores e alunos. As dentistas avaliam e depois a gente marca na agenda, para entrar em tratamento.”	Gostam das visitas, clínica foi bem recebida, nas escolas a gente é bem recebida.
APm08	“Eu nunca tive reclamação quanto às visitas domiciliares. Eles estão me aceitando bem. Eles me tratam bem.”	Nunca tive reclamação, visitas domiciliares, aceitando bem, me tratam bem.
APs01	“A gente vai uma vez por semana na escola fazer escovação supervisionada, orientação e aplicação de flúor nas crianças maiores de três anos. A comunidade aceita muito bem as visitas domiciliares e as ações sociais.”	Vai uma vez por semana na escola, a comunidade aceita muito bem, visitas domiciliares, ações sociais.
BPm03	“50% da comunidade participa os outros 50% não. 70% da população nos recebem bem nas visitas domiciliares, mas o resto não deixa a gente entrar, ainda tem um pouco receio.”	50% participa, os outros não, 70% nos recebem bem, visitas domiciliares, o resto não deixa entrar, receio.
BPs01	“Eles não reconhecem ainda a saúde como uma ajuda para eles, por estarem muito tempo sem a saúde pública presente, e também eles responsabilizam a saúde por tudo na vida deles. Eles não tem aquela responsabilização ainda da sua própria saúde e doença.”	Não reconhecem a saúde como uma ajuda, muito tempo sem saúde pública, responsabilizam a saúde por tudo, não tem responsabilização da sua saúde.
BU04	“Tem uns que reclamam e outros não. Eu não tenho nada a reclamar, se precisar visitar a minha casa eu aceito.”	Uns reclamam, outros não, eu não tenho nada a reclamar, visitar minha casa, aceito.
APs02	“Algumas visitas ainda são difíceis, em algumas casas a gente não passa da porta, mas a maioria solicita visita, recebe bem e pergunta quando volta, mesmo que seja um acompanhamento de rotina semestral, eles querem antecipar para um mês ou dois. A Ação de Saúde do Escolar foi muito bem recebida pelos pais, pelas crianças e pela direção da escola. De um modo geral a comunidade está apoiando o trabalho da ESF. Quando a gente vai fazer uma visita eles perguntam quando vai ser a visita da dengue e falam dos problemas da comunidade. A própria comunidade se organiza, detecta algumas demandas e traz para gente tentar resolver.”	Algumas visitas são difíceis, a gente não passa da porta, a maioria solicita visita, recebe bem, querem antecipar, Saúde do Escolar foi bem recebida, comunidade apoiando, falam dos problemas, própria comunidade se organiza, detecta demandas, traz, resolver.
AU10	“Eu estou muito satisfeita com a Clínica, quando eu não recebo minhas marcações em casa eu venho aqui na Clínica. Não demora nem três dias para marcar os exames.”	Estou muito satisfeita, quando não recebo minhas marcações em casa, venho na clínica, não demora, marcar exames.
BU05	“A Clínica fez uma Ação Social na Comunidade Dois de Maio e a população gostou muito e participou. Nós do Grupo da Terceira Idade dançamos. Foi muito bom. Na minha casa ninguém precisa de visita domiciliar da Doutora, a gente pode vir aqui se tratar e a gente vem, mas nas casas das pessoas que precisam eles vão e as pessoas estão gostando muito mesmo.”	Ação social, população gostou, participou, grupo da terceira idade dançamos, minha casa, ninguém precisa, visita domiciliar, pode vir, casas das pessoas que precisam eles vão, pessoas gostando.
AU11	“Eu procurei para me tratar e gostei muito da médica, fui encaminhado para fazer exames, porque sem exames não dá para saber o que eu tenho.”	Procurei para me tratar, gostei muito da médica, encaminhada para fazer exames, saber o que eu tenho.
BPm04	“Muitas pessoas da comunidade não buscam saber como funciona a Clínica da Família, não entendem	Muitas pessoas não buscam saber como funciona, não entendem, só

	e só criticam. Eles querem o médico na hora, mas tem outros que procuram a Clínica e marcam as consultas. Eu sou bem recebido nas visitas, muitos pacientes são carentes e quando vou visitá-los eles me oferece um copo de água e começam a conversar sobre a família. De um modo geral eles gostam da Clínica, porque eles são bem recebidos aqui.”	criticam, querem o médico na hora, outros procuram e marcam consultas, sou bem recebido nas visitas, pacientes carentes, conversar sobre a família, eles gostam, são bem recebidos.
BU06	“A comunidade gosta das ações sociais e participam. Eu gosto da Clínica, antigamente eu vinha os cinco dias da semana aqui, agora é que eu parei, por causa do meu neto, porque eu tenho que levar na escola e de tarde ele dorme e eu tenho que ficar em casa, mas eu fazia de tudo aqui, fazia artesanato, fazia dança, eu vinha nas terças-feiras para colocar aqueles negócios na orelha para diminuir a dor, eu sei que eu vinha os cinco dias da semana. Quando o meu neto fica doente eu trago ele aqui. Agora eu tenho outro neto pequeno que também é consultado aqui.”	Comunidade gosta das ações sociais, participam, eu vinha os cinco dias da semana, fazia tudo aqui, artesanato, dança, fica doente, trago aqui, consultado.
BPm05	“Eles gostam das visitas e se sentem acolhidos quando a gente está lá. A população interage com a gente nas visitas, eles só não gostam muito do pessoal das endemias, porque eles acham que vão ser invadidos, pois os agentes vão ver a sujeira e a bagunça, aí os meninos tem mais dificuldade do que a gente, mas quando estão com a gente a maioria das pessoas abre a porta para eles.”	Gostam das visitas, se sentem acolhidos, interage nas visitas, não gostam muito do pessoal das endemias, vão ser invadidos, ver sujeira, bagunça, meninos tem mais dificuldade, com a gente a maioria abre a porta.
BPm06	“Eles nos recebem bem nas visitas domiciliares, mas existe uma diferença da rua para a comunidade. Na comunidade você é recebida na porta, um ou outro te chama para entrar. As visitas são feitas em pé no meio da rua, com outras pessoas passando, você está falando aqui e outro está te chamando ali, mas eu sou bem recebida. Já no asfalto eu tinha mais contato, eu entrava quase dentro da família e sabia o que se passava. As pessoas desabafavam comigo, falavam das tristezas e felicidades. Você passa a ter um vínculo muito maior do que dentro da comunidade. Eu fiz muitos amigos. Na comunidade é mais difícil fazer o vínculo, principalmente porque eu sou nova nesta área, mas até que eu já consegui fazer vínculos. Eu tenho um paciente que é usuário de crack, que eu me dou super bem com ele. No asfalto eu consegui me entrosar mais rápido.”	Recebem bem nas visitas domiciliares, diferença da rua para a comunidade, comunidade recebida na porta, em pé no meio da rua, bem recebida, no asfalto eu entrava quase dentro da família, pessoas desabafavam comigo, vínculo muito maior, amigos, comunidade mais difícil fazer o vínculo, sou nova nesta área, no asfalto consegui entrosar mais rápido.
BPm07	“No geral eu sou bem recebido nas visitas domiciliares. Primeiro porque elas precisam e segundo que elas entendem que de alguma maneira estão recebendo atenção, mas tem gente que por frustração pessoal, por não ter conseguido uma coisa ou outra, te recebe com um pouco de revolta. Tem morador que gosta de participar e ajudar nas campanhas chamando os vizinhos, dando bronca no pessoal que não se mobiliza, mas tem gente que não está nem aí. De um modo geral eles estão gostando da ESF.”	Sou bem recebido, visitas domiciliares, elas precisam, entendem, recebendo atenção, gente por frustração pessoal, revolta, tem morador que gosta de participar e ajudar, chamando os vizinhos, tem gente que não está nem aí.
BPm08	“Tem pessoas que ajudam no trabalho e outras não, mas de um modo geral eu acho que eles gostam do nosso trabalho.”	Pessoas ajudam, outras não, de um modo geral gostam.
APs03	“É difícil não sermos bem recebidos nas visitas domiciliares, mas já aconteceu da gente chegar,	Difícil não sermos bem recebidos, visitas domiciliares, já aconteceu,

	bater e não ser recebido. A maioria nos recebe super bem, aceita, acha bom, acha que está sendo cuidada. A população participa e até ajuda organizar as ações sociais, tem um pessoal que faz artesanato aqui na clínica que participa fazendo a decoração.”	não ser recebido, maioria aceita, acha bom, participa, ajuda, artesanato.
AU12	“Eu gosto das visitas, porque eles se mostram interessados, perguntando como eu estou, se preocupando comigo. Eu estou satisfeita com o atendimento dos médicos e da minha agente, com as consultas e com a higiene da Clínica, que é bem limpa. Todo mundo está sempre sorrindo e me tratam bem, até neste dia que eu cheguei muito nervosa, a Enfermeira me acalmou.”	Gosto das visitas, eles se mostram interessados, se preocupando comigo, satisfeita com o atendimento, consultas, higiene da clínica, bem limpa, todo mundo sorrindo, tratam bem.
AU13	“Eu gosto das visitas, as meninas são muito eficientes e elas passam a fazer parte da nossa família, pelo carinho que elas me passam.”	Gosto das visitas, são muito eficientes, parte da nossa família, carinho.
AU14	“Eu gosto das visitas, porque eles tratam as pessoas com educação. Eu estou gostando porque eu tenho problemas de saúde e eles estão me ajudando.”	Gosto das visitas, tratam com educação, problemas de saúde, ajudando.
BU07	“Eu gosto das visitas e meus vizinhos também. Eu fiz meu pré-natal e a ultrassonografia aqui e adorei.”	Gosto das visitas, meus vizinhos também, fiz pré-natal e ultrassonografia, adorei.
BU08	“Eu gosto das visitas, mas a minha primeira consulta vai ser só no dia 05 de junho, porque a equipe ficou sem médico muito tempo, pois as pessoas são muito ignorantes, maltratam os médicos e eles não ficam na clínica. Eu não estou achando a clínica boa porque eu ainda não fui atendida pelo médico.”	Gosto das visitas, equipe sem médico, pessoas muito ignorantes, maltratam os médicos, eles não ficam, não estou achando boa, não fui atendida pelo médico.
BU09	“Eu estou achando a Clínica péssima, porque o atendimento não é muito bom, não dão informação direito, melhor o Posto de Saúde Marechal Rondon. Hoje o atendimento foi melhor, eu estou até estranhando, fui atendida rapidamente. Hoje eu gostei do atendimento, passei pela enfermagem e pela médica. Foi excelente. O grande problema é quando não tem médico.”	Clínica péssima, atendimento não é bom, melhor o Posto de Saúde, hoje foi melhor, fui atendida rapidamente, hoje eu gostei, foi excelente, grande problema é quando não tem médico.
BU10	“Eu fiz meu pré-natal aqui, bati todas as ultras e todos os exames. Meu filho é tratado aqui desde que ele nasceu. Eu gosto das visitas. Eu só não gosto daqui porque não tem Pediatra para criança. Eu gosto da Clínica 80% porque eu e meu filho sempre fomos bem tratados aqui, só falta o Pediatra para ser 100%.”	Fiz meu pré-natal e todos os exames, meu filho é tratado, gosto das visitas, só falta o Pediatra.
BU11	“A minha avaliação não é muito boa, porque quase não tem médico aqui e os exames demoram para chegar. Eu daria nota 5 para Clínica.”	Não é muito boa, quase não tem médico, exames demoram, nota 5.
BU12	“Hoje foram na minha casa. A maioria dos moradores da minha rua são idosos. Eu gosto das visitas. Eu não acreditava nisso, pois tudo que é criado pelo Governo gera desconfiança. Fizeram uma propaganda bonita na televisão e não era nada daquilo que falaram. Foi normal, foi engrenando e hoje satisfaz a gente as visitas e as consultas. Uma das coisas que eu não gosto é a marcação para seis meses e quando eu passo mal, deles me encaminharem para UPA, porque eu achava que Clínica da Família era como se eu fosse dono da Clínica, era uma Clínica nossa, eu posso chegar lá e pedir as coisas, mas eles não atendem. Só atendem rigorosamente marcado. De um modo	Foram na minha casa, gosto das visitas, não acreditava, foi engrenando, hoje satisfaz a gente as visitas e as consultas, não gosto a marcação para seis meses e quando eu passo mal, encaminharem para UPA.

	geral eu acho a Clínica boa.”	
BPs02	“A maioria gosta das visitas. É muito raro o paciente não receber as visitas, não atender, porque os pacientes que a gente visita são pacientes que por algum motivo não podem vir ao posto então eles ficam muito satisfeitos porque a saúde vai até eles. Eles são bem solícitos e receptivos. A comunidade sempre ajuda no processo das visitas, pois os vizinhos aconselham sobre quando e onde é mais fácil de encontrar o paciente. Eles também indicam quais os pacientes que estão precisando de auxílio, de visita domiciliar. Eles sempre se ajudam. Eu acho que eles estão gostando da Clínica.”	Maioria gosta das visitas, muito raro não receber, muito satisfeitos, saúde vai até eles, solícitos, receptivos, comunidade ajuda no processo das visitas, eles se ajudam.
BU13	“Eu gosto das visitas. Eu estou achando a Clínica boa. Eu não tive demora nenhuma, fui logo atendida.”	Gosto das visitas, achando boa, fui logo atendida.
AU15	“Já foram na minha casa, mas as visitas não são constantes não. Não tem aquela pontualidade, pois eu achava que seria de mês em mês que a agente iria lá perguntar como está a família e isso não está acontecendo. As visitas são muito boas, porque elas ficam sabendo o que está acontecendo com as pessoas, as nossas necessidades de saúde. Tem que ter visitas, porque é saúde da família e elas tem que estar por dentro do que está acontecendo com a família da gente. Todos os moradores estão reclamando que no ano passado foi muito melhor e agora está ruim. Quando o médico está na Clínica a assistência é constante, porque qualquer problema que a gente tem, a gente vem se consultar, agora quando não tem as doenças e os problemas aumentam.”	Foram na minha casa, as visitas não são constantes, as visitas são muito boas, ficam sabendo nossas necessidades de saúde, ano passado foi melhor, quando o médico está na clínica a assistência é constante, quando não tem as doenças e os problemas aumentam.
BU14	“Eu acho ótimo as visitas, porque é uma maneira da gente se sentir que existe, pois a medida que pessoas da área de saúde vão a sua casa você se sente mais viva, então é importante a visita na residência das pessoas, deveria ter sempre, mas como a área é muito grande não dá para ser sempre, mas quando eles vão é ótimo. Eu dou nota dez para a Clínica, todos são espetaculares.”	Acho ótimo as visitas, a gente se sentir que existe, deveria ter sempre, área muito grande, nota dez.
AL01	“Não basta só oferecer os serviços, é muito importante o trabalho de conscientização, porque eles encaminharam umas seis crianças para o nutricionista e só uma foi ao atendimento. Então tem que ter um trabalho preventivo também. Um dos trabalhos que eu mais gosto é o trabalho da saúde bucal, porque as nossas crianças não tem o hábito de cuidar da boca, eles vão para a escola com um mau hálito muito grande, os dentes sujos, muitos nem tinham escovas de dentes e aí eles distribuem os quites de saúde bucal de três em três meses e a Técnica de Saúde Bucal vai lá na Escola e pega as crianças e divide em grupinhos de três ou quatro e leva para o banheiro e explica como deve fazer a escovação. E quando a Dentista vai ela aplica flúor e eles adoram. E a gente sabe que é importante porque é muito comum eles terem cárie e perderem dentes, às vezes novinhos já não tem os dentes da frente ou tem os dentes todos cariados. A gente está satisfeito com o trabalho porque antes quando a gente precisava de um encaminhamento era mais difícil porque a gente fazia um papel e a	Não basta oferecer os serviços, é importante o trabalho de conscientização, trabalho preventivo, mais gosto, trabalho da saúde bucal, distribuem quite de saúde bucal, explica como deve fazer a escovação, eles adoram, a gente está satisfeito, a gente manda para clínica, marcação da consulta, retorno.

	mãe tinha que procurar um posto ou um hospital. E hoje a gente manda por email para a Clínica um relato do caso e ela responde já com a marcação da consulta e isto é muito bom, porque a gente vê retorno.”	
BL01	“A população está adorando o trabalho da Clínica. A população do Engenho Novo está muito satisfeita com este trabalho. Coisa que a gente não via eram as pessoas indo para o posto e hoje elas fazem questão de virem para Clínica, vem de manhã conversam com as meninas, agradam, porque quem quer ser agradado também tem que agradar. A interação tem sido muito boa. O trabalho da Clínica é muito bom. Se acontecer de algum dia houver a necessidade de fechar a Clínica da Família eu não sei como é que o pessoal vai ficar, porque as pessoas já se acostumaram a vir aqui, vai ser um problema. A gerente está sempre pronta a ajudar e cobrando da sua equipe para que façam o melhor trabalho possível. Eu espero que não acabe. A Prefeitura está de parabéns por este trabalho. O Estado está de parabéns. Falta fazer uns ajustes porque algumas pessoas tem relutância em aceitar de ser tratado por um Enfermeiro, porque antigamente o Médico era o Médico e a Enfermeira era a Enfermeira, então como hoje os Enfermeiros tem quase a mesma função do Médico. Tem alguns idosos 0,01% que tem dificuldade de aceitar, mas depois acabam aceitando, porque eles veem que está funcionando, mas isso é trabalho de formiguinha mesmo, é devagar. E depois que aceitam não saem mais daqui, é o tempo todo aqui.”	População adorando, muito satisfeita, pessoas fazem questão de virem para clínica, conversam, agradam, interação muito boa, se acontecer de algum dia fechar vai ser um problema, gerente sempre pronta a ajudar, melhor trabalho possível, parabéns, fazer ajustes, aceitar de ser tratado por um enfermeiro, acabam aceitando, está funcionando, é devagar, depois não saem daqui.
BPs03	“Na verdade os usuários gostam das visitas, entendem sua importância. A gente tem a área Dois de Maio que é uma área carente que tem um acesso melhor, onde a gente tem uma boa adesão as visitas. Na área da Engenho a gente já não tem um acesso muito bom porque eles tem plano de saúde e até a gente conseguir fazê-los entender que a Clínica é para todos, o SUS é para todos e que a gente está ali para fazer um acompanhamento daquela família, tanto pelo agente comunitário, como pela equipe técnica, eles não conseguem entender esta necessidade, porque eles acham que estão numa classe social diferenciada.”	Usuários gostam das visitas, entendem sua importância, área Dois de Maio, carente, acesso melhor, boa adesão, área da Engenho não tem acesso muito bom, plano de saúde, até fazê-los entender que o SUS é para todos, eles acham que estão numa classe social diferenciada.
BL02	“Os pais autorizam as crianças a participarem das atividades e apoiam. Um exemplo disso foi o pedido da carteira de vacinas, que todos trouxeram as três vezes que eu pedi e começaram a perguntar por um retorno, pois o trabalho não foi concretizado.”	Pais autorizam as crianças participarem, apoiam, retorno.
BU15	“Eu gosto muito da Clínica, porque eu sou muito bem atendida. Eu tive um AVC, fui atendida na UPA, depois fiquei sendo acompanhada pela Clínica e recebendo os remédios pela Clínica também. Eles foram lá na UPA me ver.”	Gosto muito da clínica, sou muito bem atendida, acompanhada, recebendo os remédios, foram me ver.
APm09	“Eles gostam e aceitam bem as visitas domiciliares e até cobram, pois já estão acostumados. De um modo geral eu acho que eles estão gostando da Clínica e estão participando. Já faz parte da vida deles, é como se fosse a segunda casa deles, é onde eles vem para buscar a verificação de uma pressão,	Gostam, aceitam bem as visitas domiciliares, cobram, estão acostumados, estão participando, já faz parte da vida, segunda casa, acolhimento, desabafar, não há diferença no processo de trabalho

	de uma glicose, um acolhimento. Às vezes eles nos procuram só para desabafar. Não há diferença no processo de trabalho nas seis microáreas, a não ser aqueles que tem plano de saúde que não querem ter a visita naquele momento, mas também esta visão já está mudando, porque por mais que tenha o plano de saúde é aqui que eles vão buscar as vacinas das crianças.”	nas microáreas, plano de saúde, não querem, está mudando, buscar vacinas das crianças.
Código	Discurso	ECHs
AU01	“A comunidade está sim. Eu vejo várias conhecidas aqui na Clínica, porque esta Clínica aqui foi uma benção de Nosso Senhor Jesus Cristo. Eu vou orar muito para quem criou. Eu moro no asfalto, passa ônibus na porta, mas é dois minutos da comunidade.”	A comunidade está sim, vejo várias conhecidas na Clínica.
AU02	“Através das visitas e telefonemas, todos são atenciosos.”	Visitas, telefonemas, são atenciosos.
AU03	“Através das visitas e telefonemas, todos são atenciosos.”	Visitas, telefonemas, são atenciosos.
AU04	Não respondeu.	-
AU05	“As pessoas ainda não estão muito integradas e nem interagindo com a sua equipe.”	Não estão muito integradas nem interagindo.
BU01	“A comunidade está interagindo e gostando da ESF.”	A comunidade está interagindo e gostando.
AU06	“Às vezes eu vejo as meninas lá entrando nas casas, conversando com a gente.”	Entrando nas casas, conversando.
BPm01	“Acontece agora. No início era a gente tentando, indo nas residências e os pacientes não abriam a porta e quando abriam diziam meia dúzia de desaforos, não respondiam as nossas perguntas ou davam informações incorretas. Agora a gente já pegou intimidade, já está mais familiarizado, já sabe como abordar cada paciente com as suas particularidades. Então agora está mais fácil. Porque eles viram que funciona, foram bem tratados, além da divulgação boca à boca na comunidade, que é muito rápida.”	Acontece agora, no início os pacientes não abriam a porta, quando abriam diziam desaforos, não respondiam perguntas, davam informações incorretas, intimidade, sabe como abordar, particularidades, viram que funciona, bem tratados, divulgação boca à boca.
APm01	“Através de visitas domiciliares e telefonemas.”	Visitas domiciliares e telefonemas.
BU02	Não respondeu.	-
BU03	“Como eu trabalho durante o dia e ele também. Eu vinha na Clínica para marcar minhas consultas de pré-natal, mas ela me visitou.”	Trabalho durante o dia, vinha na Clínica para marcar minhas consultas, ela me visitou.
BPm02	“Nós trabalhamos com prevenção, educação em saúde, orientação da população e assistência. A Clínica oferece os recursos, consultas e campanhas. A população deixa muito a desejar, faltando as consultas, e depois é a primeira a recriminar se uma equipe fica sem médico ou no caso de uma licença maternidade, dizendo que não vai porque não tem médico.”	Prevenção, educação em saúde, orientação, assistência, recursos, consultas, campanhas, população deixa a desejar, faltando as consultas, primeira a recriminar, dizendo que não vai porque não tem médico.
APm02	“Eu não tenho dificuldades nas visitas domiciliares na minha microárea, pois eu já estou um ano e seis meses nesta microárea, as pessoas já me conhecem e os meus pacientes já estão moldados a mim.”	Visitas domiciliares, pessoas me conhecem, pacientes moldados a mim.
APm03	“Eu não tenho dificuldade nas visitas domiciliares, pois eu tenho vínculo com os meus pacientes, porém a minha área é muito distante da clínica e eu tenho que andar muito para chegar lá.”	Visitas domiciliares, vínculo, área muito distante da clínica.
AU07	“Através das visitas.”	Visitas.
AU08	“A gente está gostando das visitas e os vizinhos	Visitas.

	também estão.”	
AU09	Não respondeu.	-
APm04	“Eu mudei de área em novembro, eu trabalho em uma área que não tem comunidade, porém tem algumas casas mais precárias, num mesmo terreno, com muito lixo. Eles recebem a gente bem e gostam das visitas. Eu tenho um pouco de dificuldade porque a maioria das casas que eu visito não tem campainha e as casas ficam no fundo do terreno ou são vilas ou tem uma grande escadaria na frente. Com isto às vezes eu não consigo fazer as visitas e preciso telefonar para os usuários para marcar a visita. Eu gosto de trabalhar em dupla e aí eu visito a área da minha dupla e ela visita a minha, com isso eu passo a conhecer mais pacientes. As pessoas estão recebendo bem, ainda mais agora que parece que muitas pessoas estão perdendo o plano de saúde, porque no começo do cadastro muitas pessoas não queriam se cadastrar porque tinham plano de saúde e diziam que a clínica era para pobre, para quem não tem dinheiro.”	Visitas, telefonar, trabalhar em dupla, conhecer mais pacientes, recebendo bem, perdendo o plano de saúde, cadastro.
APm05	“Através das visitas e como os usuários estão vendo que está funcionando bem, eles estão vindo para cadastrar. No primeiro mês a gente ia, batia de porta em porta e escutava: eu não quero me cadastrar, deixa para quem é pobre e não tem plano. E hoje eles pedem para cadastrar, porque estão vendo que está funcionando.”	Visitas, estão vendo que está funcionando, estão vindo para cadastrar.
APm06	“Através das visitas. Tem algumas pessoas que reclamam que a gente não foi na casa, mas estas pessoas são aquelas que nunca estão em casa, de manhã já estão no bar. A gente trabalha por imóvel, a gente não trata a família, o morador. Já os ACSs trabalham com as pessoas e sabem o nome de todos.”	Visitas, a gente trabalha por imóvel.
APm07	“A gente faz VDs e ações sociais, como a de prevenção da dengue e da tuberculose. A gente dá os quites odontológicos e camisinha, e eles gostam.”	VDs, ações sociais, dá quites odontológicos e camisinha.
APm08	“Através das visitas e ações sociais, porém os meus usuários participam menos, porque a maioria trabalha e só volta para casa à noite, é muito mais difícil encontrá-los em casa, por este motivo a nossa meta sempre é a mais baixa. A gente consegue encontrá-los mais no sábado, mas a gente trabalha apenas um sábado no mês, mas se tiver que vir a Clínica eles vem. Por exemplo: as meninas estão no planejamento familiar.”	Visitas, ações sociais, usuários participam menos, a maioria trabalha, se tiver que vir a Clínica eles vem.
APs01	“Através das visitas domiciliares e das ações sociais. Nas visitas domiciliares os pacientes botam a mesa para você, com bolo e café. Nas áreas mais próximas da clínica os pacientes vão mais na clínica como demanda espontânea, principalmente a área Dois de Maio, que é mais carente. A maior parte dois usuários está elogiando a clínica. Só alguns é que reclamam que na clínica não tem especialista, como ortopedista. Geralmente os que criticam são aqueles que não entendem o modelo. A maioria gosta muito. Eu ganho muitos presentes e chocolates deles.”	Visitas domiciliares, ações sociais, pacientes vão na clínica, reclamam que na clínica não tem especialista.
BPm03	“A gente faz trabalho nas Escolas, faz os	Trabalho nas escolas, tratamentos na

	tratamentos aqui na Clínica e as visitas domiciliares, em casos de pacientes acamados.”	clínica, visitas domiciliares.
BPs01	“Através das visitas domiciliares, onde a gente tem 100% de aceitação.”	Visitas domiciliares.
BU04	“Através das visitas domiciliares e marcações de consultas.”	Visitas domiciliares, marcações de consultas.
APs02	“Através das visitas domiciliares e ações sociais.”	Visitas domiciliares, ações sociais.
AU10	“Através das visitas domiciliares.”	Visitas domiciliares.
BU05	“Visita domiciliar, aula de artesanato e Ação Social na Comunidade Dois de Maio.”	Visita domiciliar, aula de artesanato, ação social.
AU11	“Através das visitas e marcação de consultas.”	Visitas, marcação de consultas.
BPm04	“Através das visitas e do rastreamento do foco de dengue; os casos de drogas são passados para o NASF para tentar achar uma solução e no caso do lixo a gente liga para Prefeitura para retirar.”	Visitas, rastreamento do foco de dengue, os casos de drogas são passados para o NASF, no caso do lixo a gente liga para Prefeitura.
BU06	“Através das visitas, marcação de consultas, uma vez teve uma feirinha de artesanato lá na frente, teve uma festa de Papai Noel, neste mesmo dia, teve apresentação de dança.”	Visitas, marcação de consultas, feirinha de artesanato, festa de Papai Noel, apresentação de dança.
BPm05	“Através das visitas, da busca ativa de pacientes, como por exemplo: de tuberculose, a gente faz orientação de determinadas doenças, a gente faz visitas com os Agentes de Vigilância de Saúde para eliminar focos de dengue e às vezes a gente faz visitas com os Dentistas. A gente fez uma Ação Social no final do ano e muitos participam e gostam.”	Visitas, busca ativa de pacientes, visitas com os Agentes de Vigilância de Saúde, visitas com os Dentistas, ação social.
BPm06	“Através das visitas, ações sociais, onde eles participam e interagem. De um modo geral eles estão gostando, mas eu só acho que quando a gente leva qualquer atividade para dentro da comunidade é mais fácil, você cativa mais, mas tem que ter alguma coisa para dar. Se faz uma reunião tem que ter um lanche, tem que ter alguma troca, senão eles não vêm na próxima vez. Eles estão gostando porque não precisam mais acordar três, quatro horas da manhã para marcar uma consulta. Se tem o médico e o enfermeiro e eles estão sendo acolhidos, tudo bem, mas agora se falhou alguma coisa, como a saída do médico, aí pronto. A consciência deles ainda não é 100% na minha microárea.”	Visitas, ações sociais, quando a gente leva qualquer atividade para dentro da comunidade é mais fácil, tem que ter alguma coisa para dar, alguma troca, marcar consulta, se tem o médico e o enfermeiro e eles estão sendo acolhidos, tudo bem.
BPm07	“Através das visitas e campanhas contra epidemias e endemias, como contra dengue e tuberculose, que ocorrem quase todos os meses. Onde trabalhamos com informação e ação.”	Visitas, campanhas contra epidemias e endemias.
BPm08	“Através das visitas. Geralmente somos bem recebidos nas visitas, a única reclamação é a falta de médico. As pessoas já nos conhecem pelo nome e a gente já conhece vários moradores. Eu não preciso conhecer as pessoas pelo nome como os ACSs, mas já estou conhecendo pelo nome e as pessoas também já estão me conhecendo pelo nome, por eu está fazendo muita VD com os ACSs, o que facilita o meu trabalho e o deles, porque às vezes eles teem que entregar quites odontológicos que vem em caixas pesadas e eu ajudo nesse trabalho. E eles me facilitam a entrada nas casa dos usuários para verificação de focos. É um benefício para os dois lados.”	Visitas, a única reclamação é a falta de médico, as pessoas já nos conhecem pelo nome, por eu está fazendo muita VD com os ACSs, o que facilita o meu trabalho e o deles, entregar quites odontológicos, eu ajudo nesse trabalho, eles me facilitam a entrada na casa dos usuários.
APs03	“Através das visitas e ações sociais, quase que mensais. Festa de Natal e comemoração de datas	Visitas, ações sociais, festa de natal, comemoração de datas festivas.

	festivas.”	
AU12	“Através das visitas e marcação de consultas.”	Visitas, marcação de consultas.
AU13	“Através das visitas.”	Visitas.
AU14	“Através das visitas.”	Visitas.
BU07	“Através das visitas.”	Visitas.
BU08	“Só através das visitas.”	Visitas.
BU09	“Só através das visitas.”	Visitas.
BU10	“Só através das visitas.”	Visitas.
BU11	“Só das visitas.”	Visitas.
BU12	“Só das visitas.”	Visitas.
BPs02	“Através das visitas.”	Visitas.
BU13	“Só das visitas.”	Visitas.
AU15	“Só das visitas.”	Visitas.
BU14	“Através das visitas e do pessoal de combate à dengue.”	Visitas, do pessoal de combate à dengue.
AL01	<p>“Os pais valorizam bastante o trabalho desenvolvido pela Clínica na Escola, porque infelizmente o que a gente observa é que não se tem atendimento na área de saúde. Nós tivemos um aluno que a mãe levou ao Hospital e à UPA, e não conseguiu atendimento, então quando eles conseguem ver a Escola como um acesso a esse serviço eles valorizam bastante. Nesse caso a criança estava doente e a gente conseguiu atendimento aqui, mas o trabalho que eles desenvolvem na Escola é preventivo, porque eu acho que o objetivo maior é prevenir que as coisas aconteçam. As mães gostam e perguntam quando e o que vai ter, porque elas veem este serviço como uma maneira de ter acesso à saúde que é difícil. A Escola abraça todas as parcerias possíveis que fazem com que a gente tenha um rendimento melhor das crianças, não só pedagógico, mas também de qualidade de vida, de objetivo de vida mesmo. A Clínica da Família é sempre bem-vinda, as crianças já conhecem eles, porque muitos dos agentes são da comunidade e eles já conhecem. Eu tenho certeza que se todos estivermos juntos, como parceiros o trabalho vai fluir muito melhor, porque a Clínica vai conseguir entender quais são as necessidades da comunidade, quais são as especificidades, como a Escola também. Dentro da Escola as coisas sempre aparecem porque a criança é muito transparente.”</p>	<p>Pais valorizam o trabalho desenvolvido pela clínica na escola, a gente observa que não se tem atendimento na área de saúde, escola como acesso a esse serviço, o trabalho que eles desenvolvem na escola é preventivo, o objetivo maior é prevenir que as coisas aconteçam, a escola abraça todas as parcerias, rendimento melhor das crianças, também de qualidade de vida, as crianças já conhecem eles, como parceiros o trabalho vai fluir melhor, vai conseguir entender quais são as necessidades da comunidade.</p>
BL01	<p>“Através das visitas e de ações sociais em parceria com a Associação, que ocorrem todo ano desde da implantação da Clínica. A Associação trabalha em parceria com a Clínica na busca árdua de fazer com que a região cresça e isso nós estamos conseguindo aos poucos.”</p>	<p>Visitas, ações sociais, parceria com a Associação.</p>
BPs03	<p>“A gente está sempre fazendo trabalhos na comunidade, para que toda a equipe participe deste processo de conhecimento do território, a gente está sempre fazendo diagnóstico situacional para que toda a equipe esteja a par dos indicadores do seu território e fique sabendo das vulnerabilidades sociais e necessidades daquela população, para que a gente possa traçar um plano terapêutico para estar realizando com essas famílias e as pessoas que ali residem. A população interage com esse trabalho, a gente tem até um grupo de voluntários que participam das oficinas de artesanato, que</p>	<p>Trabalhos na comunidade, toda equipe participe deste processo de conhecimento do território, diagnóstico situacional, traçar um plano terapêutico, grupo de voluntários que participam das oficinas de artesanato, montam estandes para divulgar o trabalho que está sendo desenvolvido na clínica, grupo de plantas medicinais, voluntários mostrando a importância deste trabalho para a comunidade,</p>

	<p>sempre montam estandes para divulgar o trabalho que está sendo desenvolvido na Clínica. A gente também tem o grupo de plantas medicinais, onde também temos voluntários que tem hortas em casa e estão sempre mostrando a importância deste trabalho para a comunidade. A gente tem uma participação muito boa da população nessas ações que a gente faz. Este tipo de interação fortalece e empodera a equipe no território, porque estes usuários estão o tempo todo vinculando a Clínica ao território e a outras pessoas que a gente não tinham acesso, porque elas são comovidas por estes usuários e começam a vir e a participar das ações. A gente leva eles para passeios em teatros e museus, mas agora tem tanta gente que a gente não tem como levar todos, porque todos eles querem ser beneficiados. Eles pensavam no começo que a Clínica era só para pessoas pobres e carentes, que o agente comunitário ia lá para pessoas que realmente estavam precisando e hoje eles entendem que a Clínica está querendo trabalhar com aquela família e melhorar a qualidade de vida deles. Eu sempre tento trabalhar com as questões do território com a equipe para que a gente tente solucionar os problemas e junto com os próprios usuários, porque eu trabalho de porta aberta o tempo todo, estou sempre ouvindo as necessidades deles, tentando buscar parcerias nas outras redes também, as redes integradas que a gente tem, com o CAPS e a própria CAP, para tentar resolver o problema daquele usuário de forma que ele saia do serviço satisfeito. A gestão compartilhada com outros seguimentos é uma outra estratégia, mas nem todos participam. A gente está trabalhando para que todos tenham interesse e participem. Isto ainda tem que ser bem fortalecido, porque as pessoas vem uma vez e depois não vem mais, não se apropriam do território e da gestão compartilhada, as pessoas só querem assumir as funções, mas não querem trabalhar, pensar em estratégias e aí quando a gente começa a trabalhar isso, aí implica em situações deles mesmos com a comunidade, mas acho que com o tempo a gente vai conseguir a adesão destas pessoas, porque a gente está tentando. Quando eles não vem na reunião eu vou lá saber porque eles não vieram. A gente está construindo o colegiado ainda, mas conseguimos muita coisa trabalhando em cima do diagnóstico situacional, como uma melhora na cobertura do exame citopatológico, um melhor acesso a exames diagnósticos e um maior número de pacientes diabéticos e hipertensos controlados. A gente já está vendo o resultado do nosso trabalho.”</p>	<p>usuários estão o tempo todo vinculando a clínica ao território e a participar das ações, passeios, a clínica está querendo trabalhar com aquela família e melhorar a qualidade de vida deles, a gente tenta solucionar os problemas junto com os próprios usuários, buscar parcerias, redes integradas, gestão compartilhada com outros seguimentos, com o tempo a gente vai conseguir a adesão destas pessoas, a gente está construindo o colegiado, trabalhando em cima do diagnóstico situacional, a gente está vendo o resultado do nosso trabalho.</p>
BL02	<p>“Houve um episódio em que eu pedi para eles participarem da reunião de pais para falar sobre doenças contagiosas de creche, tipo sarna e impetigo. A fala deles não tinha nada a ver com a fala que eu tenho como instrução fazer, com isto houve um conflito na reunião devido a uma falha na comunicação, mas não foi só uma falha da Clínica, foi nossa também, pois a gente teria que ter conversado antes da reunião sobre o assunto,</p>	<p>Reunião de pais, falha na comunicação, o trabalho da clínica impactou positivamente no trabalho desenvolvido pela creche, marca o atendimento, eles ajudam.</p>

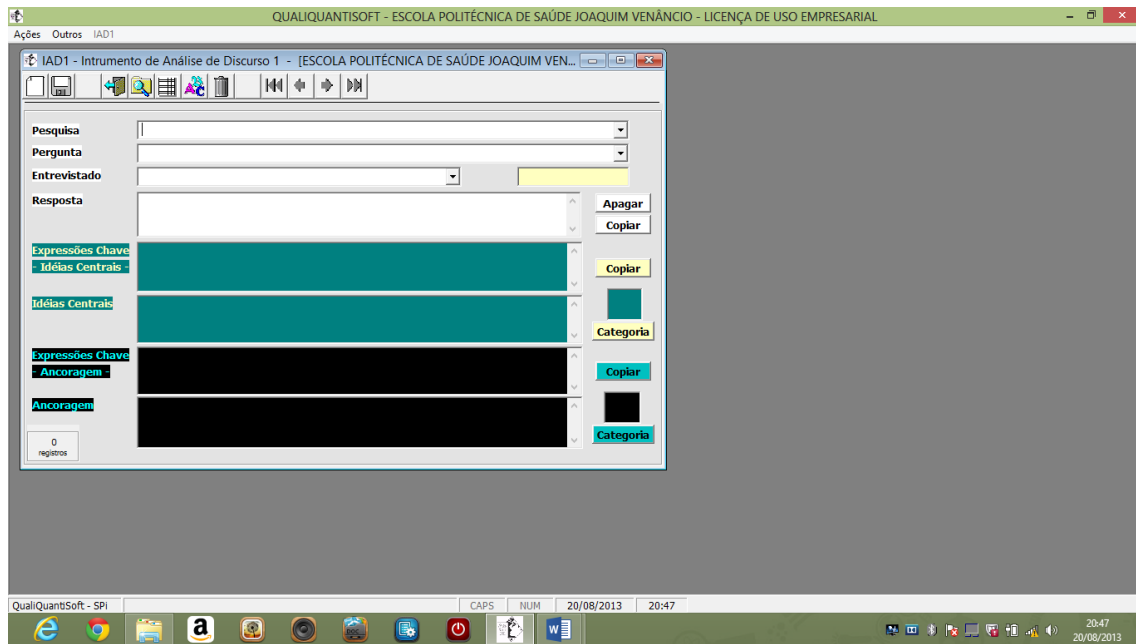
	para seguirmos a mesma orientação. De um modo geral o trabalho da Clínica impactou positivamente no trabalho desenvolvido pela Creche, porque antes a gente tinha um atendimento de saúde muito precário aqui na região. Hoje se eu tenho uma criança com diarreia a três meses, por exemplo, eu ligo para lá, falo com a Gerente e ela marca o atendimento para esta criança. Quando a gente realmente precisa eles ajudam.”	
BU15	“Através das visitas e de uma campanha que teve no ano passado aqui.”	Visitas, campanha.
APm09	“Através das visitas e do trabalho na Escola com crianças e adolescentes, através da verificação das cadernetas de vacinas e palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, uso de métodos, também conversamos com as crianças sobre alimentação saudável e preconceito. Os alunos gostam do trabalho, participam e perguntam.”	Visitas, trabalho na escola.

ANEXOS:

Anexo A

Instrumento de Análise de Discurso 1

IAD1



Anexo B

Instrumento de Análise de Discurso 2

IAD2

QUALIQUANTISOFT - ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - LICENÇA DE USO EMPRESARIAL

Ações Outros IAD2

IAD2 - Instrumento de Análise de Discurso 2 - [ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VE...]

Variações

Idéias Centrais Ancoragem

Pesquisa: Estudo de caso AP 3.2 - Gestão e Território

Pergunta: 1 - O que você entende por Território?

Categoria: A Dimensão Cultural.

Expressões Chave

AU01 - A gente comanda, pertence a nós, vive naquele local, manda naquele lugar, relacionado com o poder.
 AU05 - Local onde eu vivo, convivo, moro, bairro, pessoas ao redor.
 BU02 - Local demarcado, lugar delimitado.
 BU03 - Local demarcado, lugar delimitado.
 APm02 - Local, pessoas, parcerias, escolas, apartamentos, casas e lojas.
 APm05 - Área de abrangência, eu sou responsável pelas aquelas famílias que habitam naquele território.
 APm08 - Local onde eu trabalho, pessoas, casas, prédios, colégios, igrejas, envolvo tudo.
 APd01 - Abrange a área, parte geográfica, população, problemas, coisas boas, infraestrutura, casas, famílias.

Discurso do Sujeito Coletivo - DSC

Copiar

Território é um bairro, um centro, um lugar delimitado, um certo espaço que pertence a uma tribo. É o local onde eu vivo, convivo e trabalho. É uma coisa que pertence a nós, está relacionado com o poder, tipo facções divididas, são regiões que tem cada uma o seu comando. É uma área de abrangência que tem pessoas, parcerias, escolas, igrejas, apartamentos, casas e lojas. É tudo que abrange a área, tanto a parte geográfica quanto a população, os problemas que tem naquela localidade e as coisas boas também. É alguma coisa que se modifica o tempo todo, é uma coisa dinâmica, que a gente tem que ficar trabalhando de acordo as mudanças que ocorrem.

QualiQuantSoft - SPI CAPS NUM 20/08/2013 20:49

20:49
20/08/2013