



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
CAMPUS CHAPECÓ
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

YANÁ TAMARA TOMASI

**OS SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS E POSSIBILIDADES**

CHAPECÓ/SC

2014

YANÁ TAMARA TOMASI

**OS SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Profª Me. Jeane Barros de Souza

CHAPECÓ/SC

2014

DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Tomasi, Yaná Tamara

Os significados do diagnóstico comunitário na
Estratégia Saúde da Família: caminhos e possibilidades/
Yaná Tamara Tomasi. -- 2014.

82 f.

Orientadora: Jeane Barros de Souza.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem, Chapecó, SC, 2014.

1. Diagnóstico comunitário. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Enfermagem. I. Souza, Jeane Barros de,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.
Título.

YANÁ TAMARA TOMASI

**OS SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS E POSSIBILIDADES**

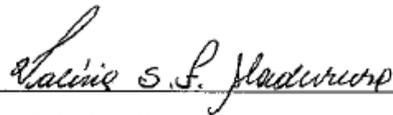
Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Orientador: Prof.^a Me. Jeane Barros de Souza

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

11 / 12 / 2014

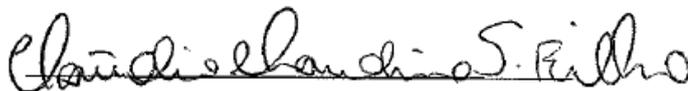
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Valéria Silvana Faganello Madureira - UFFS



Prof.^a Me. Liane Colliselli - UFFS



Prof. Me. Cláudio Claudino da Silva Filho - UFFS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, socorro presente nas horas de angústia; que me dá força e coragem para questionar a realidade e propor sempre um novo mundo de possibilidades. À minha família, pelo carinho, dedicação, capacidade de acreditar e investir em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar o meu caminho durante toda esta caminhada.

Aos meus pais pelo incansável esforço de educar seus filhos. Mãe, seu cuidado e dedicação foram meu suporte e esperança para seguir em frente. Pai, sua presença significou a certeza de que não estou sozinha.

Aos meus irmãos e todos meus familiares que não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida,

Ao meu namorado pelo carinho, paciência e capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

A todos meus professores que durante minha graduação me ensinaram os caminhos e prazeres desta profissão. Em especial, a minha professora orientadora, com a qual partilhei as sementes deste trabalho e que hoje colhemos os frutos, oriundos de uma relação de paciência, confiança, troca de conhecimentos e companheirismo. Professora, obrigado por todos os seus ensinamentos, os quais ultrapassam as barreiras acadêmicas e que muito contribuíram para o ser humano que sou hoje. Você é um grande exemplo para mim.

A banca examinadora, pela disponibilidade e esforços para contribuir com este trabalho.

Aos amigos e colegas, pelas alegrias, tristezas e conhecimentos compartilhados. Com vocês este caminhar tornou-se mais belo e florido.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar” (Paulo Freire).

RESUMO

O modelo de atenção à saúde com base na Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe uma nova perspectiva de cuidado, sendo que a equipe da ESF deve ser estimulada a buscar recursos para uma prática avançada, que possa auxiliar no manejo das demandas e reais necessidades de saúde da população assistida. Neste contexto, o diagnóstico comunitário (DC) em saúde constitui-se uma prática necessária para a organização dos processos de trabalho das equipes de saúde. Com a intenção de aprofundar conhecimentos e refletir sobre estas questões, esta pesquisa objetivou analisar os significados que a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC atribui ao DC nos serviços de saúde. Como abordagem metodológica optou-se pela pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, operacionalizada em cinco encontros com a participação dos membros da equipe da ESF do município, desenvolvidos através de rodas de conversa, seguindo os pressupostos da pedagogia problematizadora. Os encontros foram gravados e transcritos para posterior análise, e os dados produzidos foram analisados através de algumas etapas da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), surgindo neste caminhar duas categorias: “Significados do diagnóstico comunitário”, tendo como subcategorias: “Identificação dos problemas na comunidade”, “Priorização dos problemas da comunidade, na tentativa de resolvê-los”, “Um importante trabalho em equipe”; e a outra categoria “Caminhos e possibilidades do diagnóstico comunitário”, tendo como subcategorias: “As potencialidades no caminhar do diagnóstico comunitário”, “As dificuldades no caminhar do diagnóstico comunitário”. Neste caminhar, conclui-se que através do DC a equipe pode desenvolver ações com base nas necessidades observadas no território e a partir da reflexão e planejamento dos dados produzidos, possibilita nortear as ações de resolução aos diferentes níveis de atenção, configurando-se como um importante instrumento de trabalho catalisador de novas práticas de cuidado.

Palavras-chave: Diagnóstico comunitário. Estratégia Saúde da Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The health care model based on health strategy of the family brought a new care perspective, and the team should be encouraged to search new resources for advanced practice, may assist in the management of demands and population's real health needs assisted. In this context, the community health diagnosis is a necessary practice for organization of work processes of these teams. With the intention of further information and reflect about this questions, this study aims analyses the meanings that the team strategy health family the Nova Erechim city gives the community diagnosis in the health services. With methodological approach opted for qualitative research, of the convergent type, operationalized in five meetings, with the participation of all team members of strategy health family the city, developed through conversation circles, based in pedagogy problematizing. The meetings were recorded and transcribed for subsequent content analysis proposed by Bardin (2008), appearing in this walk two categories: "Meanings of community diagnosis", having as a subcategory: "Identifications of community problems in an attempt to solve", "An important teamwork"; end the other category: "Paths and possibilities of community diagnosis", having as a subcategory: "The potential to walk the community diagnosis", "The difficulties to walk the community diagnosis". In this walk, it is concluded that through of community diagnosis the team can develop actions based in needs observed in the territory and from the reflection and planning of dices produced, enables guide the actions of resolution to the different levels of care, configured an important working tool catalyst for new care practices.

Keywords: Community diagnosis. Family Health Strategy. Nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AMOSC: Associação de Municípios do Oeste de Santa Catarina

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CIS-AMOSC: Convênio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina

DC: Diagnóstico Comunitário

DM: Diabetes Mellitus

ECS: Estágio Curricular Supervisionado

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HRO: Hospital Regional do Oeste

PCA: Pesquisa Convergente Assistencial

PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFFS: Universidade Federal da Fronteira Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E A EQUIPE DE ATUAÇÃO DA ESF.....	16
3.2 O DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NO CONTEXTO DA ESF	18
3.3 PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA DE PAULO FREIRE	19
3.4 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	20
3.4.1 Território	21
3.4.2 Diagnóstico	21
3.4.3 Diálogo	21
3.4.4 Educador – educando	21
3.4.5 Processo educativo/reflexivo	22
3.4.6 Moderador	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL	23
4.1.1 Fase de concepção	24
4.1.2 Fase de instrumentação	24
4.1.2.1 Local de estudo	24
4.1.2.2 Sujeitos da pesquisa	25
4.1.2.3 Coleta de dados	26
4.1.2.4 Aspectos éticos	27
4.1.2.5 Riscos e Benefícios	28
4.1.3 Fases de perscrutação, análise e interpretação dos dados	29
4.1.3.1 Obtenção e organização dos dados	29
4.1.3.2 Análise e interpretação dos dados.....	29
5 RELATANDO O PROCESSO EDUCATIVO/REFLEXIVO COM A EQUIPE DA ESF	31
5.1 A SENSIBILIZAÇÃO	31
5.2 PRIMEIRO ENCONTRO: SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO ..	31

5.3 SEGUNDO ENCONTRO: DESVENDANDO NOVOS CAMINHOS E POSSIBILIDADES PARA OS MAPAS INTELIGENTES	32
5.4 TERCEIRO ENCONTRO: O DESABROCHAR DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO	33
5.5 QUARTO ENCONTRO: O REGAR DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO EM BUSCA DOS FRUTOS	34
5.6 DIALOGANDO COM A ENFERMEIRA.....	35
5.7 QUINTO ENCONTRO: COLHENDO OS FRUTOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO.....	36
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO	38
6.1 SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO.....	38
6.1.1 Identificação dos problemas na comunidade	38
6.1.2 Priorização dos problemas da comunidade, na tentativa de resolve-los	43
6.1.3 Um importante trabalho em equipe	45
6.2 CAMINHOS E POSSIBILIDADES DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO.....	47
6.2.1 As potencialidades no caminhar do diagnóstico comunitário	48
6.2.2 As dificuldades no caminhar do diagnóstico comunitário	55
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	66
APÊNDICE A: Roteiro para primeira roda de conversa.....	67
APÊNDICE B: Dinâmica “Encontros”	68
APÊNDICE C: Roteiro para segunda roda de conversa.....	69
APÊNDICE D: Planilha para acompanhamento de usuários de benzodiazepínicos.....	69
APÊNDICE E: Material informativo aos ACS acerca dos benzodiazepínicos.....	70
ANEXOS	71
ANEXO A: Declaração de Ciência e Concordância das Instituições envolvidas	72
ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP	73
ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	77
ANEXO D: Termo de uso de Fotografias, Vídeos e Gravações	78
ANEXO E: Retratando a Árvore completa	79
ANEXO F: Retratando os mapas atualizados.....	80
ANEXO G: Retratando o encerramento do processo educativo/reflexivo com a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC	811

1 INTRODUÇÃO

“Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para sair daqui?”
 - *“Isso depende de onde você quer chegar”, disse o Gato.*
 - *“O lugar não me importa muito” ... , disse Alice*
 - *“Então não importa que caminho você vai tomar”, disse o Gato.*
(Lewis Carroll - "Alice no País das Maravilhas")

Muitos são os caminhos que, quando seguidos, conduzem a melhorias no setor saúde, lembrando que o conceito de caminho também implica o meio de alcançar um resultado, tendo um começo, mas também um espaço adiante a percorrer. E a atenção básica de saúde, desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) vem alcançando grandes conquistas, mas ainda há muitos caminhos para trilhar e construir, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber.

O modelo de atenção, com base na ESF, trouxe uma nova perspectiva de atenção à saúde (WEIRICH, 2009). Assim, a equipe da ESF deve ser estimulada a uma prática avançada, buscando dispor de recursos que a prepare a pensar e a agir com um olhar voltado à comunidade em sua totalidade, de acordo com as reais necessidades da população assistida.

No Brasil, a ligação entre a geografia e a saúde é muito forte e importante, devido à articulação existente entre o espaço e a integralidade da atenção em saúde; essa integralidade é um princípio constitucional da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e consiste em garantir serviços e ações articuladas (SANTOS; PEKELMAN, 2008).

A atenção básica utiliza-se de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e reais necessidades de saúde, de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco e demais condicionantes de saúde (BRASIL, 2012). Neste sentido, o diagnóstico comunitário (DC) é considerado elemento “chave” de reflexão sobre o cotidiano dos serviços de saúde, sendo que representa a tecnologia necessária para a organização dos processos de trabalho destas equipes (HENRIQUE, 2010), tendo-o como um importante caminho a seguir e a partir de então, aproveitar as possibilidades de atuação que o mesmo proporciona.

O desenvolvimento do DC apresenta vantagens no fortalecimento do vínculo entre usuários e a Unidade Básica de Saúde (UBS), organização da oferta dos serviços de acordo com as reais necessidades da demanda, melhoria na qualidade do atendimento, oferece subsídios para a elaboração de indicadores da situação de saúde, além de permitir o acompanhamento da realidade local, com o intuito de averiguar a efetividade dos serviços

(RIBEIRO et.al., 2012).

Assim, o diagnóstico da realidade local é essencial para o planejamento das ações de saúde, o qual deve ser aplicado e sistematizado pelos profissionais que atuam na ESF, demonstrando que esta é uma prática possível e necessária, subsidiando suas ações, sendo que a participação de todos os membros da equipe torna-se fundamental na elaboração do mesmo, visto que contempla varias dimensões da realidade (HENRIQUE, 2010).

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe da ESF para sua efetivação, pode-se destacar a carência de informações e metodologias acerca de sua construção e aperfeiçoamento. Assim, não existe receita pronta para a realização do DC, mas, tendo em vista que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, destaca-se que, quanto maior a capacidade explicativa destes fenômenos, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população (FONSECA, 2007).

Neste sentido, através da realização de um projeto de extensão desenvolvido no município de Nova Erechim/SC por meio de parceria entre a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Secretaria Municipal de Saúde do município no ano de 2012, foi realizado o mapeamento do território de atuação da única equipe da ESF. Para operacionalização, foram desenvolvidos mapas inteligentes de cada micro área, bem como, a construção de mapa do município com a delimitação do território de atuação desta equipe.

Assim, foi possível realizar com eficiência o mapeamento do território, porém, a partir da conclusão destas atividades de extensão, percebeu-se que a mesma não buscou qualificar suas produções e conhecimentos acerca do DC. Talvez, este comprometimento com o mapeamento tenha ocorrido apenas para seguir itens avaliativos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o qual de acordo com suas diretrizes aponta que todas as Equipes de Atenção Básica participantes do programa deverão se organizar de maneira a assegurar os princípios da Atenção Básica, tais como a definição do território de atuação das UBS e da população adscrita; sendo que o realizaram provavelmente sem compreender seus reais significados.

Assim, a justificativa da realização desta pesquisa no município de Nova Erechim/SC baseia-se na percepção de que o DC produzido com a equipe no ano de 2012 está sendo pouco utilizado e não atualizado pelo serviço. A partir de então, surgiram as seguintes questões: Qual a efetividade da intervenção realizada anteriormente? Qual a real importância que esta equipe atribui ao DC? Como perceberam a experiência vivida em 2012 com o DC? Quais caminhos e

possibilidades para que o DC possa ser utilizado e atualizado?

Então, com a intenção de aprofundar conhecimentos e refletir sobre estas questões, foi possível delimitar o seguinte problema de pesquisa: *Quais os significados que a equipe da ESF atribui ao DC nos serviços de saúde?*

Com a vivência nas atividades práticas realizadas no decorrer do curso de graduação em enfermagem, ficam evidente que as equipes da ESF, de forma geral, apresentam limitações na compreensão do DC nos serviços de saúde. Desta forma, os resultados no desenvolvimento desta pesquisa assistencial contemplam os significados que os profissionais da equipe da ESF atribuem ao DC, bem como as dificuldades e potencialidades encontradas durante o caminhar da realização do mesmo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os significados que a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC atribui ao DC nos serviços de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento que a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC possui acerca do DC;

- Discutir com a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC, de que forma o DC pode ser utilizado nos serviços de saúde, desvendando novos caminhos e possibilidades;

- Desenvolver um processo educativo/reflexivo com a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC acerca da utilização do DC nos serviços de saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*"Nossas escolhas não podem ser apenas intuitivas, elas têm que refletir o que a gente é. Lógico que se deve reavaliar decisões e trocar de caminho: Ninguém é o mesmo para sempre."
(Pedro Bial, "Escolhas").*

3.1 A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E A EQUIPE DE ATUAÇÃO DA ESF

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2012), a atenção básica configura-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, a fim de garantir uma atenção à saúde integral; sendo desenvolvida por meio de práticas de cuidados e gestão, trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos. Sua atuação ocorre nas unidades de saúde, na comunidade, nos domicílios, caracterizando-se como a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

A partir da proposta do Ministério da Saúde de reorientar a prestação da assistência com a criação da ESF em 1994, a atenção à saúde é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Assim, a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, e atua orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

São itens necessários à existência da ESF, a equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Ao profissional Enfermeiro da ESF cabe a atenção ao indivíduo, família e comunidade em todas as fases do desenvolvimento humano, consultas de enfermagem, procedimentos, atividades de grupo, planejar e gerenciar as ações desenvolvidas pelos ACS, realizar atividades de educação permanente com a equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde, além de participar do gerenciamento dos insumos necessários ao funcionamento das UBS (BRASIL, 2012).

Ao técnico de enfermagem da ESF compete a realização de procedimentos aos quais competem atividades de educação em saúde, bem como participar de atividades de educação permanente e de do gerenciamento dos insumos (BRASIL, 2012).

Ao profissional médico cabe a atenção à saúde aos indivíduos, consultas clínicas, pequenos procedimentos, atividades de grupos ou domicílio, encaminhamento a outros prontos de atenção quando necessário, participar de atividades de educação permanente e do planejamento dos insumos à UBS (BRASIL, 2012).

Ao cirurgião-dentista da ESF cabe a realização de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde bucal, realizar procedimentos clínicos e participar do gerenciamento de insumos (BRASIL, 2012).

Ao Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) cabe realizar atividades de promoção e prevenção em saúde bucal, cuidados com os materiais, instrumentalizar os profissionais dentistas, apoiar e desenvolver atividades em saúde bucal com os demais membros da equipe, participar do levantamento de estudos epidemiológicos (BRASIL, 2012).

Ao ACS compete o trabalho com a adscrição das famílias nas micro áreas, cadastramento destas famílias, orientar sobre os serviços de saúde, acompanhar por meio da visita domiciliar as famílias e indivíduos de sua micro área, desenvolver atividades de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2012).

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes; o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, de acordo com as especificações que contemplam o máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF (BRASIL, 2012).

As características dos processos de trabalho das equipes de atenção básica contemplam a definição do território de atuação; características de sua população; programação de ações à saúde de acordo com as necessidades da população; desenvolvimento de ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais; acolhimento e escuta qualificada com classificação de risco e de vulnerabilidade; atenção integral, contínua e de qualidade; realizar atenção à saúde na unidade, à domicílio e outros espaços do território; desenvolver ações educativas individuais e coletivas; qualificação dos modelos de gestão; planejamento, monitoramento avaliação das ações em saúde; desenvolver ações intersetoriais (BRASIL, 2012).

Assim, para conhecer o território de atuação, a equipe da ESF deve descobrir o importante caminho do DC em saúde e as diversas possibilidades de atuação que o mesmo

proporciona, o qual possibilita uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas, abrindo chances ao diálogo entre os atores envolvidos e a identificação do que cada setor pode fazer no sentido da intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas (FONSECA, 2007).

3.2 O DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NO CONTEXTO DA ESF

Existem diversas abordagens e fontes de informação que permitem conhecer o território, e no contexto da ESF, é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); no entanto, estes dados são restritos, e não contemplam dados importantes para o planejamento das ações, como por exemplo, as condições ambientais (FONSECA, 2007).

As pessoas que residem em um mesmo município vivenciam grandes diferenças em suas condições de vida, sendo que o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização desta população e reconhecimento de seus problemas de saúde (FONSECA, 2007).

Devemos, portanto, conhecer as coisas, os objetos, os movimentos e os fluxos que acontecem neste território, pois, dentro da concepção de território na saúde existe a articulação com outras estruturas político-administrativas, que oferecem os serviços como educação, transporte, coleta de lixo, oferta de água, etc; aspectos considerados importantes no conceito ampliado de saúde como resultante das nossas condições de vida (FONSECA, 2007).

Neste sentido, o DC em saúde surge como metodologia para integrar as ações e informações sobre o ambiente e saúde; e representa um meio de análise e interpretação da realidade de um território (HENRIQUE, 2010).

Este diagnóstico objetiva identificar problemas, estabelecer prioridades, identificar fatores que limitam o desenvolvimento de atividades, nortear o planejamento de ações a serem implementadas, proporcionar aprendizagem, identificar e reorganizar a área física, recursos humanos e materiais, e, sobretudo tornar clara a realidade do território observado a fim de possibilitar que o planejamento seja adequado de acordo com as reais necessidades (RIBEIRO et.al., 2012).

Dentre as informações que se busca levantar no diagnóstico, pode-se citar: a demografia (respeito ao número de habitantes, idade, gênero, área de atuação e área de abrangência); a situação socioeconômica e cultural (informações sobre as atividades sociais e econômicas existentes na comunidade); situação de saúde do território (indicadores de saúde, mortalidade por causas); aspectos educacionais (nível de escolaridade local, os indicadores

escolares e as escolas locais e de referência); assim como as equipes de saúde e as unidades de saúde existentes no lugar/território (SANTOS; PEKELMAN, 2008).

O DC desenvolvido pela equipe da ESF compreende a construção e avaliação periódica pela equipe multiprofissional, sendo que as ferramentas e metodologias disponíveis são inúmeras, permitindo a sua adequação à diferentes realidades, onde seus resultados subsidiam o planejamento (RIBEIRO et.al., 2012).

Assim, esta ferramenta constitui-se de uma tecnologia gerencial imprescindível a fim de qualificar as políticas, programas e ações em saúde pública em relação às demandas e necessidades da população, principalmente nas ações no âmbito do território da ESF (RIBEIRO et.al., 2012).

3.3 PEDAGOGIA PROBLEMATIZADORA DE PAULO FREIRE

O educador brasileiro Paulo Freire está entre um dos mais influentes pensadores da educação do século XX, e ficou mundialmente conhecido devido a sua trajetória de defesa de um sistema de educação que enfatiza o aprendizado como uma ação de cultura e liberdade, e um processo interativo onde ambos apreendem (VALOURA, 2006).

Paulo Reglus Neves Freire nasceu em Recife no dia 19 de setembro de 1921. Nascido numa família de classe média, só teve oportunidade de ir para escola aos 15 anos, sendo que aos 20 anos, enquanto fazia o curso de Direito, iniciou os estudos acerca da Filosofia e Psicologia da Linguagem (BARRETO, 1998).

Foi no ano de 1961 que tornou-se diretor do Departamento de Extensões Culturais da Universidade do Recife e, em 1962, foram realizadas suas primeiras experiências de alfabetização popular que o levaram a constituição do Método Paulo Freire; experiência na qual sua equipe foi responsável pela alfabetização de 300 cortadores de cana em apenas 45 dias no estado do Rio Grande do Norte (BARRETO, 1998).

Devido ao golpe militar em 1964, sua carreira foi interrompida devido a sua prisão, onde ficou preso por 70 dias e devido à insegurança preferiu o exílio. Algum tempo depois se mudou para o Chile, onde começou as suas publicações, entre elas: Educação como Prática da Liberdade, Pedagogia do Oprimido. O educador faleceu no dia 02 de maio de 1997 (BARRETO, 1998).

Paulo Freire ao longo de suas obras trabalha concepções de educando e educador sempre associadas. Na obra Pedagogia do Oprimido (1987), relata que a educação e o educador não podem fundamentar-se em uma compreensão de homens como seres vazios, e

que o mundo nos enche de conteúdos. Na *Pedagogia da Autonomia* (1996), Paulo Freire enfoca que o educador não transfere conhecimento, mas produz e constrói o conhecimento junto ao educando.

De acordo com Brandão (1993) um dos pressupostos do método de Paulo Freire baseia-se na ideia de que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho, pois o aprendizado deve ser um ato coletivo, não pode ser feito por um sujeito isolado e também não pode ser o resultado do despejo de quem supõe que possui todo o saber, sobre aquele que pensa não possuir nenhum.

Para Freire (1996), a compreensão do homem é como ser histórico e inacabado; assim, o ensinar inexistente sem aprender e vice-versa, tendo a inserção do sujeito inacabado num permanente processo de busca.

Por meio deste movimento objetiva-se tornar mais crítico um grupo humano, exigindo mais conhecimento crítico acerca de sua realidade, sendo que através desta troca de experiências é possível refletir e melhorar o contexto nos quais então inseridos (WEFFORT, 1967).

Esta educação problematizadora permite, além de detectar os problemas reais a fim de encontrar possíveis soluções, propor reflexões sobre suas causas, consequências e significados, questionando o papel do sujeito neste processo (DAMASCENO; SAID, 2008).

Este empoderamento gerado permite a obtenção de informações adequadas, uma reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação de mudanças desejadas e da condição a ser construída. Para Freire, esta pessoa empoderada é aquela que realiza, por si mesma, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer (VALOURA, 2006).

Neste estudo, os participantes, sujeitos desta pesquisa foram os membros da equipe da ESF, e, de acordo com este modelo pedagógico, estes profissionais não são uma tabula rasa, ou seja, possuem um conhecimento prévio. Assim, parte-se do princípio de que tudo o que foi construído por eles, até o momento, serve de patamar para continuar a construir novos conhecimentos, sendo que esta construção só acontecerá caso estes problematizem e reflitam acerca de suas ações, podendo assim descobrir novos caminhos e possibilidades na sua prática de atuação diária.

3.4 DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

3.4.1 Território

De acordo com o dicionário Ferreira (2009), o conceito de território contempla uma extensão considerável de terra; área de um país, ou estado, ou província ou cidade. Para diversos autores da saúde coletiva, território é o espaço da produção da vida, portanto, da saúde, podendo ser definido como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico, sendo coletivamente construído e constituído (SANTOS; PEKELMAN, 2008).

3.4.2 Diagnóstico

Segundo Ferreira (2009), diagnóstico significa o conjunto dos dados em que se baseia uma determinação. Neste sentido, o DC em saúde configura-se, segundo Ribeiro et.al. (2012), como ferramenta que permite um olhar acerca da realidade a fim de identificar suas características, potencialidades e fragilidades, subsidiando a construção do planejamento das ações em saúde.

3.4.3 Diálogo

Para Ferreira (2009), diálogo é a troca ou discussão de ideias, de opiniões, de conceitos, com vista à solução de problemas, ao entendimento ou à harmonia. Para Freire (1987), é um movimento constitutivo da consciência que, abrindo-se para a infinitude implica na construção de um olhar crítico. Assim, os dialogantes “admiram” um mesmo mundo; afastam-se dele e com ele coincidem; nele põem-se e opõem-se.

3.4.4 Educador – educando

O educador, de acordo com o dicionário Ferreira (2009), é que ou aquele que educa, e o educando aquele que recebe a educação. De acordo do Freire (1987) educador é aquele que possibilita a construção da consciência determinante para a mudança da mentalidade e da cultura de nossos educandos; e educando como ser inacabado, e a essência da relação entre esses é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia. Assim, o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que ao ser educado, também educa.

3.4.5 Processo educativo/reflexivo

Para Freire (1987), o processo educativo/reflexivo é uma prática de liberdade, democrática, dialógica e reflexiva sobre os problemas concretos, o qual permite dar um salto no desconhecido a partir do que é conhecido pelo processo da inferência, da interpretação, da suposição, da observação cuidadosa.

3.4.6 Moderador

Apontado por Ferreira (2009) como aquele que modera ou atenua; mediador ou pessoa que coordena discussão em grupo. Para Freire (1987) aquele que proporciona a criação de um ambiente de integração e confiança, onde as pessoas passam a despir-se de todos os preconceitos, propiciando uma participação livre, consciente e entusiasmada; ainda, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo.

4 METODOLOGIA

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.*
(Cora Coralina).

Para alcançar os objetivos propostos foi necessário definir um plano de ação, um caminho metodológico, que direcionam a pesquisa. Sendo assim, optou-se pela abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial, com ações conduzidas pelo Arco da Problematização, proposto por Charles Maguerez, e desenvolvida através de rodas de conversa.

4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2010), aplica-se ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e interpretações que os seres humanos fazem acerca de como vivem, pensam e sentem. Ainda, segundo a mesma autora, esta abordagem configura-se como um importante instrumento no trabalho de investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados.

Este método propicia além de desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, a construção de novas abordagens, revisão e criação de conceitos durante a investigação (MINAYO, 2010).

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) sempre requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, sendo orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática, realização de mudanças e/ou introdução de novas práticas de saúde, o que poderá levar à construção teórica; sendo compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada, formando assim um processo de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

Através desta, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um novo conhecimento para a renovação das práticas assistenciais no campo de pesquisa; sendo que em seu desenho existe ao mesmo tempo, uma aproximação e um afastamento entre a pesquisa e a assistência, sendo que as informações ao longo dos dois processos são obtidas interagindo entre si, onde o ponto de equilíbrio entre estes dois processos é o respeito da autonomia de cada um (TRENTINI; PAIM, 2004).

Segundo Trentini e Paim (2004):

A principal característica da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial. Desta forma as ações de assistência vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa, o que não implica em atribuir a qualidade de idênticas às características destas duas atividades. Afinal, cada qual sustenta sua identidade própria, ou seja, tanto a PCA quanto a assistência tem as fronteiras delimitadas no que se refere à tipificação de conhecimento a que se vincula, aos aspectos éticos e ao rigor científico que lhe é pertinente e à finalística de suas respectivas atividades (PAIM; TRENTINI, 2004, p.26).

Esta metodologia compõe-se de diferentes etapas, incluindo as fases de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.

4.1.1 Fase de concepção

É o primeiro momento de reconhecimento da realidade, onde se define a questão de pesquisa, problema, objetivos e referencial teórico, para que se possa planejar as demais fases.

Neste sentido, a questão de pesquisa, o problema, os objetivos e o referencial teórico deste estudo já foram apresentados anteriormente, sendo possível seguir para a próxima etapa, que é a fase de instrumentação.

4.1.2 Fase de instrumentação

É o segundo momento, ou seja, a construção dos procedimentos metodológicos, que serão apresentados a seguir como o local de estudo, os sujeitos da pesquisa, a coleta de dados e aspectos éticos.

4.1.2.1 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de Nova Erechim/SC. Este município está localizado no Oeste de Santa Catarina, e tem como base econômica a agricultura e a indústria, sendo que 80% da economia do município é gerada pelas atividades agrícolas de suinocultura, avicultura e gado leiteiro.

Localizado na região da Associação de Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC), que abrange 20 municípios e pertence à Comarca de Pinhalzinho, possui uma população total de 4.275 (Censo 2010).

O território é composto de planalto de superfícies onduladas e montanhosas, pequenas reservas de matas, sendo banhado pelos rios Chapecó e Burro Branco.

A zona rural é composta por 12 linhas no interior do município: Linha Barreiro, Burro Branco, Guabiroba, Morro do Chapéu, Navegantes, Pinheirinho, Ramenzoni, Santa Lúcia, São José, Seca, Suspiro e Volta Bonita. A zona urbana está dividida em Centro e 5 bairros: Bela Vista I, Bela Vista II, Colina do Sol, Francisca Cremonini e Morada do Sol.

A rede física pública na área da saúde é composta por apenas uma Unidade de Saúde, na qual são oferecidos diariamente serviços como: consultas médicas, atendimento odontológico, vacinas, atendimento pela enfermeira, técnicos de enfermagem, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta e fonoaudióloga, inseridos nas diferentes políticas de saúde do município.

Já a rede física privada, é composta por um hospital filantrópico com 33 leitos e uma farmácia, cujo atendimento é feito por 02 médicos, com o qual o município mantém convênio para atendimento médico ambulatorial. Aqueles atendimentos que exigem maior complexidade são encaminhados para o Hospital referência (Hospital Regional do Oeste (HRO) - Chapecó), distante 40 km do município. Os serviços de consulta especializada são encaminhados via Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMOSC (CIS-AMOSC).

4.1.2.2 Sujeitos da pesquisa

De acordo com Trentini e Paim (2004), este tipo de pesquisa não estabelece critérios rigorosos para a seleção dos participantes, porque não valoriza o princípio da generalização. Sendo assim, deve incluir sujeitos envolvidos no problema, os quais possuem mais condições para contribuir com informações que possibilitem abranger todas as dimensões do problema em estudo.

A ESF do município de Nova Erechim/SC conta com 14 profissionais, sendo eles: 1 Médico de Saúde da Família, 1 Enfermeiro, 2 Técnicos de Enfermagem, 1 Cirurgião Dentista, 1 ASB e 8 ACS. A unidade de saúde do referido município conta ainda com os serviços de outros profissionais, tais como: fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e psicóloga.

Os critérios de inclusão para participar do estudo contemplaram os profissionais contratados para trabalhar na ESF que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C); e os critérios de exclusão, os demais profissionais que trabalham na unidade de saúde não contratados pela ESF.

O convite para participar da pesquisa foi realizado pessoalmente pelas pesquisadoras, através do repasse de informações sobre os objetivos da pesquisa, data, horário e local do

primeiro encontro, com a devida autorização da secretaria de saúde do referido município (ANEXO A).

4.1.2.3 Coleta de dados

O período para coleta dos dados contemplou de Setembro e Outubro de 2014, durante o desenvolvimento da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II.

Tendo em vista que a PCA permite o uso de diferentes métodos e técnicas de obtenção de informações, e considerando o referencial teórico escolhido, utilizou-se o Arco da Problematização, proposto por Charles Maguerez, para a construção do conhecimento com a equipe, tendo em vista a possibilidade do desenvolvimento de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade vivida.

Esta metodologia do Arco de Charles Maguerez se desenvolve por meio de cinco etapas, iniciando a partir da observação da realidade e definição de um problema de estudo, da qual emergem os pontos-chave para a construção da teorização e elaboração da hipótese de solução, a fim de intervir, exercitar e manejar as situações associadas ao problema (BERBEL, 1999; ZUGE, 2011).

Segundo Berbel (1999), o ato de problematizar é uma proposta de ensino-aprendizagem que está pautada no pensamento de Paulo Freire, o que se insere numa concepção crítica e dialética que permite desvendar a realidade para assim transformá-la; sendo uma alternativa pedagógica que permite trabalhar a construção do conhecimento a partir da vivência de experiências significativas.

Neste sentido, a proposta foi operacionalizada através de 5 encontros, seguindo as fases propostas pelo Arco de Charlez Maguerez. Para o desenvolvimento deste processo reflexivo, propomos o desenvolvimento de rodas de conversa, as quais foram gravadas e transcritas, para posterior análise.

As rodas de conversa apoiam-se na proposta dos círculos de cultura de Paulo Freire, a partir da qual a roda é mais do que a disposição física dos participantes, mas uma postura frente à produção do conhecimento. De acordo com Freire (1987), nesta lógica de círculo de cultura, não se ensina, aprende-se em “reciprocidade de consciências”.

Afonso e Abade (2008) destacam que as rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas, tendo como objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano. Para que isso ocorra, as rodas devem ser

desenvolvidas em um contexto onde as pessoas possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves.

A primeira e segunda etapa do arco compreendem a **observação da realidade**, identificando nela suas principais características e problemas, e o **conhecimento dos pontos-chave**, derivados da observação da realidade e das necessidades nela identificadas.

Neste contexto, é muito importante ter claro o tema geral, que em sua formulação, consegue resumir aquele aspecto da realidade a ser analisada. Este tema é um "tema gerador", pois ao desenvolver o seu conteúdo nos permitiu formular detalhadamente os aspectos (temas de conteúdo/ sub-temas) que seriam abordados no desenvolvimento do processo reflexivo.

Na terceira etapa do arco, da **teorização**, cada um dos sub-temas levantados foi desenvolvido separadamente, construindo possíveis respostas para os problemas identificados; e na quarta etapa, de **construção de hipóteses e soluções**, da discussão dos sub-temas e reflexão da realidade, os participantes puderam refletir sobre de que maneira eles poderão utilizar o conhecimento construído para o planejamento de suas ações.

A última etapa, **denominada de aplicação à realidade**, é o momento da aplicação do conhecimento construído, objetivando a concretização de sua implementação.

Portanto, através das etapas propostas pelo Arco da Problematização de Magueres, descritas acima, os encontros com os profissionais da ESF foram desenvolvidos, havendo maiores detalhes das ações realizadas no capítulo cinco, onde aborda sobre o processo educativo/reflexivo com a equipe da ESF. É importante salientar que o moderador ajudou a criar um ambiente de integração e confiança em todos os encontros desenvolvidos, onde os participantes da pesquisa puderam despir-se de seus preconceitos, propiciando uma participação livre, consciente e entusiasmada.

De acordo com Freire (1987), ao final desde processo de análise e reflexão da realidade, surgem mudanças significativas que sugerem modificações não apenas nas práticas, mas também na compreensão das ações dos sujeitos, sendo possível refletir acerca de nossas ações, e propor melhorias a realidade vivenciada.

4.1.2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada no município de Nova Erechim/SC a partir da assinatura da Declaração de Ciência e Concordância das Instituições envolvidas (ANEXO A), pelo Secretário Municipal de Saúde.

Após aprovação pela instituição envolvida, o projeto de pesquisa foi submetido para apreciação e aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS, através do cadastramento do projeto na Plataforma Brasil, e aprovado através do Parecer Nº 33711614000005564 (ANEXO B).

Aos participantes do estudo, foi entregue o TCLE (ANEXO C) segundo a Resolução nº. 466/2012. A entrega do TCLE foi feita pelas pesquisadoras, no qual foram esclarecidos os objetivos e metodologia da pesquisa, solicitando sua participação e assegurando o anonimato e o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento de sua realização, sem qualquer ônus. Solicitada também a assinatura de aprovação na participação da pesquisa, ficando uma cópia com a aplicadora da pesquisa e outra com o participante do estudo.

Como forma de manter o anonimato dos participantes, no decorrer da pesquisa optou-se por nomeá-los com nomes de árvores frutíferas, fazendo uma analogia ao DC como uma árvore que foi plantada, cresceu e está dando frutos.

Quanto às imagens e gravações obtidas durante a realização da pesquisa, os participantes foram esclarecidos acerca da utilização deste material para fins científicos pelas pesquisadoras, aceitando e autorizando o uso de tais materiais, através da assinatura do Termo de uso de fotografias, vídeos e gravações (ANEXO D). É importante salientar que todo o material produzido por meio da coleta de dados ficará sob guarda das pesquisadoras por um período de 05 anos e após, serão destruídos.

Portanto, esta pesquisa cumpriu fielmente às exigências estabelecidas pela Resolução nº. 466/2012, que trata dos aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos.

4.1.2.5 Riscos e Benefícios

Os riscos evidenciados no presente estudo referiam-se a possível desconforto por parte dos entrevistados durante a realização das rodas de conversa, visto o questionamento sobre sua rotina de trabalho, e também acerca de suas ações/estratégias frente à realização do diagnóstico comunitário.

Em relação aos benefícios, este estudo tem o potencial de fornecer a equipe de saúde um instrumento que permite o planejamento das ações de saúde, à partir de um olhar para a realidade, assim identificando as reais necessidades da população. Sendo assim, será possível propor estratégias junto a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Erechim, no sentido de aprimorar os aspectos considerados favoráveis a esta prática, assim como, trabalhar junto aos profissionais da equipe da ESF quanto aos aspectos considerados frágeis na realidade focada.

4.1.3 Fases de perscrutação, análise e interpretação dos dados

Corresponde a terceira, quarta e quinta fase da PCA, onde serão descritas a estratégia para a obtenção, organização, análise e interpretação das informações.

4.1.3.1 Obtenção e organização dos dados

Para realizar uma reflexão com a equipe da ESF acerca do DC, foi utilizado a técnica de discussões em grupo, que corresponde a uma maneira pela qual as opiniões são geradas e expressadas, além de ser um espaço de troca de experiências, saberes e busca pela resolução de problemas em comum, sendo que a tarefa do grupo é discutir a melhor alternativa para resolvê-lo (FLICK, 2009).

Para a operacionalização das discussões foram desenvolvidas rodas de conversa, as quais priorizam as discussões em torno de uma temática (selecionada de acordo com os objetivos da pesquisa) e, no processo dialógico é possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro, permitindo um pensar compartilhado (MÉLLO et.al., 2007).

Ainda, de acordo com Flick (2009), outra característica das discussões em grupo é a busca pela resolução de problemas em comum, sendo que a tarefa do grupo é discutir a melhor alternativa para resolvê-lo.

Os critérios para seleção dos sujeitos foram determinados pelos objetivos do estudo, sendo assim, todos os 14 integrantes da equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC foram convidados a participar da pesquisa.

As rodas de conversa foram gravadas, transcritas e organizadas para posterior análise, seguindo a proposta de Bardin (2008).

4.1.3.2 Análise e interpretação dos dados

A análise e interpretação dos dados foi baseada em algumas etapas da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2008), sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A primeira etapa, a pré-análise, corresponde de acordo com Bardin (2008) a um período de intuições, que tem o objetivo de tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais

de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

Neste primeiro momento, foi realizada a leitura flutuante dos dados obtidos nas entrevistas, escolhendo documentos para a constituição do “corpus”, que é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2008).

No segundo momento, que é a exploração do material de análise, foi organizada a codificação, que segundo Bardin (2008) é como uma transformação realizada de acordo com regras precisas dos dados brutos do texto, permitindo assim atingir uma representação do conteúdo do mesmo.

A exploração do material, segundo Bardin (2008), compreende três escolhas:

1. O recorte: escolha das unidades;
2. A enumeração: escolha das regras de contagem;
3. A classificação e agregação: escolha das categorias.

O recorte é a escolha das unidades de análise, sendo que algumas categorias foram definidas “a priori”, seguindo os temas das perguntas do instrumento de coleta de dados.

A enumeração é a escolha das regras de contagem e tendo nas mãos as categorias provisórias, foi enumerado os dados mais evidentes. Primeiramente, foram transcritos todos os relatos das discussões. Estes foram agrupados de acordo com as perguntas, para finalmente poder acontecer a contagem das respostas.

A classificação e agregação é a redefinição das categorias, onde mais uma vez, foi realizada a leitura das entrevistas e da contagem das respostas, observando as categorias definidas “a priori” (tema das perguntas). A partir de então, passamos a classificá-las e a agregá-las de acordo com suas particularidades, surgindo as categorias e subcategorias que orientaram a discussão dos dados, que será apresentada posteriormente.

5 RELATANDO O PROCESSO EDUCATIVO/REFLEXIVO COM A EQUIPE DA ESF

*“Meu caminho pode não ser o teu caminho, contudo, juntos marchamos de mãos dadas”
(Kalil Gibran).*

Quando nos propusemos a seguir pelo caminho do DC, sabíamos que poderíamos nos deparar com diferentes achados, mas, felizmente, este nosso caminho esteve repleto de flores, árvores e frutos, sendo percorrido com êxito.

Assim, no intuito de compartilhar como foi este caminhar, descrevemos abaixo a dinâmica dos encontros, nos quais, através da participação da equipe e do comprometimento dos participantes, permitiu que a pesquisa fizesse convergência com a prática, em coerência com o referencial metodológico desta proposta.

5.1 A SENSIBILIZAÇÃO

A sensibilização para a participação nesta pesquisa ocorreu através de convite realizado pessoalmente pela pesquisadora aos profissionais atuantes na equipe da ESF, após conversa com o Secretário Municipal de Saúde acerca do melhor horário para a liberação dos profissionais para a participação dos encontros. Assim, ficou acordado às 17:00 horas para a realização dos encontros, devido a impossibilidade de liberação dos profissionais da equipe durante o horário de expediente, frente ao grande fluxo de atendimentos. Na oportunidade, foram repassadas informações acerca dos objetivos da pesquisa e da importância da participação de cada um, bem como o horário e local do primeiro encontro.

5.2 PRIMEIRO ENCONTRO: SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

No primeiro encontro, contamos com a participação de sete integrantes da equipe, dos quais seis eram ACS e um técnico de enfermagem, sendo que este percentual de participação justifica-se devido ao horário disponibilizado, quando a maioria dos profissionais referiram outras atividades após o término do trabalho.

Primeiramente, foram apresentados aos participantes os objetivos da pesquisa, os métodos utilizados, bem como as vantagens e desvantagens da participação, também foram explicados aspectos relacionados com o respeito ao anonimato e as possíveis desistências dos

sujeitos em participar do estudo, sendo apresentado a assinado o TCLE (ANEXO C), entregue em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Ainda, consultou-se o grupo quanto ao uso de máquina fotográfica e gravador, a fim de registrar os encontros (ANEXO D).

Para o início das atividades, foi esclarecido ao grupo o papel do pesquisador como moderador, responsável pela condução do grupo, mediante a reflexão, análise e síntese na busca dos objetivos propostos, e explicou-se acerca da metodologia da roda de conversa que seria iniciada, com questões norteadoras, e tema gerador central: **Significados do Diagnóstico Comunitário** (APÊNDICE A).

Como dinâmica final, utilizamos uma dobradura em folha sulfite formando um barco, a fim de refletir sobre nossa caminhada, na qual podemos ir sozinhos ou com mais pessoas; através de recortes formou-se uma camisa, podendo refletir sobre a equipe, que todos precisam vestir a camisa e juntos lutar pelo mesmo objetivo, remar para a mesma direção; ao formar uma cruz, lembrou-se que neste caminho poderemos ter muitas dificuldades, assim como o barco no mar, mas teremos que supera-las para seguir em frente, e então alcançar a luz representada pela abertura na dobradura.

Ao encerrar, foi realizado uma confraternização com os participantes, e reforçado o convite para a participação no próximo encontro. Ainda, foram acertados os dias e horários dos demais encontros, previstos para ocorrerem nas sextas-feiras, as 17:00 horas.

5.3 SEGUNDO ENCONTRO: DESVENDANDO NOVOS CAMINHOS E POSSIBILIDADES PARA OS MAPAS INTELIGENTES

Neste segundo encontro, contamos com a participação de sete integrantes da equipe, sendo que seis eram ACS e 1 técnico de enfermagem, havendo impossibilidade de participação dos demais profissionais no horário fora do expediente de trabalho, por já terem atividades particulares. No entanto, mesmo assim, o convite para a participação foi reforçado pela pesquisadora a todos os profissionais da equipe da ESF, a fim de estimulá-los a participar dos encontros.

Para iniciar as atividades, realizamos uma dinâmica a fim de fomentar as discussões que seriam realizadas na roda de conversa, tendo em vista a pouca participação com falas dos profissionais no primeiro encontro.

A dinâmica de “Encontros” (APÊNDICE B) teve o objetivo de introduzir o assunto a ser abordado, fazendo com que os participantes dialogassem entre si acerca dos temas

propostos. Assim, eles dispunham de 05 minutos para falar com uma pessoa diferente sobre as questões: “O que é o diagnóstico comunitário”, “Qual a importância do diagnóstico comunitário na sua prática diária”, “O que os serviços de saúde estão perdendo ao não utilizarem os mapas inteligentes”, “Como estes mapas podem contribuir no planejamento das ações de saúde em nosso município”, e “Como podemos melhor utilizar estes mapas”. Assim, a discussão e participação tornaram-se mais ricas. Em seguida, foi oportunizado o momento da roda de conversa, tendo como tema gerador central: **Desvendando novos caminhos e possibilidades para os mapas inteligentes**, havendo questões norteadoras (APÊNDICE C).

Ao final, foi acordado entre os participantes para que o próximo encontro fosse desenvolvido na segunda-feira, devido a impossibilidade do médico em estar presente nas sextas-feiras, demonstrando interesse em também participar dos encontros. E encerrado este momento com uma confraternização entre os participantes.

Através da transcrição e análise das discussões promovidas nas rodas de conversa do primeiro e segundo encontro, foram identificados os significados da equipe sobre o DC, suas percepções, e assim, elencado pelas pesquisadoras o tema gerador central para o terceiro encontro.

5.4 TERCEIRO ENCONTRO: O DESABROCHAR DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

Contamos com a participação de seis integrantes da equipe neste terceiro encontro, dos quais quatro eram ACS, um técnico de enfermagem e um médico, sendo que após o acordado da mudança do dia da realização dos encontros para as segundas-feiras, contamos também com a colaboração do profissional médico. Este encontro objetivou dar um retorno aos participantes acerca do processo educativo-reflexivo, a partir das percepções realizadas no primeiro e segundo encontro.

Para o início das atividades, foi elaborado o desenho de uma árvore e fixado na parede, com o intuito de trabalhar sobre o DC através da analogia com uma árvore, a qual precisa ser regada para crescer e dar bons frutos. Assim, cada etapa deste processo de crescimento foi sendo trabalhado com os participantes, onde no final foi possível obter a árvore “completa”.

Iniciamos com a ideia do DC como uma semente que precisava ser regada para crescer, sendo entregue para cada participante uma gota de água feita em EVA para assim regar a árvore. Nesta gota de água, cada participante escreveu qual o seu papel/compromisso com o DC, apresentando posteriormente ao grupo, e explanando os motivos desta escolha.

Através da ideia de crescimento das sementes plantadas, surgiram as folhas, e através da transcrição das falas dos encontros anteriores foram elencadas falas que abordavam o conceito que eles trouxeram do DC, e estas falas foram fixadas em folhas feitas de EVA, onde cada participante as apresentou, retomando os conceitos apresentados por eles.

Esta árvore cresceu ainda mais e surgiram os frutos, e a fim de agregar o conceito de DC já apresentado por eles, alguns conceitos do que é o DC apontado na literatura foram fixados em frutos elaborados de EVA, onde foi possível refletir sobre os significados de cada um daqueles conceitos, e destacando e referenciando o conceito anterior dos mesmos, e como eles cresceram nesta conceituação, tendo ao final uma árvore completa, com o regador e as gotas de água, as folhas e os frutos (ANEXO E).

Após, através de dinâmica de colagem, com gravuras e palavras espalhadas pelo chão, cada participante construiu em uma folha sulfite o que deveria fazer para melhor utilizar o DC, e cada participante apresentou o que construiu, os motivos de tal escolha, e assim, foram colocando em uma parte da árvore o que acreditavam estar deficiente.

Ainda, a fim de demonstrar a importância do trabalho e do diálogo em equipe, cada participante recebeu uma folha sulfite, ficando responsável por desenhar cada uma das partes de uma árvore: tronco, galho, folha, raiz, fruto, flores, para que ao final fosse possível montar a árvore da equipe. Assim, cada participante realizou o desenho sem olhar ou conversar com o outro colega. Ao final, juntou-se os desenhos e montamos a árvore, com a ideia de que todos formam uma equipe, e que neste trabalho em equipe é importante o diálogo, pois, cada um possui uma forma de ver as coisas, e se só enxergar uma parte da árvore ou se não houver diálogo, surgirão as dificuldades de ver e refletir sobre o todo.

Ao final, houve a apresentação da proposta de construir juntos a atualização do mapa de cada ACS, e após o aceite pelos participantes, foi agendado o dia para a respectiva atividade, a ser realizada com os ACS, surgindo também a ideia de acompanhamento dos usuários que fazem uso de benzodiazepínicos, devido a grande demanda destes na unidade.

Ao término, foi reforçado o convite para a participação no último encontro, e realizado confraternização com os participantes.

5.5 QUARTO ENCONTRO: O REGAR DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO EM BUSCA DOS FRUTOS

Neste encontro, realizado somente com os ACS contamos com sete participantes, sendo que somente um não pode comparecer devido a problemas de saúde. Inicialmente

refletimos acerca da necessidade da atualização dos mapas, e a importância da necessidade de atualização constante destes dados. Após, realizamos a atualização de cada mapa, com o número atualizado de usuários hipertensos, diabéticos, acamados, gestantes e beneficiários do bolsa família, além da plastificação dos mapas para proteção.

Ao final, foi possível refletir e discutir quanto a importância destes mapas no trabalho dos ACS e da equipe da ESF (ANEXO F); e ainda, realizado confraternização com os participantes e reforçado convite para a participação no ultimo encontro

5.6 DIALOGANDO COM A ENFERMEIRA

A conversa com a Enfermeira da equipe da ESF ocorreu entre o quarto e o quinto encontro, e objetivou buscar o apoio desta profissional nas ações que estavam sendo desenvolvidas. É importante ressaltar que a participação desta profissional anteriormente não foi possível devido a problemas de saúde e atestado médico durante a realização dos encontros anteriores, e a necessidade desta conversa com ela surgiu no intuito de integra-la ao processo educativo-reflexivo e buscar sua contribuição nas ações que estavam sendo planejadas.

Primeiramente foi esclarecido acerca dos objetivos da pesquisa e as vantagens e desvantagens de sua participação, com a assinatura do TCLE, e ainda, questionada quanto ao uso de fotografias e áudio.

Em seguida, foi realizado uma pequena retrospectiva das ações realizadas nos encontros anteriores e assim, passou-se a buscar as percepções da enfermeira sobre o DC e sua utilização pela equipe da ESF, bem como acerca da importância da atualização dos mapas, e o seu papel de incentivo neste processo, indo além do quesito avaliativo do PMAQ.

Na mesma conversa, também foi abordado com a profissional sobre a necessidade apresentada pela equipe no terceiro encontro quanto ao planejamento das ações voltadas aos usuários de benzodiazepínicos, e sua percepção sobre as ações que poderiam ser desenvolvidas. Ao final, realizado convite para sua participação no ultimo encontro.

Através deste diálogo com a profissional, a mesma demonstrou-se acolhedora e incentivadora das ações que estavam sendo desenvolvidas, colocando-se à disposição para colaborar e dar prosseguimento às atividades planejadas.

5.7 QUINTO ENCONTRO: COLHENDO OS FRUTOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

Neste quinto e último encontro contamos com a participação de dez integrantes da equipe da ESF, dos quais sete eram ACS, um técnico de enfermagem, um médico e uma enfermeira, sendo que não obtivemos a participação de todos os membros da equipe, apesar de reforçado convite, devido ao relato de compromissos particulares.

Para iniciar as atividades, foi realizado a dinâmica de recepção intitulada “O naufrago: como definir prioridades e manter o foco?”. Para isso, os participantes foram divididos em dois grupos e entregue uma cópia da história do naufrágio para cada participante. Nesta história, um navio estava afundando, e o grupo tinha 15 minutos para realizar a atividade, que consistia em selecionar tarefas que os naufragos poderiam fazer nas 2h30 que antecedem o afundamento do navio. Como cada tarefa possuía um tempo determinado, o grupo selecionava as atividades e somava os tempos utilizados. Ao final, cada grupo apresentou suas escolhas e assim, foi possível perceber as diferenças entre as escolhas de cada grupo, e refletir quanto a importância de estabelecer prioridades e manter o foco em nossas atividades do dia a dia, e que muitas vezes é preciso dialogar e entrar em um consenso acerca do que é prioridade para a equipe, pois cada um tem percepções diferentes da realidade.

Após, foi realizado a apresentação do que foi construído durante os quatro encontros anteriores, com o intuito de compartilhar com os participantes a evolução de seus conceitos, assim como acontece na vida de uma árvore. Para isso, cada parte da árvore foi representada em EVA (2012: as sementes foram plantadas; 2013: a árvore cresceu; 2014: 1º encontro regando a árvore; 2º encontro surgiram as folhas; 3º encontro surgiram as flores; 4º encontro surgiram os frutos e neste 5º encontro colhendo os frutos), sendo que cada desenho foi entregue aos participantes para que eles apresentassem, complementado as apresentações com fotos em slides e debate entre os mesmos.

Em seguida, foi apresentado pelos ACS os mapas atualizados por eles anteriormente, comparando as informações antigas com as atuais, através de imagens dos mapas antigos e atuais. Ainda, apresentação da planilha de acompanhamento de benzodiazepínicos construída em coletivo (APÊNDICE D), e entrega aos ACS material informativo produzido para auxiliar nesta coleta (APÊNDICE E).

E com o objetivo de avaliar o processo educativo-reflexivo, foi entregue a cada participante uma folha sulfite, onde puderam expressar suas percepções sobre o processo,

referenciando o que cada um deixou e levou dos momentos vivenciados neste caminhar da PCA.

Como encerramento, foi realizada uma dinâmica com bexiga, a qual objetivou mostrar que nem sempre os caminhos mais fáceis são os melhores, e que quando não conseguimos vencer algo sozinhos podemos pedir a ajuda do outro. Assim, foram colocados dentro de balões tirinhas de papel com palavras boas e ruins: comprometimento, colaboração, trabalho em conjunto, mentiras, desprezo, entre outras. Os balões foram enchidos e fixados no teto, sendo as palavras ruins com fitas mais compridas e as palavras boas com fitas mais curtas, dificultando seu alcance. No último balão a palavra foi sucesso, fazendo a reflexão que se todos trabalharem juntos/em equipe para alcançar o objetivo, será possível alcançar mais fácil o sucesso.

Ao final, cada participante recebeu uma muda de árvore, representando assim o DC, sendo o compromisso de cada um regá-lo e cuidá-lo diariamente (ANEXO G), e realizado agradecimento pela participação dos profissionais, instigando-os a seguir em frente nesta caminhada. Ainda, realizado confraternização entre os participantes com um lanche especial.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.
(Fernando Pessoa)

6.1 SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

A atuação profissional em uma equipe da ESF está intimamente relacionada à compreensão do contexto social e singular de cada usuário e família (BACKES et.al., 2012). Desta forma, as práticas são norteadas a partir do significado que se aplica à um objeto de análise, e este significado irá então refletir nas ações. Por isso, compreender o significado de algo na atuação profissional da ESF, e traduzir este em práticas coerentes, está relacionado às possibilidades interativas e dialógicas, ao fortalecimento da autonomia dos atores envolvidos no processo do cuidar, à capacidade de romper com modelos tradicionais de atenção à saúde, e a valorização das singularidades humanas, assim como, o fortalecimento de redes interativas e associativas (BACKES et.al., 2012).

Neste sentido, o DC é uma ferramenta que auxilia as equipes da ESF na compreensão do contexto social e singular de cada usuário, família e comunidade, norteadando também seu planejamento. Porém, faz-se necessário compreender seu real significado, a fim de traduzi-lo em práticas coerentes de saúde, e para isso, conhecer o que os profissionais da equipe da ESF conhecem sobre o DC é indispensável.

Assim, esta categoria pretende discutir sobre os significados do DC para os profissionais da equipe da ESF, através de três subcategorias que evidenciam esta ferramenta como “Identificação dos problemas na comunidade”; outra como “A priorização dos problemas da comunidade na tentativa de resolvê-los”; e ainda, como “Um importante trabalho em equipe”, que serão apresentadas a seguir.

6.1.1 Identificação dos problemas na comunidade

Nesta subcategoria, apresentaremos um dos significados do DC levantados pelos participantes desta pesquisa, que é a identificação dos problemas na comunidade, lembrando que a partir da reorientação do modelo de atenção à saúde, denominada em 2006 como ESF,

suas ações passaram a propor uma atenção centrada na família e no território, através de práticas de prevenção de doenças, promoção e assistência à saúde (CUNHA; SÁ, 2013).

Para isso, é preciso conhecer a realidade deste território, os atores sociais envolvidos, evidenciando suas condições econômicas, sociais e culturais, pois, assim como afirma Cunha e Sá (2013), o trabalho destas equipes partem da perspectiva da compreensão de território não somente como um espaço geográfico, mas sim, um espaço com suas dimensões sociais e culturais, que condicionam igualmente os problemas de saúde.

A importância de conhecer o território na ESF é reconhecer a dinâmica social e política das áreas de atuação destas equipes, e é a primeira etapa para um aperfeiçoamento das ações desenvolvidas nestes territórios (GOLDESTEIN et.al., 2013). E ao serem questionados acerca do conceito do DC, alguns participantes desta pesquisa apontaram que seria uma ferramenta de levantamento de dados, como podemos evidenciar nas falas abaixo:

“Para levantar dados, tipo, da área” (Cerejeira).

“É um levantamento de dados” (Macieira).

O fato do DC ser considerado um instrumento de levantamento de dados não o limita a somente esta função, pois, a simples quantificação da população sem a reflexão sobre estes dados, muitas vezes acaba por produzir ações desarticuladas, refletindo apenas o olhar ou o entendimento do gestor ou colaborador. Assim, subjetiva-se, fragmenta-se e desordena-se o funcionamento do sistema de saúde, a medida que se não houver uma visão clara do que se deseja, cada profissional irá desenvolver suas atividades a sua maneira (VIEIRA, 2009).

A efetivação de ações de atenção à saúde nestes territórios baseiam-se no entendimento de seu funcionamento e sua importância no processo de saúde e doença daquela população. Portanto, a exclusiva referência apenas à quantidade de população, sem nenhuma proposta de classificação ou identificação destes territórios, acaba por limitar a eficácia da atuação destas equipes (GOLDESTEIN et.al., 2013).

No entanto, a realização de um diagnóstico em um território vai muito além do levantamento de dados, podendo conhecer este território de forma a problematizar as principais dimensões de sua realidade, a fim de transformar estas percepções em ações de saúde coerentes com as necessidades encontradas. Neste sentido, o levantamento de dados realizado através do DC deve contemplar os diferentes aspectos referentes ao conceito ampliado de saúde, o qual segundo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Dentre estes aspectos, dados referentes a epidemiologia fazem-se importantes para o planejamento de ações frente a grupos específicos.

Dentre os principais grupos encontram-se os hipertensos e diabéticos devido a grande prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) no Brasil, pois de acordo com a VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico) (2009), no Brasil, 32.639.130 indivíduos referiram diagnóstico médico de HAS e 7.459.833 de DM, o que corresponde a 24,4% e 5,8% da população brasileira, respectivamente. Já a região Sul apresentou 22,2% de sua população com diagnóstico médico de HAS, e 5,7% com diagnóstico de DM (VIGITEL, 2009).

Com relação ao local de estudo desta pesquisa, o município de Nova Erechim apresenta 517 hipertensos e 101 diabéticos cadastrados, o que representa 12% e 2,3% da população, respectivamente. E diante deste cenário epidemiológico, a atenção básica tem a necessidade de se dedicar de forma especial aos hipertensos e diabéticos, como podemos perceber nas falas a seguir:

“E você tem mais clareza de trabalhar dentro da própria micro área, sabe onde está localizado cada coisa que tem ali que nós marcamos, hipertensos, diabéticos...” (Jabuticabeira)

“Você pode usar um diagnóstico para várias coisas, mas, por exemplo na saúde, você vai usar ele para, por exemplo, se você quer saber quantos diabéticos você tem no município” (Macieira).

“Aqui fez uma síntese bem boa do que é o diagnóstico... é uma tecnologia simples... e ao mesmo tempo complexa. Simples de ser realizada e altamente eficaz, porque se eu sei que eu tenho 150 diabéticos, eu sei como investir naquela área” (Ameixeira).

Ao observar as falas acima, fica evidente a preocupação que estes profissionais possuem no cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, provavelmente devido a grande prevalência destas patologias, as quais devem permear o campo da promoção, prevenção e reabilitação da saúde. O olhar de diferentes profissionais a esta clientela, destaca-se como uma importante ação multidisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS (BRASIL, 2006); sendo que estas ações objetivam muito mais que o controle destas patologias, mas, reduzir morbimortalidades causadas por elas, através de intervenções educativas sistematizadas e permanentes (BRASIL, 2013).

E esta atuação multiprofissional contribui para a melhoria dos hábitos de vida, alimentação e nutrição, importantes na promoção da saúde e prevenção de complicações tanto para os portadores de hipertensão e/ou diabetes como para a população em geral (COTTA et.al., 2009). Assim, conhecer o perfil da população e os grupos que fazem parte da mesma, contribuem para a qualificação da assistência prestada a população, como podemos observar nas falas seguintes:

“Vocês passam e aí a gente vai ver qual a região que tem mais diabéticos, por exemplo né” (Macieira).

“Que é importante o servidor público em geral conhecer, ser conhecedor da área, do município, das pessoas para poder trabalhar, saber como abordar no momento da situação que ele está trabalhando” (Pessegueiro).

“...é fundamental para todos os profissionais conhecerem para poder fazer o diagnóstico coletivo (Ameixeira)”.

Segundo as falas citadas, é fundamental por parte de todos os profissionais da equipe conhecer sua área de atuação e a população que nela reside, pois é através deste conhecimento que poderão nortear suas ações com base nas necessidades encontradas. De acordo com Cotta et.al. (2009), para o sucesso do controle de agravos e complicações relacionados as doenças cardiovasculares, é essencial o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, pois a atenção centrada no indivíduo e família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções.

Porém, não são somente os hipertensos e diabéticos que podem ser identificados através do DC, mas sim uma série de situações que podem auxiliar no planejamento das ações na comunidade, exemplos explicitados nas falas dos profissionais acerca dos objetivos do diagnóstico, tais como:

“... Mostra o local onde existe problema” (Cerejeira)

“ É, ali tu sabe tudo onde que tá localizado cada caso que tem nesta casa, o que tem naquela. Pra nós é ótimo isso, saber” (Jabuticabeira).

“Para identificar onde tem os problemas...” (Macieira)

“Saber onde que é o foco dos problemas...” (Laranjeira)

O DC permite a análise da situação de saúde do território, resultando em um planejamento baseado na realidade local, norteando ações segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação e avaliação com os indivíduos, famílias e comunidades (SOUZA; HAMANN. 2009). Por isso a importância destas equipes buscarem ferramentas, como o DC, com vistas a qualificar a atenção de saúde, permitindo olhar e refletir sobre determinada realidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância naquele território.

Assim, através do DC é possível identificar, caracterizar e analisar uma situação com o propósito de desenhar um quadro de necessidades e soluções (SILVA; OLIVEIRA. 2010). Portanto, não podemos deixar de considera-lo como importante fonte de informações para os profissionais que atuam na ESF, e assim como é importante a sua construção, a sua atualização e reflexão pelos profissionais da equipe é indispensável para continuidade ao planejamento e as ações que são desenvolvidas com base nas necessidades encontradas.

Estas afirmativas com relação ao DC como fonte de informações para o trabalho da equipe podem ser evidenciadas em diferentes falas dos profissionais da equipe da ESF, como veremos nas falas da Abacateira e Ameixeira:

“... certeza é importante (se referindo ao DC), porque é através dos ACS que a gente tem todos estes dados epidemiológicos, do diagnóstico, do paciente, dos familiares, o que circula o redor desta família... também acho importante porque você consegue mapear quantas pessoas que estão, o deslocamento das micro área, quantos que aumentou, quanto que diminuiu, o índice de mortalidade, de natalidade, então, são vários dados que são coletados com isso, e eu acho que isso aí deveria ser mais preconizado para que a gente tenha uma visão mais ampla do que está acontecendo, e você fica mais por dentro do teu município, da tua saúde como está no momento” (Abacateira).

“Se eu sei que eu tenho determinado acidente de trabalho eu sei como dar continuidade... Você precisa disso para planejar, ver como que está a sua demanda espontânea, como que está o teu controle para determinada população” (Ameixeira).

Assim, todo este processo de reconhecimento do território de atuação das equipes da ESF deve refletir as novas maneiras de realizar a atenção a saúde, em situações concretas que contribuam para produção da saúde, pois, a interpretação destas informações pelas equipes demonstra a sua apropriação destes dados, traduzindo em ações coerentes (GOLDESTEIN et.al., 2013).

Para isso, faz-se necessário cada vez mais a busca pela qualificação e aprimoramento do conhecimento destas equipes acerca do DC, sendo que o mesmo deve partir do conhecimento prévio de cada equipe, a fim de construir um processo horizontal de crescimento, e este possa refletir as reais necessidades daquela equipe e daquele território.

6.1.2 Priorização dos problemas da comunidade, na tentativa de resolvê-los

O DC permite o olhar e análise sobre a situação de saúde de um determinado território, sendo através deste, ser possível o planejamento das ações de saúde, e que ainda, segundo Souza e Hamann (2009), viabiliza uma programação orientada de acordo com critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas.

O perfil populacional e a situação de saúde apresentam diferenças durante todo o território, por isso, através do diagnóstico é possível realizar análise dos dados obtidos, propiciando assim uma hierarquização de prioridades, as quais devem ser elencadas tendo em vista as diferentes perspectivas profissionais, e a capacidade de resolução do serviço.

Este olhar para o diagnóstico como um instrumento que auxilia na identificação das prioridades de problemas no território, pode ser evidenciado em diferentes falas dos profissionais, que seguem a seguir:

*“Para as prioridades. Dai dá para desenvolver ações em cima daquilo que foi elencado, e tirado do diagnóstico comunitário”
(Macieira)*

“Em cima deste diagnóstico você identifica os problemas onde que estão e estabelece as prioridades, para haver um melhor planejamento em cima de tal problemas ou de tal área para poder trabalhar” (Jabuticabeira).

Neste sentido, segundo as falas de Macieira e Jabuticabeira, vale refletir acerca dos benefícios desta priorização aos serviços de saúde, sendo que através desta prática, é possível direcionar as ações aos problemas mais emergentes no território, contribuindo para uma atuação mais efetiva, com vistas a resolução dos reais problemas do território. Também vale destacar a importância deste planejamento ser realizado pelos diferentes profissionais que compreendem a equipe da ESF, pois, através desta avaliação multiprofissional é possível um olhar ao indivíduo, família e comunidade por diferentes perspectivas, tornando esta uma prioridade para toda a equipe de saúde, e não restrita apenas a um profissional.

Ainda, de acordo com a PNAB (2012) faz parte dos processos de trabalho destas equipes a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, priorizando intervenções aos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

Através desta visão, o planejamento assume um papel vital para o direcionamento das ações, a fim de que se alcance o mais previamente possível o resultado proposto, pois, segundo Vieira (2009), sem este planejamento orientado a priorização dos problemas pela equipe de saúde, o resultado é a fragmentação de prioridades, a desarticulação das intervenções nas esferas de governo e ineficiência na alocação dos recursos. E os resultados que esta priorização acarreta nos serviços de saúde foram apontados por alguns profissionais como a capacidade de ação no foco dos problemas e agilidade nas ações, como evidenciado nas falas a seguir:

“Para identificar onde tem os problemas e fazer ações depois em cima disto para resolver né” (Macieira).

“Saber onde que é o foco dos problemas, dai a gente poderia ir direto onde é o foco” (Laranjeira).

“Ganha tempo, de você agir diretamente no problema” (Limoeiro).

“Focar mais na área que mais precisa” (Macieira).

Assim, os serviços de saúde devem, cada vez mais, trabalhar os dados produzidos através do DC por meio da discussão destes em equipe com vistas à qualificação dos processos de trabalho, e que segundo Papinutto (2011), estas informações geradas através de uma interação permanente entre a equipe e desta com a comunidade, contribuirão para a produção de ações comprometidas com as necessidades daquele território, configurando-se como uma prática voltada para a transformação da realidade e superando a limitação de um processo de trabalho dividido por atuação profissional.

Este discutir e planejar em equipe possibilita direcionar as ações aos problemas de maior relevância encontrados no território, e através da reflexão acerca da realidade, traçar estratégias de intervenção, tendo em vista a necessidade e urgência de cada caso, como evidencia-se no relato abaixo:

“Refletir em equipe, e em cima disto achar estratégias para nosso trabalho e alternativas para os casos mais urgentes a serem tratados” (Jabuticabeira).

Além de focalizar as ações em problemas prioritários, a discussão e planejamento em equipe permite identificar e traçar o caminho necessário para a resolução dos problemas encontrados. Aqui, o trabalho interdisciplinar é indispensável quando tomamos por saúde como resultante de nossas condições de vida. Estas concepções podem ser evidenciadas na fala abaixo do Limoeiro, ampliando também a discussão acerca da resolutividade dos serviços:

“Para a gente identificar, se consegue resolver beleza, se não consegue a gente leva para quem tem capacidade” (Limoeiro).

De acordo com o Capítulo II da **lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, a resolutividade dos serviços de saúde surge como um dos princípios do SUS, o qual é definido como a exigência de que quando surge um problema de saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para resolvê-lo, nos diferentes níveis de complexidade.

Assim, demonstra-se o comprometimento dos serviços com a resolução dos problemas de saúde evidenciados, através de ações intersetoriais que visem o indivíduo, família e comunidade, e que a realização do DC permite traçar diferentes possibilidades de atuação e identificar fatores na comunidade que irão contribuir neste processo.

6.1.3 Um importante trabalho em equipe

Como vimos já nas subcategorias anteriores, desde o levantamento de dados, planejamento das ações em saúde, até a priorização e resolução de problemas, fica evidente que o trabalho em equipe permeia todos estes cenários. De acordo com a PNAB (2012) faz parte do processo de trabalho das equipes da ESF participar do planejamento local de saúde, tendo em vista a readequação do processo de trabalho e do planejamento das ações através das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades encontradas no território, e ainda, realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas, a partir da utilização dos dados disponíveis daquele território, os quais podem ser levantados através do diagnóstico.

A possibilidade de discutir os dados deste diagnóstico em equipe pode ser evidenciada em algumas falas dos profissionais, os quais apontam este como uma possibilidade de construção conjunta, na perspectiva de refletir e qualificar aquela realidade:

“Discutir os problemas em equipe também e apresentar propostas para tentar mudar o que precisa melhorar” (Goiabeira).

“É o trabalho conjunto, em comum, em comunidade, comunitário, todos juntos” (Pitangueira).

Assim, quando falamos de território, o ACS configura-se como a interlocução entre a UBS e o usuário, família e comunidade daquele território. Neste sentido, para a reflexão em equipe dos dados deste território, faz-se necessário o diálogo e troca de informações entre os ACS e os demais membros da equipe, sendo que o reconhecimento da importância desta interação pode ser identificado nas falas a seguir:

“Informação que vem dos ACS para a equipe, da equipe para os ACS” (Ameixeira).

“É através disso, nas reuniões de equipe que é levado para dentro da unidade de saúde, discutido e feito um levantamento do que a gente precisa melhorar, e é através delas (ACS) que nós vamos achando o porque das coisas” (Abacateira).

“É verdade o que eles (ACS) falaram (da necessidade de discutir com a equipe), porque por exemplo, a família que está mais vulnerável, que é a família que daqui a pouco tem esgoto a céu aberto, esta família está mais vulnerável a ter doenças transmissíveis desde diarreia... vômitos, da contaminação com vermes, então, circula tudo ao redor disso...” (Abacateira).

De acordo com as falas de Ameixeira e Abacateira, é possível perceber a concepção dos profissionais acerca das reuniões de equipe como espaço onde os profissionais podem refletir acerca dos dados apresentados, e discutir de forma multidisciplinar as ações a serem desenvolvidas naquele território, visto como um espaço que traduza um trabalho em equipe integrado e catalizador de novas práticas de saúde que vise as reais necessidades da população.

Desta forma, a reunião de equipe configura-se como um importante dispositivo para a reflexão sobre um trabalho compartilhado, trazendo informações em saúde geradas por todas as atividades da equipe, coletivas ou individuais, sendo um espaço fortalecedor de vínculo e diálogo entre os profissionais (PAPINUTTO, 2011).

A necessidade e importância deste diálogo entre membros da equipe pode ser observada em diferentes falas dos participantes, os quais consideram esta a oportunidade de

repassa das informações do território, da família e do usuário, como evidencia-se nos relatos abaixo:

“Se reunir em reuniões de equipe como foi falado já, e repassar os dados de uns para os outros isso eu acho que iria ajudar bastante, e assim ver onde tem as falhas e tentar corrigir” (Laranjeira).

“Em reuniões de equipe (se referindo as discussões), a equipe se reunindo uma vez por mês, sei lá, para discutir os problemas e apresentar propostas para melhorar o que tem que melhorar, se precisa melhorar” (Goiabeira).

“Então, a reunião de equipe para mim é muito importante porque lá se discute diagnóstico, tratamento, a causa do retorno deste paciente estar toda hora entrando na unidade sendo muitas vezes três ou quatro vezes por semana, então, discutir sobre isso e entre outras coisas né” (Abacateira).

Desta maneira, as reuniões de equipe surgem como importantes dispositivos de delineamento das ações, que de acordo com Grandó e Dall’Agnol (2010) permite a discussão de casos multidisciplinarmente, o desenvolvimento de atividades de educação permanente e avaliação contínua dos processos de trabalho destas equipes.

A concepção destes espaços como potencializadores para a construção de um cuidado coletivo, esta presente nas falas dos participantes quando apontam a reunião de equipe como um momento de discutir e planejar o cuidado ao usuário, família e comunidade de forma multidisciplinar buscando a melhoria da qualidade de vida destes, e ainda nos fazem refletir sobre as consequências negativas para o serviço de saúde geradas por falhas na comunicação, as quais refletirão ainda no alcance dos objetivos e metas da equipe.

Neste sentido, a atenção a saúde prestada pela ESF necessita da ampliação de recursos assistenciais, e o DC como uma ferramenta de aprimoramento destes, possibilitando mecanismos de diálogo entre os profissionais e reconhecimento da realidade para o desenvolvimento de ações de saúde coerentes. E ainda urge a necessidade de pensar e propor novas formas de planejar saúde que permitam potencializar as relações de trabalho objetivando a integralidade, equidade e resolutividade dos serviços.

6.2 CAMINHOS E POSSIBILIDADES DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO

Muitos são os caminhos que podem nos conduzir ao alcance de nossos objetivos, porém, sabemos que estes caminhos não são sempre os mais belos e mais fáceis de se trilhar,

porém, estes trajetos precisam ser desbravados, sendo que em cada obstáculo, surge a possibilidade de crescimento e aprendizado. Nesta perspectiva, segundo Fonseca (2007), cada situação que experienciam resulta em uma nova possibilidade de reformularmos nossas ações, e essa nova experiência será capaz de gerar um novo conhecimento.

Assim, neste caminho de realização do DC podem surgir muitas possibilidades, flores e encontros marcantes, no entanto, pelo caminho também se pode visualizar dificuldades, espinhos e desencontros, aspectos estes relatados pelos participantes deste estudo, os quais através da análise dos dados deram origem duas subcategorias, a saber: “As potencialidades no caminhar do diagnóstico comunitário” e “As dificuldades no caminhar do diagnóstico comunitário”.

6.2.1 As potencialidades no caminhar do diagnóstico comunitário

Dentre as ações possíveis de serem desenvolvidas através do DC, a promoção da saúde destaca-se como uma possibilidade de atuar com base nas reais necessidades levantadas naquele território, que segundo Horta et.al.(2009), estas ações são expressas através de melhorias nas condições de vida da família, indivíduo e comunidade, e na resolutividade dos serviços. E de acordo com a Política Nacional de Promoção à Saúde (2010), as ações de promoção à saúde visam promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, dentre eles as condições de moradia, saúde, lazer e trabalho.

O reconhecimento das ações de promoção à saúde como uma possibilidade do DC pode ser evidenciada na fala de Ameixeira descrita abaixo:

“Eu acho que já seria um fruto do diagnóstico comunitário, por exemplo aqui, seria duas crianças em área de risco brincando no lixo né, e para você fazer uma promoção da saúde, por mais que pareça algo básico, você precisa estar lá no final, depois de você ter feito todo um levantamento de dados, todo um projeto, toda uma resolutividade, um planejamento é que você vai fazer a promoção, então ela seria o fruto” (Ameixeira).

Diante disso, percebe-se a importância da promoção à saúde como estratégia de empoderamento dos usuários para atuarem sobre a melhoria da sua qualidade de vida, porém, estas ações devem ser desenvolvidas tomando por base as condições de vida deste indivíduo e

família, informações estas que podem ser resultantes do DC construído pela equipe, configurando assim a promoção da saúde como uma potencialidade do diagnóstico.

Mas para o desenvolvimento destas ações, faz-se necessário a união de esforços não somente dos profissionais que atuam na equipe da ESF, pois configura-se como uma prática intersetorial. Neste sentido, o envolvimento de outros profissionais de diferentes segmentos, não somente da saúde, são de extrema importância para o cuidado integral.

Assim, a intersetorialidade atribui aos profissionais que integram a equipe da ESF o desenvolvimento de ações por meio de parcerias e de recursos na comunidade, construindo um movimento de superação da visão e de práticas fragmentadas, sendo que esta questão relaciona muito com os propósitos da ESF, ao adotar como princípios a integração de vários saberes e setores, e um olhar ampliado acerca do processo de saúde-doença (DIAS et.al., 2014).

Além desta articulação com os demais setores, o diálogo e planejamento destas ações em equipe são indispensáveis para sua eficácia, e dentre estas ações estão as de promoção à saúde, sendo que segundo Kantorski (2009) a maneira com a qual os trabalhadores se articulam em relação as suas práticas, influencia na integralidade da atenção oferecida aos usuários, e nas ações de saúde que são desenvolvidas.

Neste sentido, o trabalho em equipe é considerado elemento essencial para o funcionamento da equipe da ESF, sendo esta outra potencialidade do DC, e reconhecida pelos seus profissionais como peça chave para a sua realização, como observa-se nas falas abaixo:

“Não dá pra fazer sozinho” (Macieira).

“Eu coloquei cooperação em equipe, pra toda equipe tem que cooperar um com o outro para trabalhar, e ter um serviço melhor né, mais unido” (Laranjeira).

Através das falas de Macieira e Laranjeira, fica evidente a concepção de trabalho em equipe como resultado dos esforços de cada profissional, e a qualificação deste processo depende da discussão e do ponto de vista de cada membro da equipe, no intuito de que este trabalho seja resultado de uma construção multidisciplinar, o qual permite a aproximação entre as partes e o olhar para o todo.

Na equipe da ESF, a existência de espaços que permitem o planejamento e a organização dos processos de trabalho é encontrada na reunião de equipe, a qual permite a articulação entre os saberes dos diferentes profissionais e a construção de um cuidado integral (KANTORSKI, 2009), sendo então as reuniões de equipe outra potencialidade no

desenvolvimento de DC, representando o espaço de troca e discussão entre os profissionais envolvidos no processo de construção do mesmo.

A importância de se discutir em equipe para o planejamento das ações é reconhecido pelos profissionais da equipe da ESF, os quais apresentam as reuniões como uma oportunidade de refletir acerca daquela realidade a fim de qualifica-la, identificadas nos relatos a seguir:

“...discutir os problemas em equipe também e apresentar propostas para tentar mudar o que precisa, melhorar. Em reuniões de equipe (se referindo as discussões), a equipe se reunindo uma vez por mês, sei lá, para discutir os problemas e apresentar propostas para melhorar o que tem que melhorar, se precisa melhorar” (Goiabeira).

“Se reunir em reuniões de equipe como foi falado já, e repassar os dados de uns para os outros, isso eu acho que iria ajudar bastante, e assim ver onde tem as falhas e tentar corrigir” (Laranjeira).

Estes espaços de discussão em equipe nos remetem a integralidade, reconhecendo a interdependência dos atores no processo de cuidado. Assim, esta discussão e planejamento em equipe permite a inclusão do olhar e de saberes dos diferentes profissionais.

Diante disto, o ACS como membro desta equipe, surge como um agente integrador entre a equipe e a comunidade, pois, por ser um membro daquela comunidade e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde, desenvolvido pela equipe; assim, fica evidente a necessidade de valorizar suas falas, as quais contribuem para a redução da complexidade de casos e ampliam as possibilidades de uma abordagem integral ao indivíduo e família (CARDOSO; NASCIMENTO. 2010).

Uma relação mais dialógica entre os membros da equipe tendem a qualificar e desenvolver competências ao trabalho dos ACS, sendo as reuniões de equipe um espaço propício para esta mobilização, permitindo uma maior aproximação de todos os membros da equipe da ESF, favorecendo a troca de conhecimentos e o crescimento profissional; assim, a inclusão do ACS nestes espaços, desde o planejamento até a implementação e avaliação contribui para o desenvolvimento de ações que levam em conta os diferentes aspectos relacionados a atenção a saúde deste indivíduo, família e comunidade (CARDOSO; NASCIMENTO. 2010).

O reconhecimento da importância da participação do ACS nas reuniões de equipe fazem-se presentes nas falas abaixo de alguns profissionais da equipe da ESF, os quais

consideram importante as informações que os ACS trazem para o planejamento do cuidado em saúde:

“... porque na reunião de equipe você consegue debater tudo isso, elas (ACS) conseguem colocar o que cada família está passando[...]. Claro que a gente não vai resolver, mas a gente vai tentar uma fala para ajudar está família” (Abacateira).

“Ter elas (ACS) como a nossa porta de entrada porque são elas que trazem os problemas para nós, elas que estão no dia-a-dia, elas que acompanham, que fazem a visita todo o mês, elas que sabem tudo o que se passa nas famílias porque elas acabam interagindo com a família” (Abacateira).

Ao observar a fala de Abacateira, fica evidente a importância do movimento de levantamento, repasse e discussão dos dados para a realização do DC, no qual, este processo deve ser realizado com a participação de todos os membros da equipe da ESF, e o ACS possui papel indispensável ao trazer as demandas da comunidade até à equipe.

Dentre as possibilidades do DC, o mapeamento do território de atuação permite reunir diferentes informações e ampliar o olhar acerca daquela realidade, visto que este instrumento objetiva levantar e registrar os dados, bem como a organização do trabalho, porém, muitas vezes acabam sendo construídos com pouco diálogo entre os membros da equipe (GOLDESTEIN et.al., 2013).

O processo de conhecer a área de atuação da equipe da ESF deve refletir as novas ações de saúde, e estas precisam acompanhar as mudanças que vão ocorrendo no território (GOLDESTEIN et.al., 2013) e contribuem para ter-se um melhor diagnóstico da situação de saúde (FONSECA, 2007). Assim, o acompanhamento desta população através dos mapas do território também precisa ser atualizado de acordo com a mudança do perfil populacional, e de aspectos geográficos e ambientais. E esta percepção da importância da atualização constante dos mapas produzidos do território pode ser identificada nas falas abaixo, as quais expressam este instrumento como facilitador dos processos de trabalho, ao passo que norteia a atuação naquele espaço, e para isso necessita refletir a realidade do território:

“Eu preciso me localizar aqui na minha área, fica mais fácil de encontrar os hipertensos e diabéticos” (Pessegueiro).

“Manter sempre as informações atualizadas, porque senão as pessoas aqui de dentro não vão ficar sabendo o que se passa lá fora,

digamos, a gente trazer as informações do que está acontecendo (ACS falando sobre a equipe que está na unidade de saúde)” (Goiabeira).

Tendo em vista os mapas produzidos do território como parte do DC, e a ideia deste retratar as reais necessidades e características de uma população, a atualização e reflexão destes irá resultar na qualidade e eficácia das ações em saúde produzidas por aquela equipe, e as falas abaixo expressam o sentimento da equipe em dar continuidade a esta ação, independente de fazer parte ou não do processo avaliativo do PMAQ.

“Eu acho que deveria ficar exposto aqui sim, para todos verem (se referindo aos mapas)”(Cerejeira).

“E no fim do mês quando nós fizemos a reunião com a enfermeira para passar a nossa produção nós atualizaríamos eles, né (ACS falando dos mapas)” (Limoeiro).

“É, daí atualizando todo o mês” (Goiabeira).

“Eu acho importante (referente ao trabalho com os mapas) até porque, as famílias aumentam bastante, [...] o mapa vai se desatualizando com o passar do tempo. E isso tinha que deixar exposto aqui (referente aos mapas das micro áreas), eu sou a favor de expor, até para a população que entra na unidade de saúde se localizar nisso também, que elas se interessem em ver” (Abacateria).

Assim, a construção dos mapas das micro áreas de atuação é uma das ferramentas que potencializa o DC, os quais devem ser construídos em equipe, levando em consideração a integralidade do cuidado, e seus resultados devem ser discutidos permanentemente na ESF, a fim de nortear o planejamento. Considerando a atuação dos membros da equipe da ESF, participantes desta pesquisa, reconheceram inicialmente que não estavam dando importância aos mapas produzidos pelos mesmos em 2012, porém, consideravam a necessidade de mudança de ação com relação a utilização destes, como evidenciado nas falas acima, configurando como potencialidade do DC o reconhecimento por parte da equipe da necessidade de mudança de atitude.

E no decorrer do processo desta PCA, surgiu a necessidade de construir um instrumento e organização do processo para acompanhamento dos usuários que utilizam benzodiazepínicos na comunidade, sendo que tal temática foi levantada pelos próprios participantes da pesquisa no terceiro encontro, tendo em vista o número elevado de usuários deste tipo de medicação no município, os quais muitas vezes permanecem por longos períodos de tempo, ou até mesmo sem a indicação de um profissional médico. E com as

reflexões realizadas nos encontros, foi possível a ampliação do olhar da equipe a estes usuários, e não somente aos hipertensos e diabéticos, como observa-se na fala abaixo:

“E neste também ficou de nós trazermos a ideia de acompanhamento dos que usam os medicamentos, que também surgiu naquele encontro lá né (se referindo ao terceiro encontro). De sair somente dos hipertensos e diabéticos, e abranger mais né” (Macieira).

Através dos relatos de Macieira e de outros participantes da pesquisa no decorrer da PCA, gerou a possibilidade de construir um instrumento de rastreamento e acompanhamento destes usuários, o qual será utilizado pelo ACS durante a realização da visita domiciliar. Após este levantamento de dados inicial, através de discussão e reflexão destes dados pela equipe, serão planejadas ações em saúde com vistas a diminuição do número de usuários deste tipo de medicação, até a orientação e o acompanhamento dos mesmos, o qual este medicamento faz-se indispensável.

O mais importante a ser destacado é que todas estas ações foram planejadas pelos membros da equipe da ESF durante os encontros, sendo que ao final, pudemos apresentar aos profissionais o instrumento de acompanhamento destes usuários, o qual foi construído pelo coletivo (APÊNDICE D) como evidencia-se nas falas a seguir:

“É para saber quantas pessoas no município fazem uso deste tipo de remédio” (Macieira).

“Até para diminuir o número de remédios que eles tomam, porque muitos nem sabem pra que tomam cada coisa” (Goiabeira).

“Vocês (se referindo aos ACS) pediriam acerca desta medicação, dos pacientes que fazem uso, e vão coletar estes dados, aí a gente organiza e vê quem são os pacientes que fazem uso destas medicações, daí a gente chamar estas pessoas para uma reunião, e você (se referindo ao médico) fala a respeito desta medicação, o que causa, as causas, para eles saber e tentar ver aqueles pacientes que poderiam estar retirando esta medicação deles” (Abacateira).

“A gente faz uma triagem, o que não tem uma medicação indicada pelo neuro, psiquiatra, e que é só aquele paciente que toma só porque o vizinho indicou, ou que faz uso porque faz muito tempo que um clínico indicou, que ele está sem a medicação e a clínica precisa, viria para a reunião [...]Então a gente teria que explicar quem não tem indicação, [...] e aí aquele que não conseguisse teria indicação de consulta, para a gente conseguir fazer uma triagem desde o coletivo ao individual” (Ameixeira).

Ainda, surgiu por parte da equipe, a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca dos benzodiazepínicos, principalmente aos ACS, os quais são responsáveis por esta primeira abordagem e levantamento de dados, como observa-se na fala abaixo de Goiabeira:

“Eu achei que ficou bem bom, só nós precisávamos saber quais são os benzodiazepínicos né, tipo uma lista pra nós saber na visita” (Goiabeira).

Desta maneira, com vistas a qualificar este processo, foi construído junto à equipe um material de consulta rápida para ser usado pelos ACS durante as visitas, a fim de obter informações acerca do que são os benzodiazepínicos, e uma lista dos principais (APÊNDICE E). E, vale destacar a contribuição dos membros da equipe com vistas a qualificar esta ação, a qual pode-se identificar na fala a seguir da Ameixeira, demonstrando o comprometimento da equipe no desenvolvimento desta atividade:

“As perguntas chaves seria se usa remedinho para dormir, usa remedinho para depressão, ou remedinho para ficar calmo, para os nervos” (Ameixeira).

E o comprometimento da equipe com a continuidade destas atividades pensadas e semeadas durante esta pesquisa, podem ser identificadas nos relatos abaixo, onde constam ideias de planejamento em equipe dos resultados, e a partir disso, ainda propor atividades de maior abrangência, indo de ações locais para o âmbito municipal em Nova Erechim:

“Dai sentar nós entre a equipe e decidir o que seria melhor a fazer, que é montar um grupo como o grupo de saúde mental, o grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo de gestantes, assim é o que eu penso né. Até porque se tu vai fazer está coleta de dados pra depois só coletar e ter ali com você” (Abacateira).

“Tem que dar continuidade, tem que dai fazer grupos, aquelas reuniões de uma vez por mês, e dai cada três meses vir, trocar a receita se precisar trocar, ou a cada quatro meses uma reunião” (Abacateira).

“...nem que a gente tenha que fazer está reunião a noite porque as vezes trabalham né” (referindo-se a reunião sobre a utilização de benzodiazepínico) (Abacateira).

“...depois a gente pode pensar em outra coisa, ou dar continuidade e colocar outros paciente” (Abacateira).

“Até porque a ideia seria fazer uma política num segundo momento também no nosso município, porque já tem né, é lei que a gente não pode prescrever os benzodiazepínicos como hipnóticos, e por tempo prolongado e tudo mais, isso é lei. Então, teoricamente seria tentar fazer de uma forma através deles e depois também talvez uma política entre nós aqui[...]” (Ameixeira).

Desta forma, a realização do DC pela ESF, composta por diferentes profissionais, possibilita um horizonte de metodologias de atuação, pois não existe uma receita pronta para a realização do DC, e sim, existe a possibilidade de adequá-lo as necessidades de cada equipe e de cada território. Assim, os mapas inteligentes e o acompanhamento de usuários foram estratégias utilizadas por esta equipe, a fim de qualificar seu processo de trabalho, as quais tantas outras podem resultar do DC.

Enfim, reafirma-se a necessidade de realização do DC em equipe, com discussão e planejamento por todos os profissionais da equipe da ESF, pois, a complementariedade e a interdependência das ações é que irão resultar em uma assistência integral e resolutiva (VIEGAS; PENNA, 2013).

6.2.2 As dificuldades no caminhar do diagnóstico comunitário

No caminhar da construção do DC, além das potencialidades, já apresentadas na subcategoria anterior, também surgiram algumas dificuldades, as quais necessitam ser discutidas, e configuram-se como uma oportunidade de crescimento não apenas para os membros participantes desta pesquisa, mas para todos os profissionais que atuam nas equipes da ESF no Brasil.

Diante disso, uma das primeiras dificuldades visualizadas e relatadas durante a realização desta PCA, foi a não atualização dos mapas das micro áreas. Assim, surgiu a oportunidade e necessidade de atualizar os mapas de cada micro área e refletir junto da equipe sobre a importância dos mesmos, os quais foram elaborados em 2012 e até o presente momento (segundo semestre de 2014) não haviam mais sido atualizados. Então, após a reflexão dos participantes da pesquisa sobre a importância da construção do mapa e da atualização contínua do mesmo, foi possível voltar os olhos para os mesmos, que estavam abandonados. No entanto, na fala da Abacateira abaixo, fica evidente a questão das dificuldades que a não atualização constante dos mapas acarretam nos serviços:

“Porque dai a gente todo o mês mexe, por exemplo, o que mudou então vamos mudar aqui (se referindo ao mapa), dai não acumula para fazer tudo de uma vez só” (Abacateria).

Esta necessidade de atualização constante dos mapas reproduz em uma interpretação válida e confiável da realidade, e vem de encontro a PNAB (2012), quando aponta como atribuição de todos os profissionais a atualização de dados referentes a situação de saúde do indivíduo e família.

Mas a outra dificuldade encontrada pelo caminho referente aos mapas do território, compreende a simples realização destes pela equipe tendo em vista atender simplesmente aos critérios avaliativos do PMAQ, como evidenciado na fala da Abacateira:

“Estes mapas até eles pediram (falando do PMAQ), eles pediram o mapa das micro áreas, e eles gostaram porque ficou bem dividido” (Abacateira).

Diante disso, discute-se a efetividade desta ação e a capacidade de reflexão da equipe sobre o material produzido, pois, acredita-se que a tarefa mais árdua de confecção do material já foi realizada, e compete agora aos profissionais a reflexão sobre o produzido, sendo que a sua atualização constante não acarretará a sobrecarga ao serviço, e servirá de ferramenta para o planejamento das ações.

E mais uma vez surge o trabalho em equipe para a efetivação do DC nos serviços de saúde, e assim como o trabalho em equipe apresenta-se como uma das potencialidades para a realização do DC, este atuar com a participação de todos os membros da equipe da ESF também aparece como uma dificuldade neste processo, quando nos deparamos com profissionais descomprometidos com o seu trabalho ou que por vezes, não reconhecem a importância de sua participação contínua.

O compromisso e responsabilização entre profissionais e população são fundamentais para o alcance dos objetivos da equipe da ESF, e isso somente será possível através de uma mudança de atitude por parte dos profissionais e gestores destes serviços, na perspectiva de construção de uma prática interdisciplinar permeada pela integralidade de assistência ao indivíduo, família e comunidade (KELL;SHIMIZU, 2010).

Estas percepções acerca das dificuldades do trabalho em equipe estão presentes nas falas de diferentes profissionais da equipe, os quais apontam que o DC deve ser uma construção coletiva, mas que a falta de participação da equipe nos momentos de discussão e planejamento das ações comprometem a qualidade da assistência.

“Acho que a maior dificuldade na verdade é unir a equipe para discutir né o diagnóstico” (Laranjeira).

“...a gente não consegue fazer alguma coisa sozinha porque já tem nome de equipe, para todo mundo, e cada um tem a sua contribuição, cada um tem algo a contribuir” (Abacateira).

A co-responsabilização de todos os profissionais frente as ações desenvolvidas pela ESF resulta na construção de ações interdisciplinares e de uma linha de cuidado única, onde todos trabalham juntos para chegar a um denominador comum: a melhoria da qualidade da assistência.

Estas discrepâncias durante a construção do DC repercutem na qualidade do planejamento e das ações desenvolvidas, pois, segundo Kell e Shimizu (2010), tais embaraços resultam em descontinuidade das ações e fragmentação da assistência. Diante disso, as falas abaixo da Jabuticabeira e Amexeira demonstram a importância de toda equipe trabalhar unida, com o mesmo objetivo, a fim de qualificar a assistência prestada:

“Todo mundo tem que trabalhar na mesma linha, tanto nós que trabalhamos fora como o pessoal dentro do posto, médico, enfermeira, todo mundo na mesma linha, um trabalho coletivo” (Jabuticabeira).

“E ai fica aquela coisa muito dispersa, a gente fica distante da realidade e a gente acha que está tudo bem, porque a gente não faz reunião de equipe e não vê problemas” (Abacateira).

A falta de espaços de diálogo e troca de informações resultam em diferentes problemas/falhas na assistência à saúde, as quais poderiam ser minimizadas através de reuniões de equipe, com a participação de todos os profissionais da equipe da ESF, enquanto a equipe perde um DC mais preciso e acarretando ações isoladas que não refletem as reais necessidades daquele território.

Assim, uma das dificuldades do DC configura-se como a falta de espaços de diálogo entre a equipe, como por exemplo, as reuniões de equipe, as quais hoje é elemento imprescindível para a atuação das equipes da ESF, e as limitações que a falta destes espaços acarreta no trabalho destas equipes pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Eu acho que o que mais falta é o diálogo entre os ACS e a equipe do posto, coisas assim, ter mais reuniões” (Laranjeira).

“Este intercâmbio não tem mesmo, e por falta do que? De uma reunião de equipe” (Abacateira).

“Com relação a equipe é complicado porque se a equipe não participa, que nem agora, nós temos tudo marcadinho os dados mas a equipe não sabe” (Jabuticabeira).

“Os serviços de saúde acabam perdendo um diagnóstico mais preciso, porque quem está lá na verdade, no campo é os ACS. Então se nós não utilizar este diagnóstico que eles fazem a gente nunca vai ter alguma coisa mais certa, porque ali dentro (se referindo a UBS) a gente não sabe o que está acontecendo lá” (Macieira).

Diante destas falas, percebe-se por parte dos profissionais o reconhecimento da importância destes espaços de diálogo, porém, questiona-se o motivo de ainda apresentar-se como uma dificuldade na realização do DC. Muitas das falas dos profissionais apresentam que existe a vontade da realização das reuniões de equipe, no entanto, falta incentivo e contrapartida dos gestores neste cenário.

Percebeu-se que muitas vezes a falta de incentivo por parte dos gestores e a falta de qualificação dos profissionais contribuem para a reprodução de ações descomprometidas, e que a valorização e a capacitação aos profissionais pode incentivá-los a busca pela qualificação (COSTA; FERREIRA, 2012). E esta falta de incentivo pode ser evidenciada na fala da Abacateria, a qual aponta aspectos importantes acerca da valorização do olhar dos diferentes profissionais sobre a realidade, e que tal valorização se dá a partir do momento em que todos os profissionais possam discutir e participar das ações desenvolvidas de forma paritária:

“Falta incentivo dos administradores, dar mais importância ao que elas (ACS) falam porque eu vejo que isso fica muito claro, e as reuniões, porque as reuniões levanta e dá mais ênfase ao que elas (ACS) falam, e dá mais autoridade e fazê-las sentirem-se mais valorizadas” (Abacateira).

A atuação do ACS é indispensável nestes espaços de discussão, sendo que a sua visão e sua atuação sobre aquele território poderá contribuir imensamente para nortear as ações da equipe sobre tal realidade.

Diferentes anseios são identificados nas falas dos profissionais com vistas a qualificar seus processos de trabalho, apresentando diferentes estratégias que demonstram o interesse destes na melhoria da assistência prestada, como observa-se nas falas seguintes:

“Trazer mais cursos e palestrantes para elas melhorar isso, e até a própria enfermeira pode ajudar neste sentido, isso, elas vão se sentir valorizadas, então separar só pra elas, fazer um curso com a equipe toda” (Abacateira).

“ Na verdade eu acho que tem alguns agentes trabalhando também que não fizeram nada de curso, que só entraram assim e começaram a trabalhar, acho que isso falta”(Jabuticabeira).

A realização de ações de qualificação dos profissionais que atuam na equipe da ESF são necessárias a partir das falas da Abacateira e Jabuticabeira, os quais percebem a necessidade de aprimorar seus conhecimentos acerca de novas ferramentas de planejamento e de atenção à saúde, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência. No entanto, afirma-se que estas ações de qualificação devem surgir das diferentes esferas de gestão, e podem ser viabilizadas através da educação permanente destes profissionais.

Ao final, pode-se perceber a importância que momentos de discussão e ações de qualificação das ESF podem contribuir para a melhoria da qualidade da assistência que é prestada, e que, apesar das dificuldades do trabalho em equipe, o mesmo também apresenta-se como um aspecto em potencial aos resultados do DC.

Porém, ainda existem muitos obstáculos a serem superados para a atenção integral à saúde que tanto se ambiciona na ESF, a qual busca contrariar esta abordagem fragmentada e desarticulada, e expandir os limites de cuidado, com a atenção à saúde do usuário, família e comunidade de forma integral (KANTORSKI e.al., 2009).

Para a consolidação do DC urge a necessidade de romper a verticalidade das ações desenvolvidas, e segundo Ribeiro (2012), isso se dá a partir da adoção de posturas pró ativas de planejamento que sejam coerentes com a realidade do território, e sejam fruto da interação dos diferentes atores deste processo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.
(Paulo Freire)

No caminhar desta PCA foi possível deparar-se com diferentes árvores, frutos e flores, que também vieram acompanhadas de folhas secas e espinhos no caminho, que nos trouxeram importante aprendizado. Sendo assim, foi possível conhecer os significados do DC no parecer dos profissionais da equipe da ESF, e durante este trajeto, também foram identificadas diferentes possibilidades e dificuldades no uso desta ferramenta pelos serviços de saúde.

Assim, observou-se o DC como um importante instrumento de trabalho das equipes da ESF, ao ponto que permite o desenvolvimento de ações que valorizam o indivíduo, tornando este território como um espaço de saúde e considerando os diferentes aspectos que influenciam na compreensão ampliada deste processo de saúde-doença.

Através desta PCA, ficou indubitável que o DC permite a equipe o desenvolvimento de ações com base nas necessidades observadas no território a partir da reflexão e planejamento sobre os dados produzidos, tornando possível assim, propor solução para os problemas identificados, e nortear as ações de resolução aos diferentes níveis de atenção, tendo em vista as potencialidades e possibilidades de cuidado observadas no território. Estas ações contribuem para a construção de um serviço de saúde mais resolutivo, equânime e de qualidade.

Ainda neste caminhar, pudemos perceber que o olhar multiprofissional acerca dos dados produzidos no DC e a construção conjunta das ações em saúde a serem desenvolvidas, torna-se catalizador de novas práticas, ao passo que é possível co-responsabilizar todos os atores envolvidos neste processo e unir esforços na resolução dos problemas encontrados, sendo que o não refletir sobre estas informações ou ações desarticuladas, torna-se limitantes e contribuem para a reprodução de atividades em saúde fragmentadas.

Quanto as dificuldades encontradas nesta caminhada, surgiu a questão da necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da equipe ESF, no desenvolvimento e no uso de novas ferramentas de planejamento das ações em saúde, assim como o DC, bem como o incentivo dos gestores para o uso de tecnologias que permitam o cuidado integral. E ainda, a falta de comprometimento dos profissionais das equipes e de articulação no desenvolvimento das ações acabam por gerar um cuidado fragmentado, limitando os

resultados do DC, e a discussão e o planejamento em equipe por vezes são escassas, que poderiam ampliar as possibilidades de cuidado e potencializar as atividades desenvolvidas pela equipe.

Outra dificuldade encontrada refere-se a participação de toda a equipe da ESF durante os encontros realizados, sendo que o convite foi estendido igualmente aos membros. No entanto, o engajamento ativo foi principalmente por parte dos ACS, fragilizando assim as ações discutidas e executadas com a falta de envolvimento efetivo e importante de todos os profissionais. E ainda, quanto aos ACS, ficou evidente que estes profissionais possuem carência de informações, bem como um desejo constante de aprender, e que por vezes, ainda sentem-se excluídos da equipe ESF.

Também ficou perceptível que o desenvolvimento de mapas do território e do acompanhamento de populações específicas foram possibilidades do DC definidas por esta equipe de acordo com sua realidade, o que demonstra mais uma vez a importância deste no planejamento em saúde, ao passo que suas ações são direcionadas diretamente ao foco dos problemas; e sua atualização contínua faz-se necessária para que seus dados possam assim retratar realmente a realidade daquela população, e também como instrumento de análise e avaliação das atividades desenvolvidas anteriormente.

No decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, a árvore do DC foi regada, cresceu e gerou belos frutos, sendo que alguns já puderam ser colhidos durante a atuação assistencial, dentre eles, a realização de reuniões de equipe, que até então, não eram concretizadas no município, havendo a afirmação por parte do atual Secretário Municipal de Saúde de Nova Erechim, o compromisso em autorizar o fechamento da única unidade de saúde uma vez na semana para a realização desta atividade. Outro fruto dessa PCA também foi a possibilidade de criar uma planilha para o acompanhamento de usuários de medicações benzodiazepínicas no município, estendendo o olhar para as reais necessidades encontradas na área adscrita, com o auxílio do DC. No entanto, o mais belo fruto encontrado foi oportunizar aos membros da equipe, em especial aos ACS, a reflexão e ressignificação do DC em suas práticas nos serviços de saúde, mantendo assim os mapas atualizados, na esperança de que possam dar continuidade a estas ações e colherem ainda muitos frutos.

Neste sentido, a escolha pela PCA como referencial metodológico foi acertada, justamente por possibilitar uma maior aproximação dos profissionais da equipe da ESF através do trabalho em grupo, sendo que esta possibilidade de reunir pesquisa e assistência permitiu um rápido retorno dos achados em práticas do cuidado. As ações norteadas pela teoria problematizadora, sistematizadas através do Arco da Problematização proposto por

Charles Maguerez, possibilitou o desenvolvimento de um processo coletivo de reflexão sobre a realidade vivida, e direcionamento das discussões a partir das relevâncias apontadas pelos participantes, levando em consideração seu conhecimento prévio, tornando as ações desenvolvidas mais efetivas. Assim, o trabalho desenvolvido com os profissionais da equipe ESF foi desafiador, pois, buscou-se instigar e inovar suas práticas de cuidado, porém, o envolvimento e comprometimento dos participantes serviram como impulso nesta caminhada.

Desta maneira, este estudo demonstrou ser extremamente relevante, permitindo reafirmar que através do DC é possível qualificar as ações em saúde desenvolvidas na atenção básica, e ainda fomentar novas possibilidades de aplicação do mesmo no cotidiano de trabalho destas equipes. Porém, esta temática não foi esgotada, havendo a necessidade de novos estudos que visem aprimorar e qualificar as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, tendo em vista a escassa quantidade de produções que abordam sobre este assunto.

O que realizamos foi apenas um recomeço. Lançamos algumas sementes e esperamos que outros profissionais possam se dispor a lançar novas sementes para que possamos colher belos frutos no futuro. Lembrando que o futuro pode ser daqui um ano, um mês, um dia, uma hora, um minuto ou um segundo. Sendo assim, é tempo de a enfermagem continuar seguindo o caminho do DC, pesquisar e divulgar os resultados para o aprimoramento e qualificação do trabalho dos profissionais que atuam nas equipes da ESF espalhadas por todo território brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Maria Lucia; ABADE, Flávia Lemos. Para reinventar as rodas: rodas de conversa em direitos humanos. Belo Horizonte: **RECIMAM**, 456-463, out/dez, 2008.
- BACKES, Dirce Stein et.al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Cien. Saúde Coletiva**, 17(5):1151-1157, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARRETO, Vera. **Paulo Freire para os educadores**. São Paulo Arte & Ciência, 1998. 138p.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: UEL, 1999.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire**. Editora Brasiliense, São Paulo: 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília: 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: 2013.
- BRASIL, Presidência da República. **Lei Nº 8.080**. Brasília: 19 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12/10/2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Morbidade auto referida segundo o VIGITEL, 2009.
- CARDOSO, Andréia dos Santos; NASCIMENTO, Marilene Cabral. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Cien. Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1509-1520, 2010.
- COSTA, Elaine Monteiro; FERREIRA, Danyege Lima Araújo. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 461-478, nov.2011/fev.2012.

- COTTA, Rosângela Minardi Mitre et.al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciê. Saúde Coletiva**, 14(4):1251-1260, 2009.
- CUNHA, Marcela Silva; SÁ, Marilene de Castilho. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu)** [online]. 2013, vol.17, n.44, p. 61-73.
- DAMASCENO, Andréia Maria; SAID, Fátima Aparecida. O método problematizador no cuidado educativo com mulheres no preparo ao parto. **Cogitare Enfermagem**. 2008; 13(2): 173-83.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo et.al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Cien. saúde coletiva**, v.19 n.11, Rio de Janeiro nov/2014.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4 ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009
- FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: ARTMED-Bookmann, 2009.
- FONSECA, Angélica Ferreira (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários á Prática Educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987. 184p.
- GOLDSTEIN, Roberta Argento et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF . **Cien. saúde coletiva** [online]. 2013, v.18, n.1, p. 45-56.
- GRANDO, Maristel Kasper; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery(impr.)** 2010 jul-set; 14 (3): 504-510.
- HENRIQUE, Flavia. Diagnóstico comunitário da área de abrangência da unidade de saúde da Prainha-Florianópolis – Santa Catarina. **Revista APS**, Juiz de Fora; v.13, n.4; p. 2010.
- HORTA, Natália de Cássia et.al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, núm. 4, julho-agosto, 2009, pp. 524-529.
- KANTORSKI, Luciane Prado et.al. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):594-601.
- KELL, Maria do Carmo Gomes Helena; SHIMIZU, Eri. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Cien. Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1533-1541, 2010.
- MÉLLO, Ricardo Pimentel et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p. 26-32, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAPINUTTO, Adriana de S. Thiago. **O território na construção do conhecimento local na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Petrópolis /RJ.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERECHIM/SC. **Dados do município de Nova Erechim/SC.** Disponível em:
<http://www.novaerechim.sc.gov.br/conteudo/?mode=pa&item=14706&fa=7&cd=38942>
 Acesso em: 21/04/2014.

RIBEIRO, Polyana da Costa et.al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.** v.6, n.4, 2012.

SANTOS, Alexandre André; PEKELMAN, Renata. A escola, o território e o lugar - a promoção de espaços de saúde. **Revista OKARA: Geografia em debate**, v.2, n.1, p. 1-127, 2008.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Cien. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2405-2414.

SILVA, Simone Albino da Silva; OLIVEIRA, Nilcilene. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas – MG. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 182-189, abr./jun. 2010.

SOUSA, Maria Fátima; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Cien. Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa Convergente Assistencial.** 2 ed. Florianópolis: Editora Insular, 2004.143p.

VALOURA, Leila de Castro. **Paulo freire, o autor brasileiro autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador.** Residência do programa Comunicarte de Residência Social, 2006.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery** (impr.)2013 jan -mar; 17 (1):133 – 141.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Cien. Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009.

WEFFORT, Francisco C. **Educação como pratica de liberdade.** Editora Paz e Terra Ltda. Rio de Janeiro: 1967.

ZUGE, Samuel Spiegelberg et.al. A metodologia problematizadora na prevenção de acidentes em Central de Materias e Esterilização. **Cogitare Enfermagem.** 2012, jan/mar; 17(1): 162-5.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro para primeira roda de conversa

Roteiro para roda de conversa

TEMA GERADOR: Significados do Diagnóstico Comunitário

- O que vocês conhecem sobre o Diagnóstico Comunitário.

- Quais os objetivos de realizar o Diagnóstico Comunitário.

- Como perceberam a experiência vivida em 2012 com o Diagnóstico Comunitário.

- O que vocês levaram de conhecimento acerca desta experiência.

APÊNDICE B: Dinâmica “Encontros”

HORÁRIOS	ENCONTROS	TEMAS
		O que é o diagnóstico comunitário
		Qual a importância do diagnóstico comunitário na sua prática diária
		O que os serviços de saúde estão perdendo ao não utilizarem os mapas inteligentes
		Como estes mapas podem contribuir no planejamento das ações de saúde em nosso município
		Como podemos melhor utilizar estes mapas

APÊNDICE C: Roteiro para segunda roda de conversa

Roteiro para roda de conversa

TEMA GERADOR: Desvendando novos caminhos e possibilidades para os mapas inteligentes

- Qual importância o diagnóstico comunitário possui na sua prática diária.

- O que os serviços de saúde estão perdendo ao não utilizar efetivamente os mapas inteligentes.

- Em quais aspectos o mapa inteligente pode contribuir para o planejamento das ações de saúde deste município.

- Como podemos nos motivar a melhor utilizar os mapas realizados.

APÊNDICE D: Planilha para acompanhamento de usuários de benzodiazepínicos

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA ERECHIM																
Micro área:			Nome ACS:													
Identificação	Sexo	Idade		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome: Endereço:			Data da visita													
			Faz uso benzodiazepínico?	() Sim () Não												
			Qual?													
			Como toma/dose?													
			Motivo?													
			Data da ultima consulta?													
Observações																

APÊNDICE E: Material informativo aos ACS acerca dos benzodiazepínicos

O que são benzodiazepínicos?

São medicamentos que possuem 5 propriedades farmacológicas: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos (diminuem ansiedade), anticonvulsivantes, e relaxantes muscular.

Quais os principais?

- Relapax (Diazepam)
- Clonazepam
- Lorazepam
- Alprazolam
- Rivotril (Clonazepam)
- Valium (Diazepam)
- Bromazepam
- Lorax (Lorazepam)
- Urbanil (Clobazam)
- Frisium (Clobazam)
- Cloxazolam
- Lexotam (Bromazepam)
- Olcadil (Cloxazolam)
- Frontal (Alprazolam)

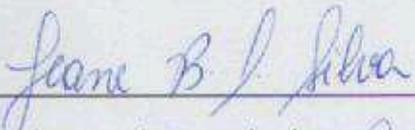
ANEXOS

ANEXO A: Declaração de Ciência e Concordância das Instituições envolvidas

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Local e data:

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFFS, o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Nova Erechim/SC, declara ter sido informado sobre o projeto de pesquisa intitulado *“Os significados do Diagnóstico Comunitário na Estratégia Saúde da Família: caminhos e possibilidades”* a qual objetiva analisar os significados que a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC atribui ao diagnóstico comunitário nos serviços de saúde.; e concorda com o envolvimento da instituição na referida pesquisa, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

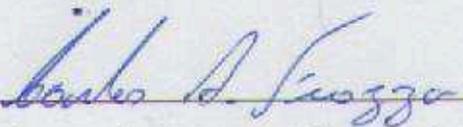


Assinatura do pesquisador responsável



DR. CLAUINIR PAVAN
Siape nº 1835372
Coordenador Acadêmico
Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS
Campus Chapecó-SC

Assinatura do responsável pela instituição (de origem)



Assinatura do responsável de outra instituição

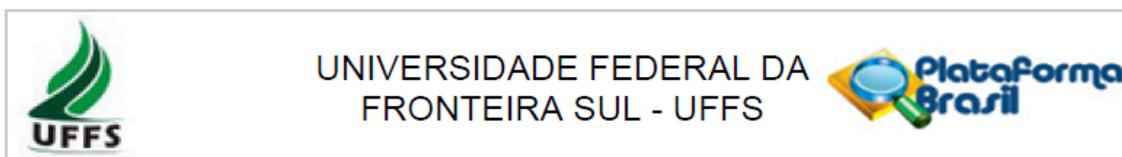
Nome: *Carlos Fregzza*

Cargo: *Secretário Municipal de Saúde*

Instituição: *Secretaria Municipal de Saúde de Nova Erechim/SC*

Número de telefone: *(49) 8824 8413*

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: OS SIGNIFICADOS DO DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS E POSSIBILIDADES

Pesquisador: Jeane Barros de Souza Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33711614.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 791.930

Data da Relatoria: 19/09/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Ver parecer substanciado do CEP número 778.919.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Ver parecer substanciado do CEP número 778.919.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora corrigiu as pendências apresentadas no parecer substanciado do CEP número 778.919:

1. Riscos: De acordo. (Os riscos precisam ser reescritos. Será que a pessoa pode se sentir constrangida em não participar, visto que os participantes saberão quem participou ou não participou nas rodas de conversa? Ainda, é necessário complementar, estabelecendo formas de minimizar os riscos identificados, além de estabelecer uma ação caso o risco ultrapasse determinado limite, considerado crítico).
2. De acordo. (Os benefícios gerais estão adequados. No entanto, este projeto provavelmente implique em um ou mais benefícios individuais aos participantes, visto que permitirá ao participante refletir sobre sua metodologia de trabalho).

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

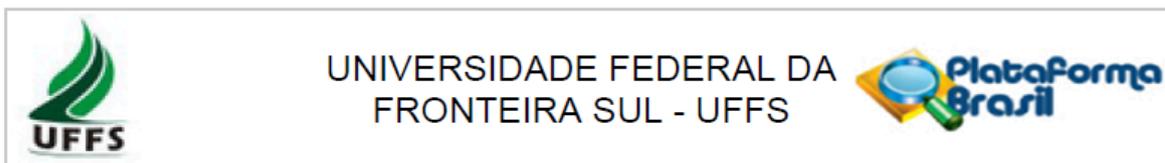
CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 791.930

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Ver parecer consubstanciado do CEP número 778.919.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora corrigiu as pendências apresentadas no parecer consubstanciado do CEP número 778.919:

3. TCLE: De acordo. (Incluir os mesmos riscos e benefícios, a serem reescritos no projeto, no TCLE).
4. TCLE: De acordo. (Incluir os motivos pelos quais os participantes foram selecionados).
5. TCLE: Não foi incluído o tempo médio das atividades a serem realizadas (Incluir tempo médio das atividades a serem realizadas).
6. TCLE: De acordo. (Incluir telefone).
7. TCLE: Adequado. (Sugere-se que sejam informados os e-mails profissionais das pesquisadoras no lugar do pessoal, para seu resguardo).

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências éticas que limitem ou impeçam o seu desenvolvimento.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução 466 de 12/12/2012 principalmente, os artigos XI.1 e XI.2

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS	
Bairro: CENTRO	CEP: 89.802-265
UF: SC	Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-1478	E-mail: joseane@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 791.930

itens c) ao h), a Normativa 001/2013 e o Capítulo III da Resolução 251/1997.

A página do CEP-UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador” acessível no Link http://www.uffs.edu.br/images/proppg/Deveres_do_pesquisador_CEP.pdf

Atente:

1) No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, obedecidos os 20 dias antes da reunião do CEP do mês correspondente aos 6 meses, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra (exceto se a pesquisa estiver totalmente finalizada, pois, neste caso, deverá ser enviado o relatório final). Veja modelo na página do CEP, no item “6) Documentos a serem anexados à Plataforma Brasil” no subitem “ 6.1) Obrigatórios “. A cada 6 meses novo relatório parcial deverá ser enviado até que seja enviado o relatório final.

2) Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP para que possa ser avaliada e as medidas adequadas possam ser tomadas. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. Após um projeto ter sido aprovado, alterações devem ser solicitadas na forma de EMENDA.

3) Além do relatório semestral, a qualquer momento o CEP poderá solicitar esclarecimentos sobre a sua pesquisa – vide artigos X.1.3.b), X.3.6 e XI.2.e)

4) Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final.

OBS: Os relatórios deverão ser enviados utilizando-se da opção "enviar notificação", na "Plataforma Brasil".

Em caso de dúvida: (1) contate este CEP pelo telefone 20491478, das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00

(2) contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitar ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta, (3) Contate a “central de suporte “da plataforma Brasil no canto superior direito da plataforma e cujo atendimento é online.

Boa pesquisa!

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS

Bairro: CENTRO

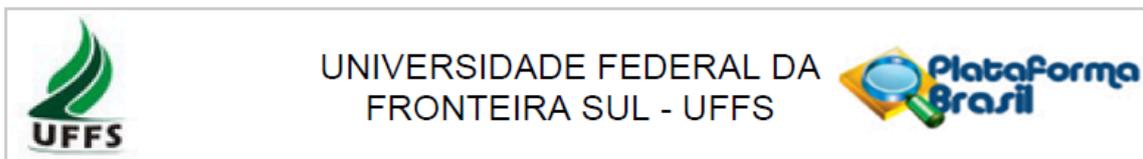
CEP: 89.802-265

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-1478

E-mail: joseane@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 791.930

CHAPECO, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:
JOSEANE DE MENEZES STERNADT
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO CEP: 89.802-265
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-1478 E-mail: joseane@uffs.edu.br

ANEXO C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa ***“Os significados do Diagnóstico Comunitário na Estratégia Saúde da Família: caminhos e possibilidades”***, com o objetivo de analisar os significados que a equipe da ESF do município de Nova Erechim atribui ao diagnóstico comunitário nos serviços de saúde, sob responsabilidade das pesquisadoras Yaná Tamara Tomasi e Jeane Barros de Souza. Esta pesquisa justifica-se devido a experiência anterior vivenciada no município com o desenvolvimento do Diagnóstico Comunitário. Serão inclusos na pesquisa os profissionais contratados para trabalhar na ESF do município de Nova Erechim, que aceitarem participar através da assinatura deste termo. A sua participação na pesquisa será por meio da participação em encontros que serão desenvolvidos na unidade de saúde. Os riscos na realização da pesquisa contemplam algum desconforto por parte dos participantes durante a realização das rodas de conversa, sendo que nestes casos, os pesquisadores assumem o compromisso de dar suporte ao participante para que possa reelaborar positivamente sua experiência com o encaminhamento aos serviços de saúde especializados que se fizer necessário, caso a situação demandar. Ainda, para minimizar os riscos da pesquisa, o pesquisador poderá dar uma pausa na roda de conversa, ou até mesmo suspendê-la caso seja o desejo do participante. Com relação aos benefícios, ao participar da pesquisa, você estará contribuindo no sentido de aprimorar os aspectos considerados favoráveis a esta prática, no município de Nova Erechim/SC. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento sem qualquer ônus, informando a pesquisadora sobre sua decisão. A participação no estudo é de caráter voluntário, e você não será remunerado pela sua participação. As suas informações serão gravadas e ficarão sob guarda da pesquisadora por 05 anos, sendo posteriormente destruídas, sendo os dados relacionados à sua identificação não divulgados. Os resultados da pesquisa serão divulgados, mas você terá a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados. Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considera prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com as pesquisadoras (Yaná Tamara Tomasi, e-mail: yanaa192@hotmail.com, Fone: (49)88080333; Jeane Barros de Souza, e-mail: jeane.silva@uffs.edu.br, Fone: (47) 2049-1573; ou com o curso de Enfermagem, ou também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, pelo e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, endereço: Rua General Osório Rua General Osório, 413D - Caixa Postal 181. Bairro: Centro. Chapecó (SC). CEP: 89802-210 telefone (49) 2049-1478.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Nova Erechim, ____ de ____ de 2014.

Nome completo do (a) participante: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Nome completo do (a) pesquisador (a): _____

Assinatura: _____

ANEXO D: Termo de uso de Fotografias, Vídeos e Gravações

TERMO DE USO FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS

Título da pesquisa: *“Os significados do Diagnóstico Comunitário na Estratégia Saúde da Família: caminhos e possibilidades”*

Pesquisadoras: Yaná Tamara Tomasi e Jeane Barros de Souza

Eu, _____

permito que as pesquisadoras relacionado acima obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Assinatura _____

ANEXO E: Retratando a Árvore completa



ANEXO F: Retratando os mapas atualizados



ANEXO G: Retratando o encerramento do processo educativo/reflexivo com a equipe da ESF do município de Nova Erechim/SC

