



LETICIA SILVEIRA CARDOSO

**CAPITAL SOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL: FUNDAMENTOS
CONSTITUTIVOS PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM GRUPOS
COMUNITÁRIOS ORGANIZADOS ADSTRITOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

RIO GRANDE - RS

2013

FURG

L
E
T
I
C
I
A

S
I
L
V
E
I
R
A

C
A
R
D
O
S
O

PPGENF
DOUTORADO
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**CAPITAL SOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL: FUNDAMENTOS
CONSTITUTIVOS PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM GRUPOS
COMUNITÁRIOS ORGANIZADOS ADSTRITOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LETICIA SILVEIRA CARDOSO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador(a): Marta Regina Cezar-Vaz

RIO GRANDE

2013

C257c Cardoso, Leticia Silveira

**Capital social e atenção primária ambiental:
fundamentos constitutivos para o trabalho da enfermagem
em grupos comunitários organizados adstritos a estratégia
Saúde da Família / Leticia Silveira Cardoso. – 2013.**

132 f. : il.

Orientador: Marta Regina Cezar-Vaz

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2013.

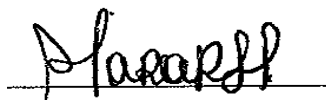
1. Enfermagem. 2. Saúde pública. 3. Atenção primária à
saúde. 4. Programa Saúde da Família. 5. Participação
comunitária. I. Título. II. Cezar-Vaz, Marta Regina

CDU: 616-083:614

LETICIA SILVEIRA CARDOSO

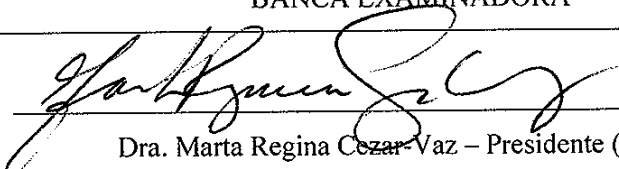
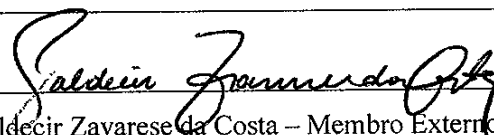
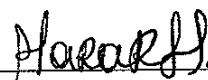
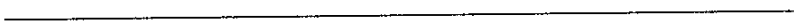
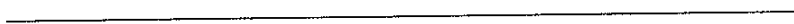
**CAPITAL SOCIAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL: FUNDAMENTOS
CONSTITUTIVOS PARA O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM GRUPOS
COMUNITÁRIOS ORGANIZADOS ADSTRITOS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutora em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 06/05/2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA	
	Dra. Marta Regina Cezar Vaz – Presidente (FURG)
	Dr. Valdecir Zavarese da Costa – Membro Externo (UNIPAMPA/Uruguaiana)
	Dra. Mara Regina Santos da Silva – Membro Interno (FURG)
	Dra. Giovana Calcagno Gomes – Membro Interno (FURG)
	Dra. Jorgana Fernanda de Souza Soares - Suplente Interno (UNIFACS)
	Dr. Edison Devos Barlem – Suplente Interno (FURG)

DEDICATÓRIA

Esta caminhada só foi possível porque Deus me permitiu viver e conhecer muitas pessoas especiais. A essas pessoas que estiveram comigo do início ao fim, mas também àquelas que por ventura não mais puderam comigo estar, dedico este trabalho. Digo que a ausência de sua presença não as eximiu de permanecerem presentes sempre em meu coração.

Então, o dedico a todos e a Deus, mas particularmente quero lembrar...

De ti mãe por simplesmente me abraçar, me apoiar e reconhecer meu esforço,
De ti pai por sempre me mostrar que ainda existe força em nos para superar os desafios,
De ti maninho por me lembrar que tenho uma família e nunca estarei só.

Quero ainda dedicá-la aos demais membros da família: ‘vô Gusta’, ‘vô Erai’; as tias Diulma, Zena, Alda, Carminha, Iara e Tânia. Ao meu amado sobrinho Pietro por toda a alegria e afeto que me dá sem nada pedir. A minha cunhada Jordana por me conduzir a busca do melhor de nós mesmas. Aos demais tios e primos que estão sempre à disposição para dialogar, apoiar, incentivar, dar atenção.

Ao amigo Paulo Beck pelas intensas horas de escuta, pelas poucas, mas determinantes orientações sobre a vida. Pelas únicas palavras capazes de me moverem nas horas difíceis. Obrigada.

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Marta Regina Cezar-Vaz pela persistência, pelo ânimo, pela aposta em mim e especialmente pela dedicação durante todos os anos de convívio, pela confiança, pela amizade e por me permitir estar presente mesmo longe.

Aos membros do Laboratório de Estudos e Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA por todas as trocas, pela solidariedade e pelo crescimento pessoal e profissional a mim proporcionado.

Aos professores da Universidade Federal do Rio Grande – FURG pela diversidade de conhecimentos disponibilizada e pelo incentivo para a busca da cientificidade.

Ao LAMSA por apresentar a mim um universo e uma perspectiva diferente do ser enfermeira.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq pela concessão das bolsas de Iniciação Científica.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão das bolsas de mestrado e doutorado.

“... para crer não basta ver, é preciso compreender (SANTOS, 2011, p.:17)”.

“Algumas vezes, mesmo tentando, a pessoa não consegue modificar seus sentimentos, mas pode sempre modificar seu comportamento. Não existem maus pensamentos, apenas más ações (CARPENITO-MOYET, 2007, p.:24)”.

“Não quero ser como o mar que [apesar de belo] tudo destrói. Quero ser como a rocha que a tudo resiste (ROCHA, 2011)”.

RESUMO

CARDOSO, Leticia Silveira. Capital social e atenção primária ambiental: fundamentos constitutivos para o trabalho da enfermagem em grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família. 2013. 132 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Introdução: Esta produção está construída com o propósito de evidenciar os conceitos do capital social e da atenção primária ambiental, fortalecendo-os a partir da organização comunitária. **Objetivo:** Analisar como os grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família ao produzirem Capital Social fortalecem a Atenção Primária Ambiental. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva e analítica realizada no período de 2009 a 2010, com 128 sujeitos, dos quais 70 são participantes de grupos comunitários organizados: 35 artesãs, 17 moradores, 08 conselheiros locais de saúde, 05 pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos. Lotados respectivamente em 05 grupos de artesãs, 04 de moradores, 02 Conselhos Locais de Saúde, 01 de pescadores e 01 de reciclagem, totalizando 13 grupos. E, 58 são profissionais da estratégia Saúde da Família: 25 agentes comunitários, 12 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros e 10 médicos. Investigaram-se 08 equipes de Saúde da Família do município de Rio Grande - RS; 02, do de Santa Vitória do Palmar - RS e 02, de São José do Norte – RS, totalizando 12 equipes. Seleccionadas a partir dos critérios: estar adstrito ao território de cobertura da estratégia Saúde da Família, desenvolver atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente. A coleta de dados constituiu-se por entrevistas semiestruturada gravadas e observações sistemáticas, não participantes, públicas e em situações normais. Com fins de solidificar-se os resultados deste estudo produziu-se uma triangulação de fontes de dados com o levantamento documental de dados primários do: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Aplicou-se uma análise qualitativa de conteúdo a partir da leitura e compilação dos sentidos do conteúdo utilizando-se o software NVivo versão 7.0. **Resultados:** Construíram-se três manuscritos - Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados, Associativismo e Civismo: reflexão do capital social comunitário para a saúde socioambiental e Cuidados primários em saúde: o atendimento às necessidades comunitárias. **Considerações Finais:** A promoção da saúde se expressa nas ações dos grupos locais organizados que buscam a saúde para si, intervindo no seu modo de viver e de sobreviver, ou seja, agindo sobre os danos da ação humana. Paralelamente, os participantes se fortalecem porque conquistam maiores possibilidades de serem (re)conhecidos como sujeitos capazes de provocar mudanças no contexto local, na saúde e na natureza. O capital social nos grupos comunitários organizados destaca-se como forma de manutenção da universalidade do acesso aos serviços de saúde, em especial o da estratégia Saúde da Família. O potencial comunitário torna-se fortalecido pelas ações conjuntas que englobam a participação dos profissionais da saúde. O acesso ao processo e a estrutura do trabalho da estratégia representam os elementos centrais do atendimento às necessidades comunitárias. Acesso que se traduz em diálogo em prol da promoção da saúde nas diferentes ações e intervenções da equipe. Estas se caracterizam como cuidados primários em saúde na medida em que o diálogo representa a interação profissional-comunidade de modo individual ou coletivo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Participação Comunitária. Organização Comunitária. Enfermagem.

ABSTRACT

CARDOSO, Leticia Silveira. Capital social e atenção primária ambiental: fundamentos constitutivos para o trabalho da enfermagem em grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família. 2013. 132 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Introduction: This production is built with the purpose of highlighting the concepts of social capital and the primary environmental care, strengthening them from the community organization. **Objective:** To analyze how organized community groups attached to the Family Health strategy to produce Capital strengthen Primary Environmental Care. **Methodology:** Survey exploratory-descriptive and analytical conducted in the period from 2009 to 2010, with 128 subjects, of whom 70 are participating in organized community groups: 35 artisans, 17 residents, 08 local health counselors, 05 fishermen and 05 solid waste recyclers. Loaded respectively in 05 groups of artisans, 04 residents, 02 Local Health Councils, 01 fishermen and 01 recycling, totaling 13 groups. And 58 are professionals in the Family Health Strategy: 25 community workers, 12 nursing assistants, 11 nurses and 10 doctors. We investigated 08 Family Health Teams of Rio Grande - RS, 02, of Santa Vitória do Palmar - RS 02, of San Jose North - RS, totaling 12 teams. The municipalities were selected from the criteria: to be attached to the territory coverage Family Health Strategy, develop activities for at least six months and do not configure a service group advocated the pathologies ministerially. Data collection consisted of semi-structured interviews and systematic observations recorded, non-participating public and in normal situations. With the purpose of solidifying the results of this study produced a triangulation of data sources with the documentary survey of primaries data: Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), the Index of Basic Education Development (IDEB) and the Dados Banc of the Unified Health System (DATASUS). Applied a qualitative content analysis from the reading and compilation of the content of the senses using the NVivo software version 7.0. **Results:** built up three papers - Health promotion and community participation in local organized groups, Associations and Civility: reflection of social capital for community health and environmental health in primary care: care community needs. **Consideration finais:** Health promotion is expressed in the actions of local groups organized to seek health for you, intervening on your way of living and to survive, ie acting on damage to human action. In addition, participants are strengthened because they are more likely to win (re) known as individuals capable of causing changes in the local context, health and nature. Social capital in organized community groups stands out as a way of maintaining universal access to health services, especially the Family Health Strategy. The potential community becomes strengthened by joint actions that include the participation of health professionals. Access to the process and structure of strategy work represent the core elements of care community needs. Access which translates into dialogue for the promotion of health in different actions and interventions team. These are characterized as primary health care in that dialogue is the interaction community so-professional individual or collective.

Descriptors: Primary Health Care. Family Health Program; Consumer Participation. Communitarian Organization. Nursing.

RESUMEN

CARDOSO, Leticia Silveira. Capital social e atenção primária ambiental: fundamentos constitutivos para o trabalho da enfermagem em grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família. 2013. 132 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Introducción: Esta producción está construido con el propósito de poner de relieve los conceptos de capital social y la atención primaria ambiental, el fortalecimiento de ellos de la organización comunitaria. **Objetivo:** Analizar cómo los grupos organizados de la comunidad unida a la estrategia de salud de la familia para producir capital de fortalecer la atención primaria ambiental. **Metodología:** Estudio exploratorio-descriptivo y analítico llevó a cabo en el período de 2009 a 2010, con 128 sujetos, de los cuales 70 están participando en los grupos organizados de la comunidad: 35 artesanos, 17 residentes, 08 consejeros de salud locales, pescadores y 05 05 recicladores de residuos sólidos. Cargado respectivamente en 05 grupos de artesanos, 04 residentes, 02 Consejos Locales de Salud, pescadores 01 y 01, por un total de reciclaje de 13 grupos. Y 58 son profesionales de la Estrategia de Salud Familiar: 25 trabajadores de la comunidad, 12 auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos 11 10. Se investigaron 08 Equipos de Salud Familiar de Río Grande - RS, 02, de Santa Vitória do Palmar - RS 02, de San Jose North - RS, por un total de 12 equipos. Los municipios fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios: que se adjunta a la Estrategia Salud de la Familia cobertura territorial, el desarrollo de actividades durante al menos seis meses y no configure un grupo de servicio defendido las patologías ministerialmente. La recolección de datos consistió en entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas registrado, no participantes públicos y en situaciones normales. Con el propósito de consolidar los resultados de este estudio produjo una triangulación de fuentes de datos con el estudio documental de los datos primarios: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el Índice de Desarrollo de la Educación Básica (IDEB) y el Banco de Datos del Sistema Único de Salud (DATASUS). Se realizó un análisis de contenido cualitativo de la lectura y la compilación de los contenidos de los sentidos utilizando el software versión 7.0 NVivo.

Resultados: El acumulado tres manuscritos - Promoción de la salud y la participación comunitaria en los grupos locales organizados, Asociaciones y civismo: la reflexión del capital social de la salud comunitaria y salud ambiental en atención primaria: las necesidades de atención de la comunidad. **Consideraciones finais:** La promoción de la salud se expresa en las acciones de los grupos locales organizados para buscar la salud para que, interviniendo en su manera de vivir y sobrevivir, es decir, actuando sobre los daños a la acción humana. Además, los participantes se fortalecen debido a que son más propensos a ganar (re) conocida como individuos capaces de provocar cambios en el contexto local de la salud y la naturaleza. El capital social en los grupos organizados de la comunidad se destaca por ser una forma de mantener el acceso universal a los servicios de salud, especialmente de la Estrategia Salud de la Familia. El potencial de la comunidad se fortalece mediante acciones conjuntas que incluyan la participación de profesionales de la salud. El acceso al proceso y la estructura de trabajo de la estrategia representar los elementos básicos de necesidades de la comunidad médica. El acceso que se traduce en el diálogo para la promoción de la salud en las diferentes acciones y el equipo de las intervenciones. Estos se caracterizan por la atención primaria de salud en que el diálogo es la comunidad de interacción so-profesional individual o colectiva.

Descriptor: Atención Primaria de Salud. Programa de Salud Familiar. Participación Comunitaria. Organización Comunitaria. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Matriz conceitual do referencial teórico	6
Figura 2 -	O capital social para a saúde	9
Figura 3 -	O trabalho pela determinação do capital humano	11
Figura 4 -	O capital social nas e pelas ciências político-econômica	14
Figura 5 -	Atenção à Saúde: conservando a vida	18
Figura 6 -	Entendimento da relação cuidado-saúde-ambiente	23
Figura 7 -	Elementos de definição práxis do Capital Social e da Atenção Primária Ambiental	27
Quadro 1 -	Quantitativo de descritores por fonte investigada, 2012.	28
Figura 8 -	Posição geoespacial dos municípios investigados	40
Figura 9 -	Participação comunitária: envolvimento e interesse em participar dos grupos locais organizados	47
Figura 10 -	O capital social comunitário para a saúde socioambiental	47
Figura 11 -	Matriz analítica do atendimento as necessidades comunitárias	48
Figura 12 -	Participação comunitária: envolvimento e interesse em participar dos grupos locais organizados	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, Rio Grande, 2011 e 2010.		44
Tabela 2 -	Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, Santa Vitória do Palmar, 2011 e 2010.		45
Tabela 3 -	Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, São José do Norte, 2011 e 2010.		45
Tabela 4 -	Visitas domiciliares de enfermagem		86
Tabela 5 -	Atendimentos clínicos na estratégia Saúde da Família		88
Tabela 6 -	Acompanhamento clínico		90
Tabela 7 -	Atendimentos prioritários		92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

SCIELO - Scientific Eletronic Library

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LAMSA - Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ESF - Estratégia Saúde da Família

USF - Unidades de Saúde da Família

AE - auxiliares de enfermagem

ENF – enfermeiros

MED – médicos

MEC - Ministério da Educação e Cultura

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

M – município

G – grupo

P – participante

PPGEnf – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 TESE	4
1.2. PRESSUPOSTOS	4
2. OBJETIVOS	4
2.1. OBJETIVO GERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1. O Capital Social e o Processo de Trabalho em Saúde	6
3.2. Trabalho-trabalhador: a organização processual da existência	9
3.3. Compreendendo o Capital Social na e pela Ciência Política e Econômica	12
3.4. Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária Ambiental	15
3.5. Atenção Primária Ambiental e Cuidados Primários em Saúde	19
3.6. Atenção Primária Ambiental e Capital Social	23
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
4.1. Atenção Primária à Saúde e Atenção Primária Ambiental	29
4.2. Capital Social e Participação Comunitária	33
5. METODOLOGIA	38
5.1. Delineamento do Estudo	39
5.2. Cenário do Estudo	39
5.3. Sujeitos do Estudo	40
5.3.1. Grupos Comunitários Organizados	41
5.3.2. Profissionais da Estratégia Saúde da Família	42

5.4. Universo do Estudo	42
5.5. Procedimentos de Coleta de Dados do Estudo	43
5.6. Processo de Análise de Dados do Estudo	46
5.7. Aspectos Éticos do Estudo	48
6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÃO	49
6.1. CAPÍTULO I	49
6.2. CAPÍTULO II	64
6.3. CAPÍTULO III	81
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	105
ANEXO I	121
ANEXO II	122
ANEXO III	128
ANEXO IV	129

1. INTRODUÇÃO

A produção deste estudo circunscreve-se pelo e no aprofundamento do processo de trabalho em saúde em uma perspectiva socioambiental. Essa decorre da relação imbricada na existência de seres humanos que se constituem como tal pelas diferentes interações estabelecidas com o ambiente onde se inserem. Interações estas imbuídas do que se denomina capital social, ou seja, o potencial transformador das energias que garantem a funcionalidade e a vitalidade dos seres humanos.

Nesta perspectiva, contextualizam-se o objeto de estudo, grupos comunitários organizados, a partir do universo científico de divulgação da produção em Ciências da Saúde. Explorando-se os principais fundamentos deste estudo, quais sejam: Capital Social e Atenção Primária Ambiental.

Consecutivamente dispõe-se a afirmação que sustenta o presente estudo, tese, e os elementos que a justificam, pressupostos. Apresentam-se os objetivos que elucidam a condução dos resultados da investigação realizada e que serão divulgados na forma de capítulos. Estes estarão apresentados após referencial teórico e metodológico.

O referencial teórico está produzido com uma lógica sequencial que busca dispor o pensamento das autoras desde o micro componente da saúde, o ser humano, até as relações deste componente com os demais sistemas (FRONTIER, 2001). A partir desta compreensão discorre-se sobre as intersecções mediadas pelas relações intrínsecas e extrínsecas (CEZAR-VAZ; SOARES; MARTINS; SENA; SANTOS; RUBIRA; et al, 2005). Foca-se no ambiente de trabalho como propulsor do capital social, logo condutor da vitalidade e funcionalidade das comunidades, ou seja, sua energia. Desta energia é que se constitui e concretizam-se os bens abstratos e concretos que dinamizam os distintos modos de viver e produzir a saúde nas comunidades.

Realizou-se uma investigação em bases científicas indexadas, Scientific Eletronic Library (SCIELO), portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) a partir da busca de descritores na área de Ciências da Saúde. Para refinar o conjunto de manuscritos encontrados estabeleceram-se critérios de elegibilidade e posteriormente aplicou-se a busca booleana. A síntese das leituras realizadas foi esboçada nos tópicos descritos na revisão bibliográfica que tem a finalidade de subsidiar a discussão dos dados encontrados na pesquisa de campo promovida pelas pesquisadoras.

Os aspectos metodológicos estão evidenciando uma abordagem qualitativa (SILVERMAN, 2009) que comporta a diversidade do objeto de estudo, grupos organizados comunitários adstritos a estratégia Saúde da Família. Diversidade decorrente do tipo de trabalho produzido e de seu próprio modo de operacionalização, os quais condicionam a saúde pelo ambiente de interações e produção.

Esta condução escolhida pelas autoras baseia-se na compreensão de que a saúde em nível comunitário extrapola as dimensões do corpo humano, perpassa pela determinação social e se resolutiviza no que se define por capital social, resultante de ações de trabalho e interações interpessoais.

A saúde circunscreve-se na dimensão humana das pessoas em decorrência das manifestações clínicas ou das limitações para o desenvolvimento das atividades da vida (CANGUILHEN, 2008). Entretanto, o ambiente atua como determinante ou condicionante sobre o processo de restabelecimento das limitações, temporárias ou permanentes, ocasionadas por situações críticas. A perspectiva de bem estar traduz-se em um sentimento individual capaz de ser compartilhado e transformado pelas e nas ações de coletivos. A singularidade imbuída nesta definição de bem estar inscreve-se na socialização humana, ou seja, no atendimento a necessidade humana básica de gregária. É da natureza humana viver entre “pares” e com estes modificar-se a si e ao ambiente.

A modificação de si viabiliza-se pela aquisição de bens abstratos que compõem a ética e a moral de um coletivo que se expressa no indivíduo. Pode-se inferir que essa modificação é a resultante de toda a energia dispensada por outros para a formação de conceitos socialmente corretos. No entanto, sua viabilidade somente se concretiza quando se tem o emprego da vitalidade e da funcionalidade do indivíduo, que a recebe, para compreender o dito (MARTINO, 2009).

Para que ocorra tal compreensão se desenvolvem relações interpessoais que estão à mercê do ambiente comunicacional e das experiências prévias dos interlocutores. Condições que se delimitam também pelos bens concretos, materializados que propiciaram percepções e vivências diferenciadas para situações semelhantes (SILVA, 2005). O compartilhamento destes elementos possibilita uma diferença tênue para a tomada de decisão no enfrentamento de problemáticas individuais. Ao se acrescentar organização a estas trocas de experiências, a comunidade passa a exercer a capacidade de diálogo horizontal com os setores responsáveis pelo atendimento de suas necessidades (HIGGINS, 2005).

No entanto, não está à comunidade eximida de cumprir seus deveres para consigo e com os ambientes em que circula. Logo, ao garantir seus direitos político-socioeconômicos

adquire o encargo de como cidadão agir em prol da sociedade e não somente para o atendimento de suas necessidades individuais (BRASIL, 2009).

E os profissionais de saúde, mais especificamente o enfermeiro, como se articula neste contexto? Ou melhor, como ele atende a estas necessidades da comunidade? Ao pensar-se a saúde explorando-se as políticas públicas e os serviços oferecidos em decorrência destas, tem-se no enfermeiro, o profissional com a responsabilidade de propulsar a disseminação e a difusão, em nível da Atenção Básica, das informações para o cuidado e autocuidado (BRASIL, 2007).

Cabe a ele, juntamente com sua equipe, elaborar os cuidados primários em saúde, os quais devem caracterizar-se como compreensivos, orientados à pessoa, contínuos e regulares (OMS, 2008). Compreensividade que se refere ao processo comunicacional preconizado como recíproco e bilateral; orientação decorrente de um fazer a partir da tomada de decisão conjunta; continuidade como garantia dos princípios de universalidade do acesso, equidade da assistência e integralidade da atenção e, regularidade relativa ao real acesso da comunidade as ações de trabalho dos profissionais. Tais atributos implicam em ações diferenciadas no modo de desenvolver-se o trabalho, particularmente na estratégia Saúde da Família. Diferenciando o trabalho a partir da escuta atenta como momento de investigação clínica, a decisão compartilhada sobre as reais necessidades humanas afetadas e os cuidados possíveis de serem realizados pelos profissionais e pelo cliente, família. Soma-se ainda, a concordância dos meios de monitoramento e acompanhamento clínico e o exercício de elaboração documental dos dados clínicos pelo enfermeiro e sua constante receptividade as solicitações da clientela.

E a comunidade, como pode usufruir deste serviço para além das questões biológicas? Seriam as relações interpessoais de profissionais-comunidade o elemento inovador para a saúde em uma perspectiva socioambiental? Ambos, profissionais-comunidade, precisam conhecer seus potenciais e reconhecer-se como e com potencial para construir ou transformar o ambiente onde vivem e trabalham.

Identifica-se que intervir a partir de uma relação extrínseca, ou seja, de uma posição em que o interventor não se encontre diretamente inserido no ambiente de interação, mas sim em outro que possui correlação, pode precisar as reais barreiras interacionais para o alcance do objetivo. Precisão imbricada na isenção de dificuldades relacionais decorrentes de desconfortos individuais para manifestar-se em coletivo. Tal identificação ao ser relativizada pela relação intrínseca, dos membros de um mesmo grupo, dissocia desconfortos comunicacionais e promove estratégias viáveis para a superação dos problemas comunitários.

Com base na compreensão das contribuições das relações intrínsecas e extrínsecas para a produção de coletivos organizados que se busca ao longo desta tese discutir a articulação dos profissionais da estratégia Saúde da Família com os grupos comunitários organizados. E ressaltar os potenciais prévios e individuais dos coletivos, capital social e, seu fortalecimento a partir dessa articulação.

1.1. TESE

Os grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família ao produzirem capital social fortalecem a Atenção Primária Ambiental.

1.2. PRESSUPOSTOS

Compreende-se que a organização comunitária em grupos revela a existência prévia de capital social (D'ARAÚJO, 2003). Este se acumula pelo constante e processual trabalho dos moradores e dos profissionais da estratégia Saúde da Família. Em decorrência deste trabalho há gasto de energia para a manutenção da funcionalidade dos envolvidos (CANGUILHEN, 2008). E a vitalidade destes imbrica-se nas relações interpessoais desenvolvidas e estão influenciadas pelo capital social, sinérgico e cultural das comunidades (BOURDIEU, 2009). Em conjunto estes tipos de capitais agregam valores econômicos aos elementos do ambiente comunitário, ou seja, para a relação saúde-ambiente (HIGGINS, 2005). É nesta engrenagem que o fazer da enfermagem torna possível a realização de cuidados primários orientados à pessoa, contínuos e compreensíveis (OMS, 2008).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar como os grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família ao produzirem Capital Social fortalecem a Atenção Primária Ambiental.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a articulação dos grupos comunitários organizados com os profissionais da equipe da estratégia Saúde da Família para a promoção da atenção primária em saúde.
- Analisar o associativismo e o civismo no capital social dos grupos comunitários adstritos a estratégia Saúde da Família.
- Compreender como o trabalho da estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias.

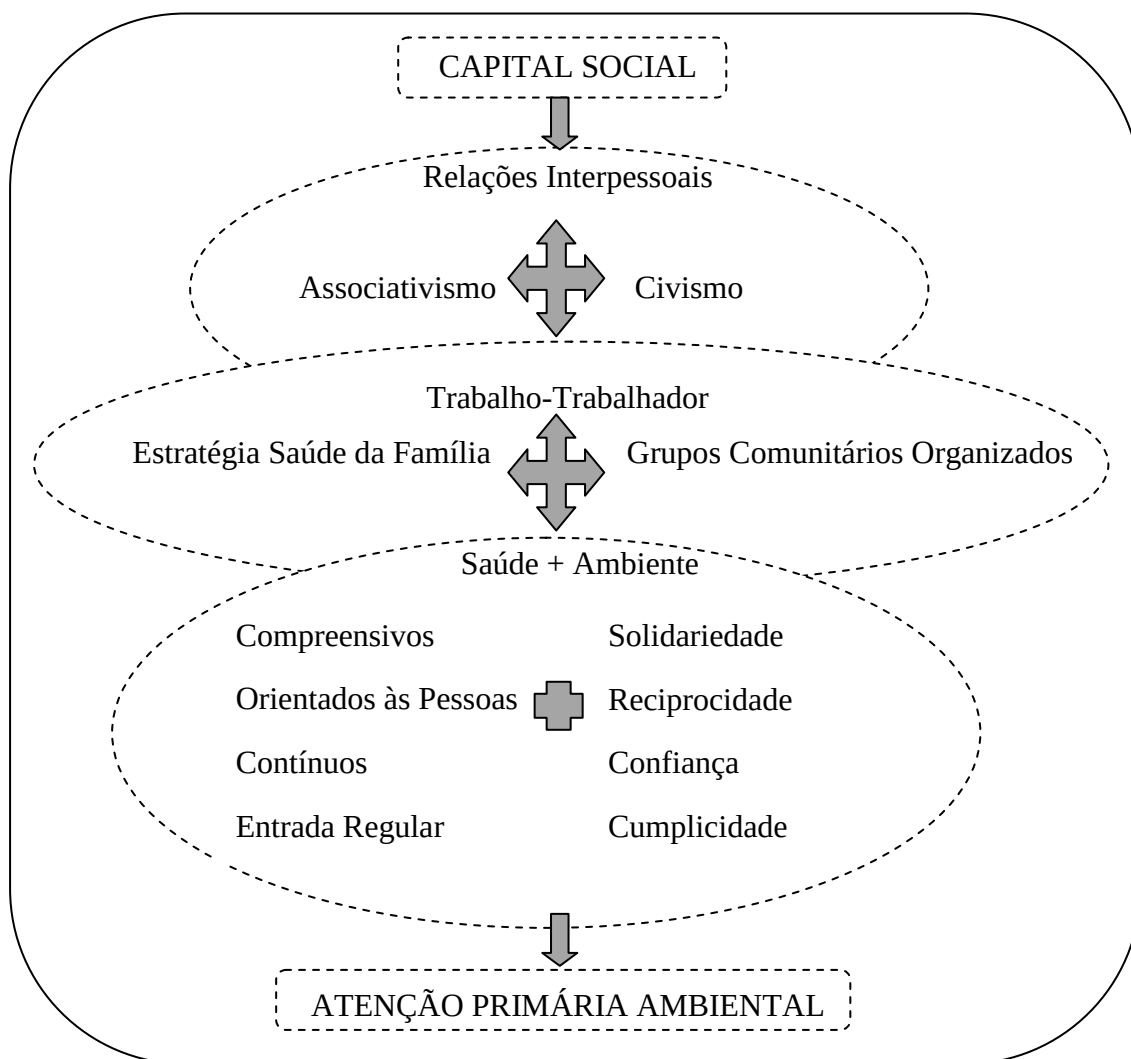
3. REFERENCIAL TEÓRICO

A elaboração do presente estudo pauta-se em conhecimentos teorizados interpretados a luz da construção científica das autoras que ora os descrevem. Pretende-se, deste modo, solidificar a compreensão do universo que se explora e minimizar divergências conceituais, salientando o ser humano, pessoa, como trabalhador e produtor da saúde socioambiental e do capital social comunitário, a partir de sua organização grupal.

Inicia-se com a pretensão de explicar o capital social como produto das relações interpessoais de trabalhadores, as quais são mediadas pelo associativismo e pelo civismo. Respectivamente, representados pela congregação de pessoas com finalidades comuns que interagem pautadas em um planejamento organizacional para o desenvolvimento das ações/intervenções. Destaca-se ainda que as relações interpessoais concretizam-se no binômio trabalho-trabalhador, alimentando e retroalimentando a produção de capital social existente pelo encontro de pessoas e suas interações.

Binômio que no presente estudo compreende os profissionais da estratégia Saúde da Família e os trabalhadores dos grupos comunitários organizados na perspectiva da promoção da saúde socioambiental. Logo, se eles representam os trabalhadores do binômio em foco quer-se deles apreender seu modo de trabalho, explorando conceitualmente a saúde e o ambiente pelos princípios norteadores dos cuidados primários e do capital social. Estes articulados revelam os fundamentos do trabalho da enfermagem com base na atenção primária ambiental (**Figura 1**).

Figura 1 – Matriz conceitual do referencial teórico.



Fonte: CARDOSO, 2013.

Esta matriz conceitual subsidia o desencadeamento dos tópicos deste referencial teórico ressaltando a princípio a energia da relação trabalho-trabalhador para a produção de bens abstratos e concretos do capital social comunitário. Posteriormente, enfatiza como este implica na vitalidade e funcionalidade dos trabalhadores para a realização do trabalho. Consecutivamente, evidencia a solidariedade, a reciprocidade, a confiança e a cumplicidade decorrentes das relações interpessoais como bens abstratos perpetuantes da atenção primária ambiental e o acesso a tecnologia, a capacitação dos recursos humanos como mantenedores da mesma.

3.1. O Capital Social e o Processo de Trabalho em Saúde

Na perspectiva que se aborda para a apresentação deste item o capital social está elaborado com a intenção de trazer à tona as potencialidades comunitárias. Emergência que articula saúde e ambiente no âmbito das relações interpessoais desencadeadas no trabalho da estratégia Saúde da Família e dos grupos comunitários organizados.

Trabalhos que se produzem pela existência e pela lapidação do que se denomina neste estudo de capital social (D'ARAÚJO, 2003). A exploração deste, o conceitua a partir de dois campos de conhecimento o da ciência política e da econômica que permitem a compreensão de capital social como instrumento não palpável (CREMONESE, 2008) propulsor do conjunto de elementos que diferenciam o estado de bem estar das comunidades e que se materializa diante das trocas de *energias* entre as pessoas (BOURDIEU, 2009). Trocas que se desencadeiam mediante diferentes possibilidades de barganha de *bens concretos e/ou abstratos*.

Concerne expressar que o capital social existe na presença do *associativismo* e do *civismo*, sem que hajam intervenções com fins de promover diretamente a saúde (HIGGINS, 2005). Ao entendê-lo como produto das ações em saúde tem-se a “mais-valia”, aplicação de força de trabalho sobre um produto já elaborado por outra força de trabalho, ou seja, a ele já foi atribuído um “valor-de-uso” (MARX, 1985).

O diferencial para análise do capital social como produto do trabalho em saúde está na atribuição fixa do “valor-de-uso” para as atividades dos profissionais de saúde, não ocorrendo o recebimento do que se produz na forma de “mais-valia”, excedente (CARDOSO, 2010). Esse “valor-de-uso” ao ser vislumbrado em grupos comunitários organizados é intangível por não envolver bens concretos (CREMONESE, 2008), mas a edificação de bens abstratos: saúde, bem estar, solidariedade, criatividade, entre outros característicos do civismo (BONOW; CEZAR-VAZ; SILVA; SANT'ANNA; CARDOSO, 2010).

Paralelamente, são esses bens abstratos coadjuvantes determinísticos da aquisição dos concretos. Observe que se em ausência do capital social econômico, o político garante a manutenção da espécie por meio de uma consciência moral expressa democraticamente (BAQUERO_(b), 2008). São muitas as políticas públicas que estão propostas para ativar o potencial econômico das comunidades, a exemplo tem-se o conjunto formalizado no Programa Bolsa Família (BRASIL, 2009). Contudo, são os elementos do capital social político das comunidades organizadas, associativismo e civismo, que delineiam o qualitativo potencial democrático de pessoas da comunidade envolvidas com associações, mesmo que informais (BAQUERO_(b), 2008).

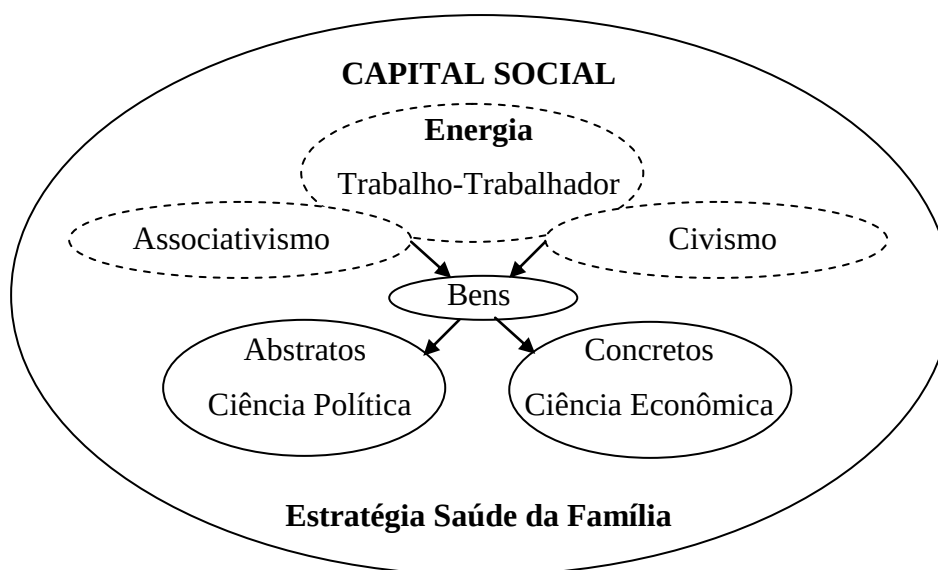
O setor saúde ao se inserir diretamente no ambiente comunitário por meio da estratégia Saúde da Família deve atuar como propulsor das potencialidades locais. Entre seus princípios verifica-se o controle social, que para ser operacionalizado requer cogestão participativa (BRASIL, 2007), ou seja, o estabelecimento de relações interpessoais entre profissionais e comunidade potencializam-na para tomada de decisões, sejam relativas a aspectos da saúde de pessoas ou de coletivos, ou mesmo relativas à organização institucional dos serviços locais (CARDOSO, 2010).

As relações interpessoais em ambientes de produção, grupos comunitários organizados ou estratégia Saúde da Família, possui uma normatividade impressa pelo modo de produção (HIGGINS, 2005). O capital equivale-se ao seu conhecimento, possibilitando eloquência persuasiva e postura ética na tomada de decisão (BAQUERO_(b), 2008). Para tanto, a difusão e disseminação de informações, direito e deveres dos cidadãos vinculados aos preceitos constitutivos do trabalho em atenção primária somente ocorre no encontro de profissionais e comunidade (CARDOSO, 2010).

A confiança é requisito para que a democracia sobreviva, pois por intermédio dela as comunidades ofertam crédito às ações propostas pelos gestores e, muitas vezes, disponibilizam-se em contribuir ativamente para propulsioná-las a nível local (PASE; SANTOS, 2008).

O capital social para a saúde decorre do que se denominou associativismo, o qual se configura na organização comunitária em prol de objetivos comuns, mesmo que os integrantes possuam modos distintos de se expressarem. Nesta conjectura, o civismo passa a ser o dinamizador das ações no meandro das diferentes interpretações das questões do coletivo organizado da comunidade na tomada de decisão. A saúde neste aspecto é pautada como objeto de intervenção do grupo organizado (**Figura 2**).

Figura 2 – O capital social para a saúde.



Fonte: CARDOSO, 2013.

3.2. Trabalho-trabalhador: a organização processual da existência

Propõe-se o pensar sobre a imbricância da relação trabalho-trabalhador para a produção ou promoção da saúde socioambiental, a partir da tradução do trabalho em ações produzidas por pessoas, que coabitam um ambiente sistêmico. Logo, as ações realizadas por qualquer uma delas se refletirão em diferentes intensidades no ambiente e sobre si e outras (FRONTIER, 2001).

Definir ou delimitar o conceito de trabalho requer a utilização de um ponto de referência, que para as autoras pauta-se na compreensão de sua processualidade. Esta permite que se vislumbre o produto do trabalho e possam-se conhecer as ações produzidas e os mecanismos utilizados ou vice-versa. Logo, compreender a condição do trabalhador requer (re)conhecer a sistematicidade das interações que se processam em seu interior e que o permite, externamente, produzir bens consumíveis por e para outros. Nesta perspectiva, pode-se inferir que existe uma comunalidade inerente ao termo trabalho-trabalhador que se pode expressar por ação, a qual se conota pelo sentido contrário a inércia dos elementos constituintes de uma materialidade (COSTA, 2010).

A perspectiva adotada neste estudo pauta-se na ação que é o movimento da relação trabalho-trabalhador e sua elaboração sobre a saúde do coletivo de trabalho e dos espaços de interação que caracterizam o atributo socioambiental. Pode-se referir que estas ações

intrínsecas circunscrevem-se ao ambiente de trabalho e interação do processo de produção de mercadorias, ou seja, dos próprios grupos organizados comunitários. As *extrínsecas* representam as reações refletidas sobre as estruturas que se relacionam com a força produtora, o trabalhador e, seu ambiente de trabalho. De modo que, este conjunto configura-se na *viabilidade* da própria ação, ou seja, do fazer do trabalhador em relação à saúde e aos ambientes (CEZAR-VAZ; SOARES; MARTINS; SENA; SANTOS; RUBIRA; et al, 2005).

Ações que requerem o comprometimento de energia, que está implicada na sistematicidade funcional da condição humana do trabalhador, bem como na relação de manutenção da vitalidade do organismo humano (CANGUILHEN, 2008). Assim, a *funcionalidade* apresentada refere-se ao atendimento das necessidades orgânicas que permitem a sobrevivência ou o viver em diferentes condições clínicas e sociais. Já a vitalidade representa o acesso a fatores abstratos – afeto, atenção, reconhecimento – e concretos – mercadorias, bens, serviços – que determinam o grau de energia produzida pela possibilidade funcional do organismo humano (GUATTARI, 2009).

A funcionalidade e a vitalidade do organismo do trabalhador são elementos condutores das ações no e do trabalho, bem como este determina aquelas. Neste meandro, a expressão da saúde manifesta-se pelas condições inerentes as interações e ao ambiente de trabalho (CARDOSO, 2010). Com base na articulação exposta tem-se a saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância em saúde oriunda dos cuidados epidemiológicos e sanitários que promovem e protegem a saúde dos trabalhadores ou ainda recupera e reabilita-os para o exercício do trabalho mesmo em situação de exposição a riscos (BRASIL, 1990). Ela ainda esta documentada politicamente e tem no trabalho o fator agravante ou ativador/provocado das doenças que pode ser descrita como relacionada ao trabalho para a primeira situação ou profissional para a seguinte (BRASIL, 2004).

Para elucidar a relação trabalho-trabalhador precisa-se destacar que o planejamento das ações permite ao trabalhador modificar o trabalho. Por consecutivo, o trabalhador também conduz a produção e o(s) produto(s) no ambiente de trabalho, pelo modo como desenvolve as ações. Expandindo-se esta percepção vislumbra-se que a dominação dos meios instrumentais pelo trabalhador permite que transforme o fazer e, concomitantemente, transforme-se (MARX, 1985).

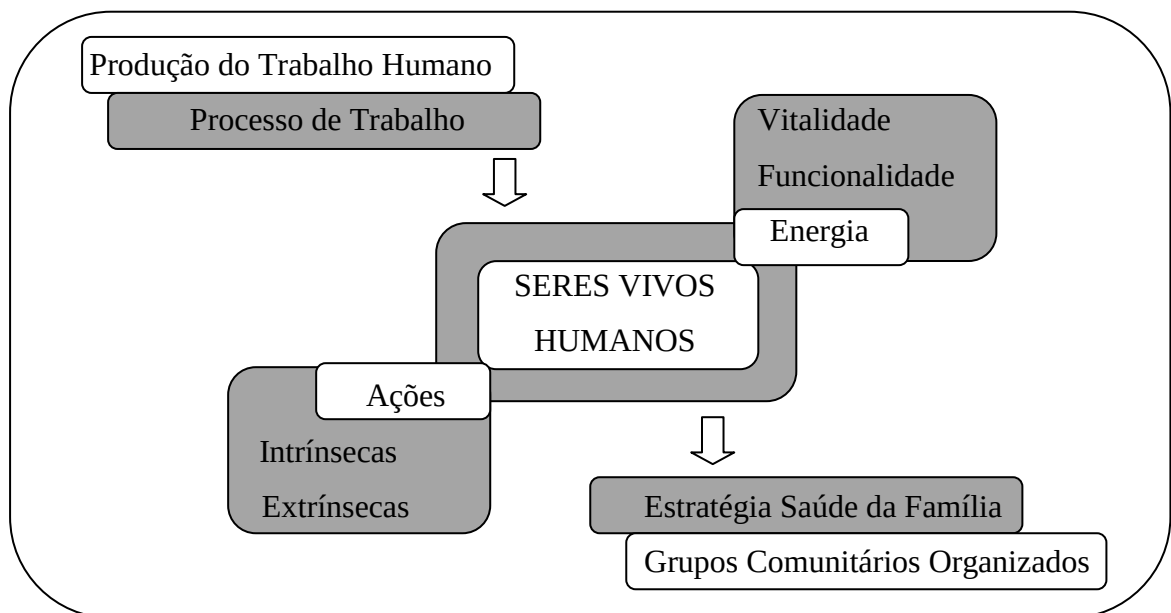
É a partir deste conjunto de relações apresentadas que se busca neste estudo expor a constituição de grupos locais organizados de comunidades adstritas a Estratégia Saúde da Família. E, assim, revelar as minúcias e particularidades do processo de trabalho comunitário e atenção em saúde desenvolvida na relação com profissionais da equipe de saúde da família.

Para tanto, a priori indica-se que o processo de trabalho caracteriza-se como um continuum entre a comunidade e os profissionais da estratégia Saúde da Família por ambos situaram-se em um mesmo contexto socioambiental e representarem o trabalho em si (CARDOSO, 2010).

Trabalho em si é a expressão teorizada em Marx (1985) para explicar que o trabalho materializa-se somente em presença de quem o produza e de quem o receba, especialmente para o em saúde. No presente estudo, se ora a comunidade é quem recebe as ações de trabalho ora é ela também quem as produz, se pode dizer ainda mais, que em ambos os processos de trabalho ela sempre interage com os profissionais para elaboração de um produto ou para o aprimoramento dos meios instrumentais (CARDOSO, 2010).

Há dois ambientes de trabalho em investigação, os grupos locais organizados de comunidades e o da estratégia Saúde da Família, no presente estudo. Para cada um ocorrem interações internas entre seus membros, ações intrínsecas marcadas pela singularidade da funcionalidade e vitalidade dos envolvidos no trabalho. As ações extrínsecas configuram-se pelas interações dos trabalhos em si e dos ambientes em investigação (**Figura 3**).

Figura 3 – O trabalho pela determinação da condição humana.



Fonte: CARDOSO, 2012.

Para tal trabalho, a constituição do ser humano imprime a si um consumo de energia para sua própria existência corporal. Logo, esta se mantém funcional pela captação humana de elementos abstratos e concretos do externo a ele. Estes elementos influenciam na vitalidade da

condição humana e permite a resposta do conjunto corporal as intervenções do ambiente externo e suas implicações internas.

Mais do que sua relação de constituição orgânica, há também interações intrínsecas e extrínsecas produzidas pelo ser humano relacionadas ao ambiente em que ele circunscreve-se. Para este há uma variedade de possibilidades, que neste estudo será limitado respectivamente, ao de trabalho dos grupos locais organizados da comunidade e o da estratégia Saúde da Família.

3.3. Compreendendo o Capital Social na e pela Ciência Política e Econômica

A dimensão proposta pelas autoras deste estudo para a exploração do conceito de capital social conduz-se para aproximá-lo das questões socioambientais de saúde. Logo, se transitará na perspectiva de compreender o capital social para a e na ciência política com sua determinação sobre o social e, consecutivamente, sobre a saúde das comunidades. Posteriormente, o exploraremos na perspectiva da ciência econômica em busca de evidenciar ou demarcar como os recursos financeiros das comunidades determinam e condicionam o grau de saúde dos indivíduos e das condições do ambiente.

O capital social apreendido pela compreensão da ciência política encontra-se na articulação de pessoas que convergem ou divergem sobre o padrão conceitual de definição de um assunto (HIGGINS, 2005). Se o capital representa nesta situação a materialidade abstrata do processo de crescimento e desenvolvimento individual do ser humano, sua qualificação de social politicamente define-se como *convergência acumulativa*. Nesta produção essa expressão está posta para contemplar conceitos já divulgados por estudiosos das ciências políticas a respeito de capital social.

Entre tais apresentações destaca-se o associativismo como a congruência de energia em prol de um trabalho com finalidades comuns a diversos seres humanos de uma localidade específica. Esta ação capaz de associar, reunir pessoas pode trazer a tona o civismo como um modo de viver e expressar-se fundamentado em uma condução regrada do contexto diário das atividades da vida (D'ARAUJO, 2003).

O associativismo e o civismo se aproximam por exprimir relações entre seres humanos, pessoas que produzem bens concretos e abstratos. E sua articulação para o trabalho como fonte de manutenção e dignidade humana amplia-se com os diferentes pensamentos a

respeito dos meios para viabilizar outras fontes de capital, até mesmo o financeiro (DALLABRIDA, 2006).

Das relações interpessoais decorrentes da articulação de seres humanos tem-se a engrenagem mantenedora do capital social individual que se torna socializado, coletivo. Tal socialização provoca a construção de laços de *confiança* entre membros deste coletivo, ampliando bens abstratos por meio da *solidariedade*. Esta em contrapartida reflete-se também sobre os bens concretos garantindo a reciprocidade nas e das interações interpessoais (SOUZA, 2006).

A *cumplicidade* é a resultante do capital social na perspectiva das ciências políticas. Ela pode contribuir positivamente ao fortalecer a conquista de proposições do coletivo (PASE; SANTOS, 2008). Pode ainda ser restringida a interesses de membros do coletivo que buscam alcançar anseios individuais, dismantelandos os laços de confiança (BORBA; SILVA, 2006). São as relações interpessoais e a capacidade de persuasão dos representantes, líderes comunitários que determinarão a concretização do capital social com cumplicidade para o coletivo. “Confiar e usufruir das vantagens de confiar produz mais confiança (D’ARAÚJO, 2003, pg.19)”.

A existência de capital social a partir da organização comunitária em grupos com propósitos de construir ambientes de interação entre iguais, não impõe a desestruturação das instituições sociais. Solidariedade e confiança constroem-se por meio de um diálogo que permita aos envolvidos perceberem-se próximos uns aos outros em relação à motivação que os leva a articularem-se (PASE; SANTOS, 2008).

Para a ciência econômica o capital social precisa estar materializado em ações ou objetos, bens concretos. Tem-se, assim, o domínio do capital financeiro nas relações interpessoais, as quais devem findar-se com ampliação ou minimamente manutenção dos recursos empregados para produção da ação ou do bem concreto (BAQUERO_(a), 2008).

O capital financeiro representa o que se pode medir, mas sobre tal conceituação tem-se a influência do ambiente sociocultural. Influência que revela o capital social como um somatório de bens concretos e abstratos, em que se articulam recursos tecnológicos avançados e mão-de-obra qualificada – capital cultural, com baixos custos e alta produtividade – capital tecnológico e, recursos humanos aptos a defender juridicamente os interesses organizacionais – capital jurídico, gestores que dominem o processo de produção em todas as suas etapas – capital organizacional, presença de logística – capital comercial e, garantia de reconhecimento/comercialização do produto – capital simbólico (HIGGINS, 2005).

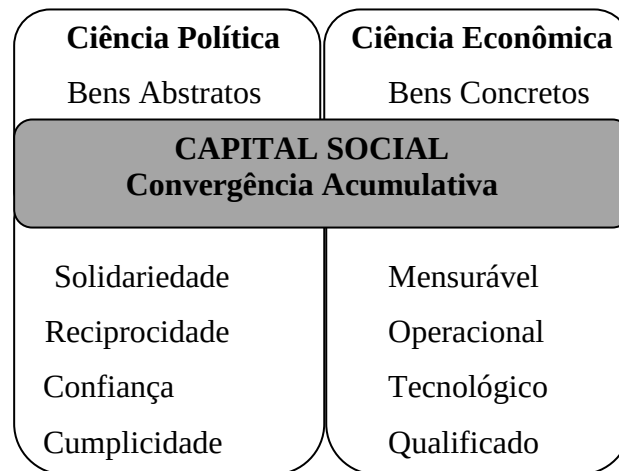
Nesta vertente o capital social caracteriza-se como a finalidade central das ações humanas de e para o trabalho com ‘*convergência acumulativa*’. Esta implica na existência concomitante de uma gestão político-econômica do capital social para manutenção do ápice produtivo.

Como já posto, o ser humano, pessoa configura-se no sujeito-força de trabalho que produz o capital social político e econômico. E o atendimento as suas necessidades humanas básicas que ativa o sistema econômico, mas é o político que precede sua perpetuação. Haja vista que, independente do quantitativo de capital financeiro a ausência de gregária compromete sua condição humana, pois o isolamento social produz o adoecimento e, algumas vezes, o fim da vida (MARTINO, 2009).

A determinação do capital social sobre a saúde é condição inevitável, definida como capital humano, pois “[...] os fatores econômicos não vão muito longe se as pessoas não são capazes de compartilhar seus recursos e destrezas num espírito de cooperação e compromisso com objetivos comuns” (HIGGINS, 2005, Pg. 23). Logo, a saúde socioambiental eclode na conversão do ambiente e das relações interpessoais. E no presente estudo, ela será explorada pela sinergia das ações de grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família.

Ao se elencar a relação saúde-ambiente como objeto de ação/intervenção para a manutenção da saúde comunitária se amplia as respostas as demandas sociais. Se por um lado tem-se a atenção primária ambiental com uma perspectiva de proteção dos seres vivos e não somente do humano. Por outro, vislumbra-se que este ser humano no conjunto dos seres vivos é sujeito ativo e transformador de si e do ambiente e, tal potencial decorre do que se define como capital social (**Figura 4**).

Figura 4 – O capital social nas e pelas ciências político-econômica.



Fonte: CARDOSO, 2012.

A compreensão das autoras da definição de capital social para a saúde trata dos bens abstratos como prioritários aos concretos. Entendendo ambos como adquiríveis no decorrer do ciclo vital do ser humano, portanto, acumulativos. De modo que, as relações interpessoais podem determinar o nível de saúde em uma comunidade para além do que cada indivíduo possa portar como bem concreto.

3.4. Estratégia Saúde da Família e Atenção Primária Ambiental

Este tópico está construído para apresentar a plenitude do foco de investigação do presente estudo, o qual deve contemplar o trabalho organizado da comunidade e o da estratégia Saúde da Família. Assim, neste amplia-se os conhecimentos sobre a referida estratégia.

Para explorarem-se as ações intrínsecas e, especialmente as extrínsecas, precisa-se vislumbrar a proposição ministerial, Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), que legitima o processo de trabalho na estratégia Saúde da Família. De forma a apreender os princípios constitutivos do modo de organização e produção deste trabalho, percebendo-o como parte do modelo brasileiro de atenção à saúde, o Sistema Único de Saúde.

A *estratégia Saúde da Família* representa uma nova forma de se promover a saúde que extrapola os aspectos individuais indo ao alcance da coletividade. Mantendo a vida pela intervenção clínica curativista, mas priorizando a preventiva para ser bem mais que um

reduzidor epidemiológico e, sim, inclusive da comunidade na produção de um objetivo comum, a saúde socioambiental (BRASIL, 2006).

As ações intrínsecas deste ambiente de trabalho destacam a proposição de humanização da assistência ao conter a formação de vínculo profissional-comunidade como um de seus princípios de ação-intervenção. Humanização que se traduz em “(...) oferecer atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL^(b), 2004, p.6)”.

Acolhimento que tem se caracterizado na abrangência do campo de diálogo estabelecido entre profissional-comunidade, para além das ações de orientação e explicação dos profissionais da saúde. Ele destaca o processo de investigação em saúde, no qual o enfermeiro atua congregando as ações referidas com a escuta atenta e a busca conjunta de soluções. Para a equipe de enfermagem o acolhimento tem como finalidade o desenvolvimento de um trabalho em saúde processual e organizado que permita a formação do vínculo pelo (re)conhecimento dos atributos da equipe de enfermagem. Atributos que abarcam o apoio, a segurança e a confiança como elementos adquiridos na forma de credibilidade no decorrer do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família com as comunidades (CARDOSO; CEZAR-VAZ; COSTA; SOARES; SILVA, 2011).

Compreende-se assim, que a humanização da assistência na vertente do acolhimento eclode nas relações interpessoais desencadeados na produção do trabalho quer em ações individuais como as consultas ou nas coletivas como as visitas domiciliares e as atividades para grupos prioritários (BRASIL, 2007).

A estratégia Saúde da Família tem entre suas metas de produção a cobertura do atendimento a população adstrita em seu território de atuação. Diferencialmente dos demais serviços da atenção básica, seus profissionais extrapolam os limites estruturais da unidade de saúde da família na e para a prestação integral da assistência em saúde.

O acesso ao ambiente de convívio coletivo da comunidade e mesmo aos domicílios, ambiente individual, promovem o acolhimento para além das ações intrínsecas, gerando ações extrínsecas. Estas são aquelas em que o domínio do ambiente é de maior proximidade/familiaridade da comunidade, fortalecendo-a para o enfrentamento das barreiras para o diálogo (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Pode-se dizer que as ações extrínsecas garantem bem mais que a realização humanizada da assistência em saúde por assegurar o acesso ao atendimento profissional ou mesmo à possibilidade de verbalização de particularidades e peculiaridades da comunidade.

Elas permitem a expansão da investigação profissional para além da conjunção do ambiente biológico da pessoa e do natural da comunidade, inserindo-se no ambiente familiar e doméstico, o qual revela singularidades para o alcance da resolutividade das ações e intervenções planejadas (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; ERDMANN, 2010).

A estratégia Saúde da Família como proposta de trabalho em saúde propõe mais do que ações sanitárias de intervenção socioambiental. Ela busca em sua totalidade propiciar as comunidades, cidadãos, o direito de intervir sobre os fatores que determinam sua saúde ou a garantem (CEZAR-VAZ, 2004). Intervenção possível às comunidades pelo conhecimento da condição clínica individual de saúde e pelo diagnóstico comunitário a respeito da exposição aos principais fatores de risco locais (BRASIL, 2004).

Este é o potencial comunitário que o enfermeiro deseja explorar no trabalho da estratégia Saúde da Família para intervir nas iniquidades sociais que problematizam as interações e interferem na saúde. As iniquidades sociais marcam as diferenças no acesso das comunidades aos bens abstratos e concretos necessários à manutenção de sua condição humana. Bens que são sinônimos mundiais de saúde e, sua restrição para o ser humano provoca alterações orgânicas e nas interações caracterizando o processo de adoecimento (STARFEILD, 2007).

Adoecimento oriundo de relações sociais fundamentadas na emergência em consumir bens concretos. Consumo fugaz marcado pela fragilidade na durabilidade destes bens, elaborados, contemporaneamente, com a intenção de disseminar-se entre as mais variadas comunidades (ANTUNES, 2009). Condição esta que se reflete sobre as relações interpessoais em que as necessidades individuais são sobrepostas pelo aparente ter.

É desta ausência aparente do ter que se produzem comportamentos humanos promotores das iniquidades sociais. Logo, estas decorrem das limitações nas perspectivas individuais de interação intrínseca, grupo de interação, e extrínseca, grupo de correlação ao de interação, quer seja em ambientes formais como o de trabalho, de eventos sociais ou mesmo dos serviços públicos de saúde, de educação, de assistência social, entre outros; quer seja em ambientes informais como o familiar, o comunitário, entre outros.

Independentemente do ambiente em que se situe, o ser humano está normalizado por um padrão comportamental aceito como normal. Fato peculiar a localização geotemporal e sociocultural que determinam, na especificidade deste estudo, a condição de saúde das pessoas de uma comunidade.

Quer-se assim evidenciar que a existência de vulnerabilidades comunitárias implica em iniquidades sociais oriundas dos fatores expressos mundialmente como determinantes

sociais em saúde. E estes se conformam nos indicadores de qualidade de vida das comunidades e dos países no contexto internacional (MARMOT, 2005).

A determinação social da saúde compõe-se por um conjunto de condições referentes à vinculação das pessoas a uma comunidade em particular. Condições caracterizadas pelos bens concretos, ou seja, da materialização da moradia, do trabalho, da educação, da alimentação, do saneamento básico e dos serviços de saúde e assistência social (BUSS; FILHO, 2007).

Para além da materialização há também os bens abstratos que permitem a interação das pessoas de uma comunidade com os profissionais de saúde, especialmente, os da estratégia Saúde da Família. Eles não se encontram em um estado sólido à percepção dos órgãos do sentido humano, mas se consolidam no e do contato de uma pessoa com outra (CARDOSO, 2010). São esses bens que determinam as redes sociais e de apoio das pessoas da comunidade e representam o ponto de articulação dessas com os profissionais da saúde (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; BONOW, 2011).

A limitação no acesso aos bens concretos e abstratos, somada as características funcionais do organismo humano e a capacidade de exploração desta escassez, dimensiona a vitalidade para as ações humanas. Por consecutivo, determina a gênese do processo de adoecimento individual (WHO, 2008), ou seja, está marcado intimamente pela genética, pelas características sexuais e pelo processo de envelhecimento do ser humano condicionado ao acesso a bens (CDSS, 2008).

Se não há vitalidade para as ações humanas, as pessoas da comunidade tornam-se mais expostas as iniquidades sociais. Situação que pode desmotivá-la a buscar sua inclusão social, contribuindo em paralelo para o agravamento da violência e do consumo de substâncias entorpecentes legais e ilegais (WHO, 2010).

Nesta inerente complexidade própria da condição humana e de suas interações que se fundamenta o trabalho da enfermagem em atenção primária à saúde. Trabalho que exige organização estrutural e dinâmica para que se possa atender de modo satisfatório as necessidades humanas básicas das pessoas da comunidade, sem o ônus de torná-lo complicado para os profissionais (**Figura 5**).

Figura 5 – Atenção à Saúde: conversando a vida.



Fonte: CARDOSO, 2012.

As ações de trabalho, da estratégia e dos grupos comunitários organizados, articulam-se por convergirem para a conservação da vida. Esta se expressa na e pela energia empregada para o atendimento das necessidades humanas.

Em consecutivo, a modalidade intrínseca e extrínseca das ações de trabalho tem por proposição tornar evidente o já planejado para o trabalho em saúde no atendimento às comunidades. Além disto, expressa como a coletividade do trabalho presente nos grupos locais organizados da comunidade pode influenciar a saúde socioambiental pela implicação no próprio modo de trabalho e como se refletem no trabalho em saúde da referida estratégia

3.5. Atenção Primária Ambiental e Cuidados Primários em Saúde

A compreensão da saúde na perspectiva socioambiental inclui a contemplação da atenção primária em saúde que se traduz no trabalho profissional de intervenção preventcionista em associação ao curativista. A agregação do termo ‘ambiental’ representa a perspectiva de desenvolvimento sustentável das comunidades com fins a alcançar o bem estar pela satisfação das necessidades corpóreas, pelo próprio fortalecimento interacional entre as pessoas e o ambiente natural. Desta forma, prevê o manejo e a utilização dos recursos comunitários para fazer a diferença na saúde das pessoas (OPAS, 1999).

Diante dos elementos que se articulam para expressar a saúde para indivíduos em condição humana, se elencam os cuidados primários em saúde como parte do processo de trabalho da enfermagem. Eles referem-se à disponibilidade do enfermeiro em comunicar-se com o cliente para oferecer as informações solicitadas acrescidas da possibilidade de acesso a outras ações de trabalho em saúde (OMS, 2008).

A *compreensividade* como a capacidade em ouvir e atender as necessidades humanas, comunicadas verbal e não verbalmente, caracteriza o cuidado primário em saúde e garante a ele uma continuidade. Esta mediada pela confiança que se estabelece pela relação interpessoal construída e é a garantia da equidade da atenção em saúde (WHO, 2010). Logo, “[...] os cuidados primários são mais do que uma redução no tempo de espera, a adequação das horas de funcionamento ou uma maior delicadeza por parte dos funcionários no atendimento (OMS, 2008, pg. 45)”. Eles configuram-se no estabelecimento da possibilidade de investigação clínica profissional sistematizada, legal e constitucionalmente apregoada.

O ser humano em sua constituição interna e externa, funcional e vital, tem na comunicação em saúde a possibilidade de consolidar uma rede de apoio e suporte as suas necessidades humanas básicas e dos membros de sua família. Consolidação permeada pela longevidade do contato entre enfermeiro e comunidade, capaz de minimizar situações momentâneas de dissincronias decorrentes de desgastes emocionais dos profissionais para o atendimento compreensivo da comunidade (SANT’ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; BONOW; SILVA, 2011).

Longevidade interacional que está sublimada no conteúdo das políticas públicas brasileiras mediante os princípios que as descrevem. Princípios estes que têm em sua operacionalização a ausência de informações e espaços para o ensino-aprendizagem e desenvolvimento das habilidades comunicacionais (CARDOSO; CEZAR-VAZ; BONOW; SANT’ANNA, 2011). Habilidades essenciais para o trabalho do enfermeiro em atenção primária a saúde, pois se por um lado ele deve produzir uma investigação clínica (CARPENITO-MOYET, 2007), por outro, precisa compreender, interpretar e responder às necessidades humanas da comunidade (MARTINO, 2009). Para ambas as ações, o diálogo como elemento da comunicação verbal deve ser confirmado pela comunicação não verbal e vice-versa.

A longevidade da interação enfermeiro-comunidade tem no diálogo desencadeado, o estabelecimento da confiança do conteúdo a ser comunicado. Conteúdo que traduz a singularidade do contexto socioambiental do comunicador e, muitas vezes, envolve ansiedade, medos ou frustrações vividas (CARDOSO, 2010).

Ao confiar em pessoas, interagimos naturalmente com elas [...] Quando há uma relação de confiança entre pessoas, estabelece-se certa cumplicidade entre elas. Essa relação inicia um processo em que os seres humanos selecionam seus confidentes, pois sempre encontramos pessoas que nos parecem ser mais confiáveis do que outras (FRÖHLICH, 2003, pg.:53).

Confiança e cumplicidade, características de um diálogo compreensivo que ao inscrever-se no trabalho em saúde, na particularidade da estratégia Saúde da Família, tem a finalidade de promover os cuidados primários pela orientação no acolhimento às pessoas (CARDOSO; CEZAR-VAZ; COSTA; SOARES, 2011). Acolhimento que extrapola o sentido de formação de vínculo, princípio constitutivo da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007), concretizando-se pelo atendimento as reais necessidades humanas básicas.

A utilização da “[...] comunicação como ferramenta para mudança de comportamentos, motivando a prática de ações saudáveis parece ser um discurso coletivo bem definido entre os teóricos que estudam o conceito de comunicação para a saúde (PESSONI, 2006, pg. 10)”. Pois, o atendimento realizado por ações convencionais como a prescrição terapêutica, recomendações dietéticas ou mudanças comportamentais restringem-se ao cumprimento de um trabalho em saúde em uma perspectiva a ser superada (CEZAR-VAZ; WEIS; COSTA et al, 2007).

Perspectiva em que a negociação entre profissional-comunidade representa elemento central para viabilizar a integralidade da atenção em saúde, fundamento para a realização dos cuidados primários em saúde orientados à pessoa (OMS, 2008). A integralidade destes cuidados está em obter e fornecer informações à comunidade que possibilite o trânsito entre os diversos setores de atendimento as necessidades humanas. Trânsito que deve manter o respeito à singularidade individual, que tende “(...) a esvaziar a hostilidade potencial do outro, a suscitar a sua benevolência pela demonstração do nosso apreço. Manifestam o nosso respeito e o nosso interesse por uma pessoa. Tecem uma malha de cordialidade (MORIN, 2007, pg.105)”.

A manutenção do atendimento as necessidades humanas básicas de uma comunidade torna-se de responsabilidade do profissional, enfermeiro, que com ela primeiramente estabeleceu a interação. Logo, cabe a ele perpetuar um itinerário de descolamento de um membro, cliente, mantendo a satisfação das e nas relações, para garantir a continuidade dos cuidados primários (BRASIL, 2007).

A *continuidade* dos cuidados viabiliza-se no registro das ações efetuadas para e no atendimento as necessidades humanas. Registros que devem imprimir a processualidade das ações em saúde, de modo a não somente deter-se no quantitativo da produção para formulação dos indicadores de saúde (ALMEIDA; CEZAR-VAZ; FIGUEIREDO; CARDOSO; SANT'ANNA; BONOW, 2009).

Para que a comunidade reconheça as ações desenvolvidas no ambiente em que está inserida como resolutivas faz-se urgente a 'politização' do enfermeiro. Politização que se configura em mais do que oferecer informações a respeito dos serviços de saúde, mas em articular outros setores públicos para o suprimento das demandas sanitárias da comunidade (OPAS, 2007).

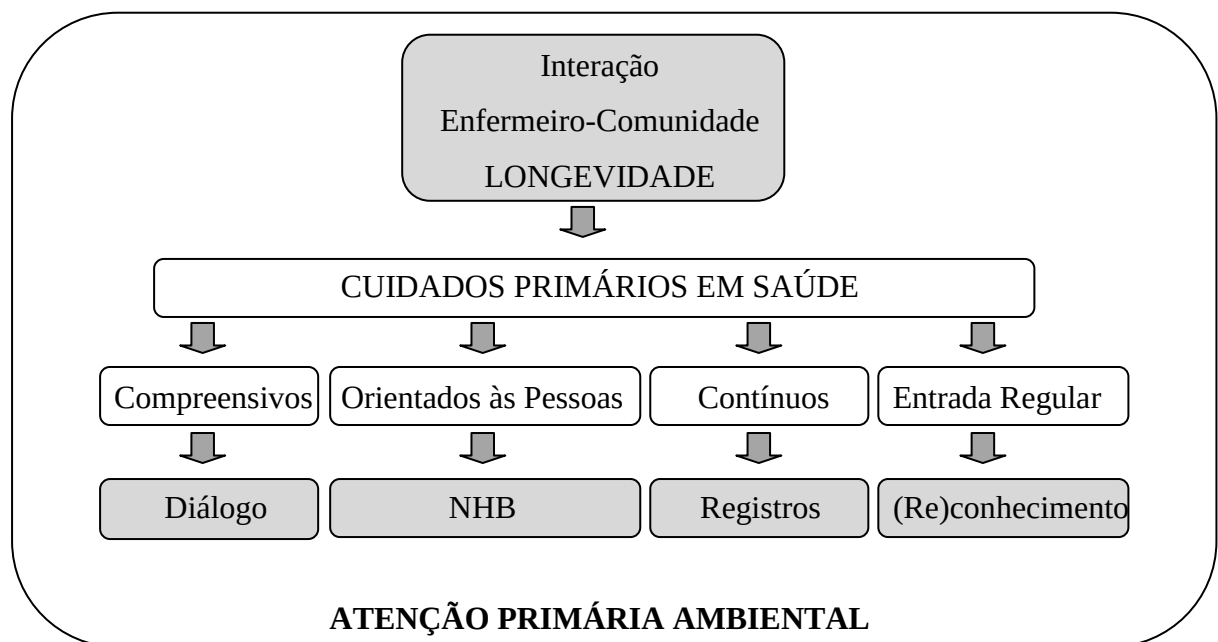
A continuidade dos cuidados primários por meio dos registros produzidos pelo trabalho do enfermeiro permitiria regular o acesso comunitário desnecessário a setores de diferentes complexidades. Para tanto, o trabalho produzido em nível primário requer que o profissional compreenda as reais necessidades da comunidade para a resolução da problemática, não as tratando somente de maneira momentânea. Em contrapartida, a confiança e a cumplicidade decorrentes de um cuidado compreensivo consolidam-se pela segurança no desempenho dos profissionais da saúde no atendimento as necessidades humanas básicas em nível local e articularizado (OMS, 2008).

Algumas políticas públicas brasileiras têm na elaboração de seu conteúdo a proposição da atuação do enfermeiro em nível de atenção primária para o planejamento e desenvolvimento de ações complementares (BRASIL, 2007). Estas expressam a realização de um processo de inclusão social da comunidade em ambientes como o de trabalho, de ensino, de saúde, das comunidades, entre outros, que em paralelo permitem a participação no mercado de consumo ou da sociedade (ZIMMERMANN, 2006).

A referida inclusão social destaca-se pela capacitação da comunidade para a aquisição de uma fonte de renda advinda da utilização de sua funcionalidade e vitalidade na e para a produção de bens concretos. Representa a construção de novos trabalhadores, que colaborarão para a estruturação da própria comunidade em sua condição de aprendiz (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; BONOW; SILVA, 2011). A contribuição do setor saúde, no tangente as ações da estratégia Saúde da Família, supera o cuidado direto das questões clínico-orgânicas do corpo, perpassa ainda a inserção da comunidade no mercado de trabalho, para inserir-se no âmbito da determinação socioambiental da saúde (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; ERDMANN, 2010).

Deste modo, a Atenção e os Cuidados primários revelam a articulação interacional das pessoas, na perspectiva deste estudo representadas pelos grupos comunitários organizados e, dos profissionais da saúde, equipe de saúde da Família. Articulação que se pauta na existência de trabalhos caracterizados como solidários, compreensivos, contínuos, confiáveis e seguros (**Figura 6**).

Figura 6 – Entendimento da relação cuidado-saúde-ambiente.



Fonte: CARDOSO, 2012.

A produção dos cuidados primários em saúde decorre das habilidades comunicacionais salientadas no processo de enfermagem. São tais habilidades aplicadas pelo enfermeiro durante a investigação clínica que conduzirão a permanência da confiança da comunidade em seu trabalho e de sua equipe. Permanência que se transmuta em longevidade das interações e maior possibilidade de atendimento as reais necessidades humanas básicas, funcionalidade e vitalidade.

3.6. Atenção Primária Ambiental e Capital Social

A determinação socioambiental da saúde está no entrelaçamento da atenção primária em saúde e da ambiental, uma vez que, somente a intervenção clínico-orgânica não se tornou suficiente para sanar as complicações do processo de adoecimento humano (OPAS, 1999).

Mesmo que a gestão dos serviços públicos tenha politicamente se deslocado para o nível municipal e estratégias elaboradas de cogestão comunitária, vinculadas ao trabalho em atenção primária à saúde, na contemporaneidade, ainda não se superou a prática assistencial operacionalizada para a cura clínica das complicações e agravos humanos (FIGUEIREDO; CEZAR-VAZ; SOARES; SENA; CARDOSO, 2010).

A transformação das ações de saúde no trabalho em atenção primária ocorre de modos distintos no contexto brasileiro (OMS, 2008). Pode-se inferir que a regionalidade e mesmo a localidade das comunidades e seus determinantes e condicionantes tornam-se marcadores do estágio desta situação (OPAS, 2007). Entre os fatos investigados para a superação da prática assistencial curativista, biocentrada, o “entorno” na representação do ambiente de circulação, convívio e habitação das famílias configura-se na possibilidade de avançar nas práticas preventivas e promocionais da saúde (SANT’ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; ERDMANN, 2010).

O trabalho realizado pelos profissionais da atenção primária em saúde explora a disseminação e a difusão das informações pertinentes a reflexão comunitária a respeito da articulação necessária entre a comunidade e os serviços de públicos (CARDOSO, 2010; PESSONI, 2006). Na saúde, as estruturas de prestação de cuidados com maior acesso ao diálogo das comunidades caracterizam-se pelas Unidades de Saúde da Família, que têm mais do que o recebimento das queixas da comunidade, mas realizam concomitantemente a busca daqueles membros que por momentos ausentam-se das atividades da equipe ou que se encontram impossibilitados de deslocarem-se (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

A participação da comunidade nas atividades das estruturais locais abarca as questões de saúde e destas emergem preocupações e ações de intervenção sobre o ambiente de circulação, convívio e habitação. É nesta vertente em que a atenção primária ambiental abrange a proposta de formar uma “[...] associação organizada e voluntária de cidadãos, baseada nas práticas de ajuda mútua e relações solidárias (OPAS, 1999, pg. 28)”.

Tal organização comunitária requer superar aspectos de constituição meramente formal para que realmente ocorra sua participação na tomada de decisão da gestão dos recursos municipais destinados a saúde e ao ambiente. Superação pretendida desde a organização do trabalho dos diversos setores e serviços vinculados a Vigilância em Saúde. Nestes, o trabalho do enfermeiro salienta-o como sujeito de potencial transformador das práticas assistências pela articulação de ações curativistas/biocentradas com as prevencionistas e promocionais (MARTINS; CEZAR-VAZ; SOARES; SASSI, 2008).

Enfermeiros atuantes na atenção básica indicam que a relação da saúde com o ambiente se expressa no próprio produto do trabalho, pois ela está imbricada no desenvolvimento das relações interpessoais,

[...] de forma a provocar, direta ou indiretamente, estados adequados ou inadequados à vida no e do próprio ecossistema, como sistema de interação entre seres vivos e não-vivos constituintes de comunidades, interagindo com a finalidade de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção do ambiente a partir da sustentabilidade de componentes vitais (CEZAR-VAZ; MUCCILLO-BAISCH; SOARES; WEIS; COSTA; SOARES, 2007, pg. 421).

Logo, a participação comunitária almejada deve constituir-se de forma organizada com fins de produzir ações que viabilizem o desenvolvimento socioeconômico. Para tanto, a sensibilização, educação, pesquisa, difusão e participação cidadã caracterizam-se em meios para a prevenção e proteção ambiental, ao evitar ou minimizar danos ambientais (OPAS, 1999).

Soma-se a prevenção e proteção ambiental a necessidade de estratégias para que os profissionais da saúde, enfermeiros, vislumbrem em nível local não somente a participação dos gestores públicos, mas a da comunidade. Caso contrário, o desenvolvimento das ações de trabalho em saúde permanecerá vertical, reforçando a exclusão comunitária, perpetuando a indiferenciação por parte dos profissionais das propostas de Vigilância em Saúde (MARTINS; CEZAR-VAZ; SOARES; SASSI, 2008). A [...] tendência é resolver os problemas ambientais a partir de uma perspectiva macro, sem desenvolver suficientemente as soluções em nível local, especialmente pela debilidade institucional e a falta de gestão ambiental do nível municipal (OPAS, 1999, pg. 24).

O desenvolvimento de soluções com a participação da comunidade sustenta-se na e pela representação dos líderes locais, os quais possuem afinidades no processo de pensar as questões dos determinantes sociais de saúde (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; BONOW; SILVA, 2011). Estes membros da comunidade apresentam aos profissionais da saúde um olhar, mais próximo, sobre as questões locais que permite o atendimento das reais necessidades humanas, socioambientais. “Um serviço de saúde que esteja realmente empenhado em promover a qualidade de vida, não pode deixar de lado o valor do pleno exercício da democracia e a luta por justiça social (AMARO; ANDRADE; GARANHANI, 2008, pg. 179).”

Exercício e luta que requerem um somatório de energias que eleva a vitalidade dos envolvidos e, paralelamente, minimiza o desgaste funcional dos profissionais da saúde e da

comunidade. Desta conjunção enérgica emerge, de modo a priorizar a equidade das relações, a solidariedade na significação de articulação entre classes de trabalhadores da sociedade: comunidade, profissionais da saúde, gestores, entre outros. Pois “[...] o ser humano teria potencialidades que poderiam ou não se realizar a depender da interação entre o próprio sujeito e seu contexto histórico e social (CAMPOS, 2010, Pg. 2339).”

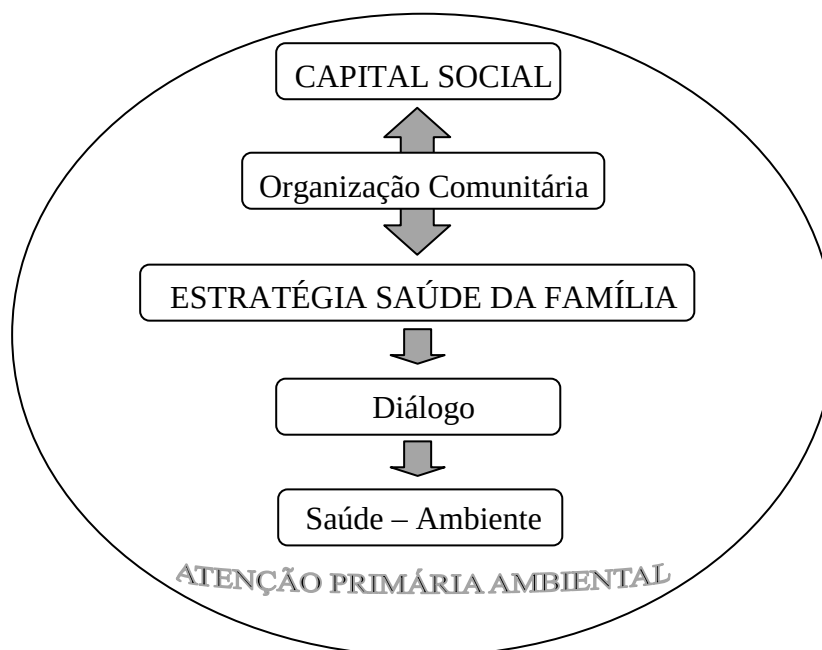
Tal equidade resultante da solidariedade fortalece a redução das desigualdades pela observância criativa das relações interpessoais. Destas decorrem, em situações de impresvivibilidade, ações autônomas, liberdade de produção, e de proteção à saúde e ao ambiente de circulação, convívio e habitação das famílias no âmbito da gestão do trabalho em saúde (CAMPOS, 2010). Gestão descentralizada e mantenedora da padronização das ações em saúde, em que o nível municipal ainda conduz “democraticamente” a tomada de decisões massiva a respeito dos investimentos públicos (FIGUEIREDO; CEZAR-VAZ; SOARES; SENA; CARDOSO, 2010).

Nesta direção o conceito de integralidade esgota-se no cerceamento a diversidade socioambiental dos aspectos que determinam a saúde das e nas comunidades. A integralidade representa bem mais do que o acesso a diferentes graus de complexidade dos setores de saúde, educação, assistência social, entre outros. Ela está na compreensão da comunidade de suas possibilidades e em sua liberdade de escolher o caminho, o desfecho, enfim o que lhe parecer mais correto para o enfrentamento de um episódio (STROUP, 2004).

É neste sentido que o respeito à diversidade soma-se ao princípio de integralidade da assistência. Pois, “[...] os seres humanos são ativos, reflexivos e modificam as condições que os condicionaram, reagem ao domínio do estruturado, produzindo espaços singulares de existência (CAMPOS, 2010, PG. 2339-40)”. Eles são produto e produtores de sua saúde e seu contexto socioambiental (ROSSI; SILVA, 2005).

Os cuidados primários em saúde centralizados nas pessoas, comunidade, asseguram a funcionalidade e a vitalidade clínico-orgânica. No entanto, a manutenção da energia está implicada nas ações intrínsecas e extrínsecas, ou seja, nas relações/interação interpessoais emergidas nos e dos ambientes de circulação, convívio e habitação das pessoas, ou seja, do contexto socioambiental que determina a saúde humana (**Figura 7**).

Figura 7 – Elementos de definição práxis do Capital Social e da Atenção Primária Ambiental.



Fonte: CARDOSO, 2013.

A atenção primária esgota-se em sua perspectiva de promover a saúde em modelos tradicionais por deter-se na medicalização como solução das problemáticas em saúde de uma comunidade. Sua fusão com o ambiente expande o potencial real das comunidades de solucionarem diferentes questões que determinam seu grau de saúde.

As ilustrações apresentadas pelas autoras representam a preocupação em tornar mais prazerosa à leitura da explanação dos elementos que constituem o referencial teórico deste estudo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A construção aqui esboçada foi realizada para subsidiar conhecimentos relacionados ao universo de divulgação científica de autores interessados pelos fundamentos constitutivos deste estudo: Atenção Primária à Saúde; Atenção Primária Ambiental e Capital Social.

Para desvelar tal universo realizou-se a busca de termos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e apresentou-se a definição dos selecionados para cada item da revisão, os quais estão dispostos a diante. As fontes pesquisadas foram: SCIELO, CAPES e

LILACS, com fins de garantir a circulação internacional da produção nacional. O quantitativo encontrado está disponibilizado na ilustração a seguir (**Quadro 1**) e atende aos critérios de elegibilidade: apresentar os descritores como assunto, caracterizar-se como artigo, estar publicado nos últimos dez anos – 2002 a 2012, ser de acesso free e ter o texto completo. Diante do excessivo número de publicações aplicou-se a busca booleana para refinar as informações, priorizando os descritores: **Atenção primária à saúde, Enfermagem, Relações interpessoais, Confiança e, Participação comunitária.**

A escolha destes descritores para subsidiar a revisão bibliográfica pautou-se em suas próprias definições e por entendermos que os conceitos utilizados nesta produção, capital social e atenção primária ambiental, são melhores elucidados nestas definições. A atenção primária ambiental representa a lapidação da proposição de atenção primária em saúde, na qual a enfermagem representa o centro da organização do trabalho. E as relações interpessoais, a confiança e a participação comunitária são os aspectos presentes nas dimensões conceituais dos dois conceitos fundamentais desta proposta, que permitem a exploração e análise da articulação dos grupos comunitários organizados e a equipe de saúde da família.

Destaca-se como limite desta investigação de cunho científico a ausência de indexação de alguns termos tais como: solidariedade, cumplicidade, entre outros, que especificariam ainda mais a exploração dos fundamentos conceituais desta tese.

Quadro 1 – Quantitativo de descritores por fonte investigada, 2012.

Descritor	SCIELO	CAPES	LILACS	Total *
<i>Atenção primária à saúde e Atenção primária ambiental</i>	00	02	08	08
<i>Atenção primária à saúde e Grupos diagnósticos relacionados</i>	00	00	01	01
<i>Atenção primária à saúde e saúde de grupos específicos</i>	00	00	01	00
<i>Atenção primária à saúde e Enfermagem</i>	55	29	111	126
<i>Atenção primária à saúde e Cuidados de Enfermagem</i>	04	04	111	85
<i>Enfermagem e Relações interpessoais</i>	31	27	75	83
<i>Relações interpessoais e cooperação</i>	00	00	00	00

<i>horizontal</i>				
<i>Relações interpessoais e confiança</i>	00	00	05	04
<i>Relações interpessoais e relações comunidade-instituição</i>	00	00	00	00
<i>Relações interpessoais e Participação comunitária</i>	01	01	04	04
<i>Relações interpessoais e desenvolvimento da comunidade</i>	01	00	04	01
<i>Participação comunitária e enfermagem</i>	07	05	13	16
<i>Participação comunitária e desenvolvimento da comunidade</i>	01	01	40	32
TOTAL	100	69	373	360

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, 31 de Julho de 2012.

Legenda: **Total*** Sobreposição de bases de dados.

O total explorado compôs-se de 360 artigos obtidos após sobreposição de bases para anular a duplicação encontrada nas bases de dados investigadas. Deste conjunto selecionaram-se, a partir da leitura do título, do resumo e da conclusão os manuscritos pertinentes a exploração do objeto de estudo que se está construindo. Estes foram sintetizados nos item a seguir.

4.1. Atenção Primária à Saúde e Atenção Primária Ambiental

Atenção primária à saúde/primary health care/atención primaria de salud, é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação (DeCS, 2012).

Atenção primária ambiental/primary environmental health/atención primaria ambiental, indexada sem definição e relacionado aos descritores: atenção primária à saúde, cidade saudável, desenvolvimento da comunidade, desenvolvimento sustentável, impactos na

saúde, participação comunitária, política ambiental, proteção ambiental, riscos ambientais, saúde da criança e saúde materno-infantil (DeCS, 2012).

Grupos diagnósticos relacionados/diagnosis-related groups/grupos diagnósticos relacionados, refere-se ao agrupamento de pacientes apresentando características clínicas semelhantes e com padrões de utilização de serviços similares (DeCS, 2012).

Saúde de grupos específicos/health of specific groups/salud de grupos específicos, saúde de grupos populacionais enfocando eixos temáticos específicos ou ciclos de vida (DeCS, 2012).

Enfermagem/nursing/enfermería, campo da enfermagem voltado para a promoção, manutenção e restauração da saúde (DeCS, 2012).

A sustentação da busca a ser descrita neste item pauta-se no trabalho em saúde desenvolvido na estratégia Saúde da Família, por entender que ela representa o que há de mais promissor para se alcançar uma nova organização no e do sistema de saúde brasileiro. Salienta-se que ela ainda intersecciona-se proximalmente ao objeto de investigação, grupos comunitário organizados.

Neste meandro, o enfermeiro figurará como o profissional que as ações terão maior interesse exploratório para este estudo. No entanto, não se relegará a complementaridade ou mesmo a mutualidade das ações de trabalho dos demais profissionais da estratégia Saúde da Família para a concretização do trabalho da enfermagem. Uma vez que, a vitalidade do trabalho encontra-se na existência da força de trabalho e suas relações intrínsecas e extrínsecas (CEZAR-VAZ; SOARES; MARTINS; SENA; SANTOS; RUBIRA; et. al., 2005).

Diferentes experiências promovidas no âmbito da estratégia Saúde da Família, envolvendo profissionais e comunidade, indicam modificações e apontam potencialidades comunitárias para o enfrentamento diferenciado das problemáticas locais (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009, OLIVEIRA; MUNARI; BACHION; SANTOS; SANTOS, 2009).

A atuação dos profissionais da estratégia Saúde da Família constitui-se em rede social secundária formal, o que explicita relações recíprocas e/ou pautadas no direito à saúde, informação, entre outros. Salientando que a qualidade da assistência de enfermagem envolve a identificação da rede social primária, ou seja, quem é a referência da pessoa para o enfrentamento de problemáticas que envolvam aspectos da saúde (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

As intervenções em coletivos têm destacado os resultados das ações de enfermagem no nível da atenção primária (OLIVEIRA; MUNARI; BACHION; SANTOS; SANTOS, 2009, ARANTES; MESQUITA; MACHADO; OGATA, 2009). Destaque derivado do

fortalecimento da rede social primária em termos de amplitude, densidade, intensidade, proximidade/distanciamento, frequência, duração e proximidade física (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

São durante estas intervenções coletivas que ocorrem à difusão de informações para o autocuidado e a disseminação de perspectivas socioculturais do modo de se produzir e aceitar os cuidados para e com a saúde socioambiental (CARDOSO, 2010). Soma-se isto a garantia da universalidade do acesso a informações, medicamentos e atendimentos, a meios de aprender a interagir e a expressar-se e, de se identificar como pessoa com conhecimento potencial para compartilhar e auxiliar o outro (MUNARI; BACHION; SANTOS; SANTOS, 2009).

Muito se investiga a partir dos aspectos clínicos registrados nos prontuários de pacientes aplicando-se técnicas estatísticas para agrupamento contingenciais com fins de estimar o risco comunitário para o adoecimento e mesmo a eficiência dos serviços de atenção primária (SICRAS-MAINAR; PANÉ-MENA; MARTÍNEZ-RUIZ; FERNÁNDEZ-ROURE; PRATS-SÁNCHEZ; SANTAFÉ et al., 2010).

Em contrapartida pouco se tem efetivado em ações de mobilização social comunitária. Muito embora existam preceitos políticos para atuação profissional promotora da cogestão participativa, investigações recentes revelam a fragilidade das relações profissionais-comunidade (FANQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010, LIMA; TOCANTINS, 2009, WEIRICH; MUNARI; MISHIMA; BEZERRA, 2009).

Fragilidades evidenciadas pelo desconhecimento do preceito de longitudinalidade do cuidado por parte dos enfermeiros que atuam na estratégia Saúde da Família. Este fundamenta os cuidados primários em saúde, traduzindo-se em durabilidade das relações e interações interpessoais e atenção integral a comunidade nos diferentes ciclos da vida (BARATIERI; MARCON, 2011).

Se a epidemiologia clínica configura-se em análise majoritária das políticas públicas, como ajustar seus resultados diante de dados obtidos por grupos prioritários que negam a nova perspectiva de trabalho, longitudinalidade. Na atenção primária os clientes revelam não serem motivados pela equipe da estratégia Saúde da Família para participar de momentos coletivos de promoção da saúde em conjunto com os profissionais e, nem mesmo de sentir-se acolhido. Logo, o trânsito neste ambiente de cuidados primários ocorre com fins de perpetuar a terapêutica medicamentosa (FANQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

Acresce-se a perspectiva da pessoa idosa, a qual é marcadamente descrita como clientela massiva na circulação cotidiana da estratégia Saúde da Família (FERNANDES;

SOUTO; COSTA; FERNANDES, 2009; JÚNIOR; AMARAL; VEIGA; CÁRNIO; NOGUEIRA; PELÁ, 2006).

O idoso espera da enfermagem predominantemente ações não técnicas, caracterizando como necessidade de saúde receber alegria, amizade, tranquilidade, conforto, consolo, felicidade, agrado, carinho e até mesmo levantar sua moral, o espírito, sair da solidão lhe fazendo acordar para o mundo a sua volta. Neste encontro tem a necessidade de poder conversar e resolver seus problemas através do diálogo tanto com os enfermeiros como com outros idosos (LIMA; TOCANTINS, 2009, p.372).

Os enfermeiros atuantes no nível primário desenvolvem atividades gerenciais concomitantemente as assistenciais. Configurando-se em elemento central para o estabelecimento das relações interpessoais intrínsecas e extrínsecas, ou seja, com e entre os demais membros da equipe de trabalho e com a comunidade, clientes e famílias (WEIRICH; MUNARI; MISHIMA; BEZERRA, 2009).

Entre as diferentes barreiras para desenvolver e manter a qualidade dos serviços, mesmo que em nível de cuidados primários que se supõe de menor complexidade, os enfermeiros convivem em um complexo sistema de interações. Estas revelam debilidades estruturais como escassez de recursos humanos e materiais, organização fragmentada e centralizada contraditória as propostas das políticas públicas de atenção básica em saúde (MONROE; GONZALES; PALHA; SASSAKI; NETTO; VENDRAMINI et al, 2008).

Na perspectiva de trabalho da estratégia Saúde da Família são várias as ações planejadas politicamente para cobrir e atender as demandas clínico-patológicas da comunidade. Estas são antecedidas por uma abordagem que ressalta as ações educativas em saúde para ampliar a autonomia das comunidades frente ao enfrentamento das problemáticas socioambientais locais. A exemplo, tem-se o espaço das visitas domiciliares com a atuação profissional a domicílio, permitindo mais do que planejar e dialogar coletivamente, garantindo a possibilidade de intervenção real para a produção de um autocuidado (TORRES; ROQUE; NUNES, 2011).

Para que se promova a saúde, o enfermeiro não pode preterir o estabelecimento de um grau de bem estar individual. Fato que implica não somente em políticas públicas saudáveis, como também em ambientes comunitários saudáveis. Salubridade relacionada ao acesso aos serviços locais de saúde e aos demais serviços públicos de saneamento básico, educação, entre outros (LOPES; SARAIVA; FERNANDES; XIMENES, 2010).

As manifestações dos agravos produzidos pelas condições do ambiente nos diferentes estágios do ciclo vital são constantemente evidenciadas na literatura nacional e internacional (ROSA; IGNOTTI; BOTELHO; CASTRO; HACON, 2008; SIGARRETA; GARCÍA; VILLÁN; CASTELLÓN, 2003). Neste sentido, o enfermeiro precisa da colaboração não somente da comunidade para efetivar seu trabalho, mas também dos gestores e mesmo dos acadêmicos e pesquisadores para refletir sobre suas ações e responsabilidades (ARANTES; MESQUITA; MACHADO; OGATA, 2009).

As tecnologias dos sistemas de informação são recursos que urgem em sua necessidade de domínio pelos profissionais da saúde nos diferentes níveis de atenção, mas especialmente no primário. Neste ele permitirá e facilitará a realização de uma triagem organizada e dinâmica das necessidades de saúde comunitária, garantindo um salto em qualidade (MARQUES; FILHO; AUGUST, 2008).

A qualidade da assistência tangencia-se pelo trabalho da enfermagem e, na estratégia Saúde da Família devendo priorizar os direitos humanos de respeito à liberdade e a dignidade. Logo, ela deve ser “(...) alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença-cuidado das famílias, demandando dos enfermeiros empenho para sua transformação no sentido da promoção da saúde e construção da autonomia (ZOBOLI, 2007, p.320)”.

Autonomia que não se restringe a participação nas decisões sobre a terapêutica somente, mas que requer do binômio profissional de saúde e comunidade a definição do mutualismo existente entre o que se denomina condições do ambiente biológico e do ambiente natural (ADDUM; SERRA; SESSA; IZOTON; SANTOS, 2011).

4.2. Capital Social e Participação Comunitária

Para obter suporte à realização da investigação selecionaram-se os seguintes descritores: ***relações interpessoais/interpersonal relations/relaciones interpersonales*** definido como a intenção recíproca de duas ou mais pessoas (DeCS, 2012). ***Cooperação horizontal/horizontal cooperation/cooperación horizontal***, cooperação que se realiza entre países ou instituições do mesmo nível (DeCS, 2012). ***Confiança/trust/confianza***, confiança em/ou esperança numa pessoa ou coisa (DeCS, 2012). ***Relações comunidade-instituição/community-institutional relations/relaciones comunidad-institución***, as interações entre membros de uma comunidade e representantes das instituições dentro daquela

comunidade (DeCS, 2012). ***Participação comunitária/consumer participation/participación comunitária***, mecanismo ou processo através do qual a população, por meio de seus representantes, participa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução nos distintos níveis de governo: federal, estadual e municipal (DeCS, 2012). ***Desenvolvimento da comunidade/community development/desarrollo de la comunidad***, processo medido por parâmetros como expectativa de vida, grau de alfabetização, renda média e outros que, em conjunto, refletem a situação de bem-estar da população e seu grau de liberdade econômica e política (DeCS, 2012).

A intenção premente a elaboração deste tópico está centrada em investigar os conceitos imbricados na definição de capital social apresentada no referencial teórico. Consecutivamente os articular com as ações provocadas pela comunidade com fins de evidenciar suas potencialidades.

Capital social é preditivo de pessoas e suas interações, expressas em relações interpessoais, que evidenciam elementos do processo comunicacional, quais sejam: interlocutores, mensagens impregnadas de símbolos e signos, interpretação e o universo sociocultural de trânsito dos interlocutores no decorrer de seu processo individual/coletivo de construção da história de vida (CARDOSO, 2010).

Da confluência das relações interpessoais emergem e consolidam-se os bens abstratos caracterizadores do capital social. A reciprocidade traduz-se em uma troca simbólica produzida por pessoas que se relacionam com fins de atender sua necessidade básica de sociabilidade. “Por necessidade, o homem é um ser de natureza gregária, antes mesmo de ter consciência deste fato. Como é notório, grande parte das atividades cotidianas do ser humano é desenvolvida em grupo (MONTEIRO; PAGLIUCA, 2008, p.:425)”.

O atendimento desta necessidade humana imbrica-se nas relações interpessoais, nas quais, os interlocutores, pessoas, adotam uma postura de disponibilidade frente às solicitudes do outro. Ação ou atitude que se pauta na intencionalidade de se tornar membro aceito e respeitado pelo outro e, ainda garantir a reciprocidade da relação pelas ações (ALMEIDA; GERMANO, 2009).

(...) a necessidade de relacionamento entre as pessoas é inerente à condição humana de ser societário, e que, para permitir que as relações sociais ocorram, os seres humanos se dispõem a doar-se em forma de presentes ou atitudes, na intenção de ter em troca alguma sinalização de que foram percebidos e aceitos, e, na sequência, retribuir a doação de maneiras diversas, simétricas ou não simétricas (ALMEIDA; GERMANO, 2009, p.: 340).

Vislumbrar a simetria na reciprocidade guarda suas nuances na subjetividade das relações interpessoais condicionadas pelo processo histórico de vida dos interlocutores (KLEBA; WENDAUSEN, 2009). Seres humanos, pessoas são singulares o que lhes atribui diferenças e diferentes fraquezas. Logo, são as relações interpessoais meios de enfrentamento emergentes de um coletivo em que aquele que atende as solicitações recebe mais do que dá somente por alcançar o que todos humanos procuram de alguma forma, reconhecimento e gratidão (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Da reciprocidade estabelecida na relação exposta constituem-se os pilares para consolidação da solidariedade como predisposição pessoal em auxiliar outros com bens abstratos ou concretos. No tangente as ações dos profissionais da saúde, o enfermeiro tem sua prática marcada historicamente por característica semelhante à caridade (ANDRADE, 2007). Condição que não exige reciprocidade, pois o retorno de quem atende as necessidades do outro derivaria de recompensa divina (LUNARDI, 2004).

Com as mudanças político-sociais e a participação do Estado no setor saúde a enfermagem contemporânea tem se destacado entre outras variáveis pela articulação interprofissionais e com a comunidade (SANT'ANNA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; BONOW; SILVA, 2011). Articulação que resulta vantajosa para ambos interlocutores por estar imbuída indissociavelmente de elementos político-sociais, ou seja, de uma pretensão do Estado como gestor dos recursos econômicos, capital financeiro, em relação à determinação socioambiental das características comunitárias, dos clientes e dos próprios profissionais e destes para consigo (SELLI; GARRAFA, 2005).

Organizações têm como matéria-prima posições hierárquicas, papéis e regras, e por isso mesmo interesses distintos e conflitantes envolvendo atores e estratégias voltadas à maximização de ganhos e minimização de perdas em um processo de *trade off* (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009, p.: 867).

O enfermeiro precisa atuar com muita disciplina nos diferentes campos possíveis a sua prática, para dirimir a dualidade de estar à disposição da comunidade e da instituição empregadora. E nesta condição manter-se solidário a partir de um discernimento crítico que envolve eminentemente a ética e a bioética no fazer-ser profissional da saúde (CANDAL, 2009).

A manutenção desta eminência propulsiona a elaboração de relações interpessoais de segurança. Tais relações se fortalecem na mediação da confiança estabelecida entre

interlocutores solidários e, portanto, recíprocos. Solidariedade e reciprocidade que produzem proximidade entre os interlocutores na efetivação de uma relação que para a enfermagem delimita-se por amistosa e não necessariamente pela construção da amizade (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009). Há existência desta contribui para emancipação satisfatória da comunidade por que se tem além da responsividade às necessidades e interesses desta, a intimidade para revelar experiências, sentimentos e pensamentos, bem como o desenvolvimento de um cuidado profissional de dimensão socioambiental (SOUZA; HUTZ, 2007), especialmente em nível da atenção primária em saúde.

A ajuda e a troca correspondem neste nível a instrumentos estratégicos para o cuidado contínuo (ROCHA; CEZAR-VAZ; CARDOSO; ALMEIDA, 2010). E a confiança oriunda da relação interpessoal entre profissional e comunidade facilita esta mesma relação por gerar um sentimento de segurança e certeza de obter colaboração para o desfecho comunicado e compartilhado (GALLARDO; BAEZA; IBARRETXE-ANTUÑANO, 2008).

Percebemos que, na enfermagem, as trocas dos bens simbólicos são efetivadas através dos gestos, comportamentos e atitudes adotados no relacionamento interpessoal, que, inevitavelmente, se estabelece entre a equipe de enfermagem e os pacientes (ALMEIDA; GERMANO, 2009, p.:341).

Este dar e receber bens abstratos concretiza a troca simbólica no trabalho da enfermagem comunitária, em que o valor material, bem concreto não se equivale à produção alcançada. Todo trabalho representa elemento político-social e como tal esbarra em limites, dentre os quais a enfermagem no tocante a execução dos cuidados tem revelado a restrição no modo de aproximação com a família, mesmo reconhecendo-a como essencial para a mudança comportamental e clínica do cuidado (PUGGINA; SILVA, 2005).

Mudanças imprimem ao ser humano, pessoa, a necessidade de adaptação e consecutivamente de compreensão por parte dos demais do momento especial em que se vive (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010). E se “A palavra é a primeira troca que um ser humano realiza com outro (ALMEIDA; GERMANO, 2009 p.:340)”, ela mais que esboçar bens abstratos, precisa ir além para expor os riscos, estabelecer os acordos, formatar as regras da relação entre pessoas.

Com tal entendimento, como profissionais da saúde e comunidade podem se articular para potencializarem-se? Exemplos são descritos na literatura em diferentes regiões e pela ação diversa das pessoas. Investigações destacam como caminho o próprio domínio do objeto

de intervenção em foco pela comunidade, mesmo que equivocado (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009, GAZZINELLI; GAZZINELLI; SANTOS; GONÇALVES, 2002).

O equivoco pode representar o ‘ponto de partida’ para o estabelecimento de trocas comunicacionais lineares, em que o teor interacioanal do profissional deve ser de investigação, de (re)conhecimento do significado do objeto de intervenção e não de domínio de ‘certo’ (GAZZINELLI; GAZZINELLI; SANTOS; GONÇALVES, 2002). A ação profissional no contexto socioambiental deve a rigor incluir preferencialmente a comunidade ou minimamente seus representantes nas etapas planejadas com predomínio da orientação e com uma perspectiva de resultados em longo prazo (FALAVIGNA-GUILHERME; COSTA; BATISTA; PAVANELLI; ARAÚJO, 2002, MENDES; BÓGUS; ARKEMAN, 2004).

Iniciativas têm revelado que a lacuna para a participação da comunidade na tomada de decisões nas relações socioambientais floresce com o compartilhamento e a expansão dos saberes e conhecimentos sobre políticas públicas (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Nesta proposição, o controle social, princípio existente em muitas políticas, tem como finalidade atribuir aos gestores e profissionais a responsabilidade em dialogar com as comunidades. Diálogo que se fundamenta em etapa para definição das estratégias de ação, requerendo na atualidade avançar para além da disseminação e difusão de informações. Requisição convergente à corresponsabilização comunitária sobre a determinação social da saúde, capaz de manter a reciprocidade e a continuidade das relações interpessoais profissionais-comunidade, estabelecendo a confiança.

A exploração do capital social das comunidades, ou seja, suas potencialidades devem ser observadas com maior afinco, pois das redes sociais locais, das comunidades, novas formas e a atividades produtivas têm ocorrido e ao longo da história transformado os ambientes socioambientais (RADOMSKY; SCHNEIDER, 2007).

A organização comunitária, mesmo que como proposta de gestão, ao possibilitar o debate de profissionais, especialmente da área da saúde com a comunidade, produz o despertar desta.

Entrevistados reconhecem, em geral, que essa participação [Conselho de Saúde] os levou a se interessar por assuntos relativos ao papel e funcionamento dos poderes públicos, a buscar a superação pessoal e a acumular um capital cultural, social e político que, em resumo, os têm levado a se sentirem mais cidadãos, mais pertencentes à comunidade e mais responsáveis perante ela pela qualidade do atendimento à saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 546).

Muitos são os elementos apresentados para superação e o exercício da cidadania no espaço dos Conselhos Locais, seja o acesso as contas e gastos públicos, seja a organização comunitária. Contudo,

esta acumulação de capital social, por si só, não é suficiente para provocar o círculo virtuoso de solidariedade, confiança e cooperação, assinalado por Putman, como produto da união entre as pessoas e as instituições governamentais. Na realidade, a experiência brasileira em saúde mostra que es *conditio sine qua non* para a reciprocidade dos poderes públicos nessas relações de troca com os cidadãos (LABRA, 2002, p. 54).

Agrega-se a efetivação da reciprocidade desta relação o domínio individual de si, o apoio e aceitação do coletivo, grupo em que se participa e o trânsito em ou pelos ambientes de intervenção (KLEBA; WENDAUSEN, 2009). Essa conjuntura articulada e inovadora, gestão-profissionais-comunidade, traz à tona as limitações socioambientais da gestão pública e do modo de organização social e, também (re)modela as relações interpessoais resultando em cidadãos proativos (SELLI; GARRAFA, 2005).

5. METODOLOGIA

Se expressa aqui o planejamento de um conjunto de ações pensadas e elaboradas por um coletivo de pesquisadores, os membros do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde – LAMSA, coordenado pela Prof^a. Dr^a. Marta Regina Cezar-Vaz. Ações que oportunizam um enorme processo de ensino-aprendizagem no campo da pesquisa e do ensino e, que sumarizam esforços para a concretização e viabilidade do projeto “Produção sócio-ambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental” em que se insere este estudo.

A produção do presente estudo se deu pela exploração das seguintes questões do referido projeto: *Como você se vinculou ao trabalho do grupo comunitário organizado?* e, *Qual o objetivo do grupo comunitário organizado?*(**Capítulos I e II**) e, *Como o trabalho da equipe da estratégia Saúde da Família atende as necessidades da comunidade?* (**Capítulo III**). Exploração programada no coletivo do LAMSA a partir de discussões do coletivo e da interpretação teórica dos conhecimentos científicos conceituados no universo das ciências da saúde. Para a qual se descreve a abordagem da temática em discussão e apresentam-se métodos específicos selecionados para captação e disposição das informações processadas.

5.1. Delineamento do Estudo

A escolha pontuada para o desenvolvimento deste estudo constitui-se de caráter exploratório-descritivo e analítico (FLICK, 2009) a partir do qual se absorveu o fenômeno por meio da coleta de informações sobre o trabalho e a articulação dos grupos comunitários organizados e as equipes de estratégia Saúde da Família, adstritos territorialmente. Após esta exploração buscou-se descrever o conteúdo relatado e observado de modo narrativo. Por fim, após organização do conjunto de informações procedeu-se leituras e releituras das fontes para, analiticamente, apreender os núcleos de sentidos sustentados nas definições de Capital Social e Atenção Primária Ambiental (SILVERMAN, 2009).

5.2. Cenário do Estudo

Compôs-se pelas Unidades de Saúde da Família (USF) lotadas em três municípios situados na região lagunar do extremo sul do Rio Grande do Sul – Brasil, quais sejam: Rio Grande, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte. Selecionados pela análise de relatos, a respeito da existência de grupos comunitários organizados, referidos pelos profissionais das equipes de Saúde da Família participantes do macro projeto: “Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a saúde da família – uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde”, realizado pelo coletivo do LAMSA de 2005 a 2008.

Os referidos municípios, de colonização luso-espanhola, situam-se na planície costeira do Estado do Rio Grande do Sul-RS, na mesorregião do Sudeste Rio-Grandense, circundados pelo estuário da Lagoa dos Patos, Lagoa Mirim e pelo Oceano Atlântico (**Figura 8**). Condição que permitiu o desenvolvimento da atividade pesqueira e portuária como parte da economia dos municípios.

Figura 8 – Posição geoespacial dos municípios investigados.



Fonte: IBGE, 2010.

Rio Grande – RS, cidade histórica, fundada em 1737, possui 2.813,91Km² de extensão territorial. Sua economia complementa-se, atualmente, pelas atividades de refinação de petróleo, indústria, comércio, turismo e serviços (Rio Grande, 2012). Ela é habitada por um contingente de 197.228 pessoas, das quais 189.429 residem em área urbana, 102.245 do total são do sexo feminino (IBGE, 2010).

Santa Vitória do Palmar – RS, município de 140 anos, com fundação em 1872, possui uma área territorial de 5.244 Km². Sua população é de 30.990 pessoas, 26.890 situam-se em zona urbana e 15.521 são do sexo feminino (IBGE, 2010).

São José do Norte – RS tornou-se cidade em 1938, hoje, apresenta uma população de 25.503 habitantes, dos quais 17.383 residem em área urbana e 13.003 são do sexo masculino (IBGE, 2010).

Ambos os municípios, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte apresentam, ainda como atividade econômica a agricultura com ênfase na produção de arroz e cebola, respectivamente. O turismo ecológico e litorâneo estão em fase de implementação, sua exploração perpassa as belezas da Reserva do Taim, da Praia do Mar Grosso, da degustação de frutos do mar, entre outras. As USF escolhidas possuem equipes de Saúde da Família, da Família com Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde estão presentes nos três municípios investigados. Rio Grande – RS possui respectivamente: 16, 10, 02; Santa Vitória do Palmar: 01, 02, 01; São José do Norte: 02, 02, 01 (DATASUS, 2011).

5.3. Sujeitos do Estudo

A composição da população deste estudo abarca dois conjuntos de trabalhadores, moradores de comunidades participantes de grupos organizados locais e profissionais das equipes de Saúde da Família (CEZAR-VAZ, 2008).

5.3.1. Grupos Comunitários Organizados

Este conjunto de sujeitos compôs a produção dos **Capítulos I, II e III**, que contemplou os 13 grupos comunitários localizados em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Numericamente, contou-se com 70 participantes: 35 artesãos de 05 grupos de artesanato, 17 moradores de 04 associações de moradores, 08 conselheiros de 02 Conselhos Locais de Saúde, 05 pescadores de 01 associação de pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos de 01 associação de reciclagem. Selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: estar adstrito ao território de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente para intervenção da ESF.

Do conjunto de 70 envolvidos no trabalho dos grupos comunitários investigados pôde-se identificar que 55 (78,5%) são do sexo feminino. Este predomínio tem sua exceção na associação de pescadores. Fator relacionado à distribuição de funções do coletivo no qual os homens realizam a pesca e a negociação da limpeza e da venda da mercadoria, enquanto as mulheres realizam a limpeza da matéria prima, pescado.

A faixa etária dos trabalhadores indica uma população predominantemente adulta. A média das idades por grupo revela que o conselho local de saúde envolve um coletivo com maior idade, 54 anos; os grupos de artesanato apresentam-se em consecutivo com 50 anos; já à associação de moradores e a de reciclagem com uma média de 41 anos e as associações de moradores revelam uma idade média de 40 anos.

O estado civil dos 70 envolvidos que compõem os diferentes grupos comunitários 40 (57,1%) relataram estarem casadas; 13 (18,5%) solteiro; 06 (8,5%) viúvo; 05 divorciados (7,1%) e, outros 04 (5,7%) em união estável. As informações a respeito da prole dos envolvidos revelam que 02 (2,8 %) não possuem filhos; 12 (17,7%) possuem um filho; 16 (22,8%) dois filhos; 18 (25,7%) três; 09 (12,8%) quatro e, 13 (18,5%) mais de cinco.

No que se refere ao desempenho de atividades de trabalho destaca-se que 23 (32,8%) trabalham como autônomos; 13 (18,5%) estão desempregados; 12 (17,7%) empregados; 07

(10,0%) recebem aposentadoria por invalidez; 04 (5,7%) recebem aposentadoria por tempo de serviço; 04 (5,7%) são pensionistas; 04 (5,7%) possuem outra fonte de rendimento; 02 (2,8%) recebem auxílio desemprego e, 01 (1,4%) auxílio doença. A renda mensal foi referida como ausente para 09 (12,8%) envolvidos, 23 (32,8%) relatam um renda de até um salário mínimo – R\$ 510,00 (BRASIL, 2010), 25 (35,7%) indicam uma renda de um a dois salários, 12 (17,7%) entre três e cinco salários e 01 (1,4%) mais de cinco salários.

Eles referiram ainda que residem há mais de cinco anos na comunidade, com exceção de 01 (1,4%) dos envolvidos em uma das associações de moradores que está há mais de quatro anos. A existência dos grupos referida pelos envolvidos evidencia que a associação de pescadores tem o maior tempo de existência na média são 63 meses; as recicladoras, 52; as associações de moradores, 50; os Conselhos Locais de Saúde, 31 e, as artesãs, 22 meses.

Do conjunto de 70 envolvidos a escolaridade autorreferida caracterizou a presença do analfabetismo por 02 (2,8%) envolvidos, o semianalfabetismo em 08 (11,4%), o ensino fundamental incompleto em 24 (34,2%), o completo em 12 (17,7%), o ensino médio incompleto em 07 (10,0%), o completo em 12 (17,7%), o ensino superior incompleto em 02 (2,8%) e o completo em 03 (4,2%).

5.3.2. Profissionais da Estratégia Saúde da Família

Este conjunto em associação ao outro compôs a produção do **Capítulo III**. Foram investigadas 08 equipes de Saúde da Família do município de Rio Grande - RS; 02, do de Santa Vitória do Palmar - RS e 02, de São José do Norte – RS, totalizando 12 equipes. Das 12 equipes da estratégia SF contabilizaram 58 entrevistados, mais 02 perdas e 02 recusas, conforme distribuição: 25 agentes comunitários (ACS) e 01 perda; 12 auxiliares de enfermagem (AE); FURG 11 enfermeiros (ENF) e 01 recusa e; 10 médicos (MED), 01 recusa e 01 perda. Selecionados a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: ser profissional da equipe base da estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e aceitar e consentir participar das etapas da pesquisa.

5.4. Processo de Coleta de Dados do Estudo

Desenvolveu-se estudo piloto com uma equipe da estratégia Saúde da Família e com quatro grupos comunitários organizados: duas associações de moradores, uma de reciclagem e um Conselho Local de Saúde, de janeiro a maio de 2009. Consecutivamente produziram-se, no coletivo do LAMSA, as reformulações necessárias à viabilização do questionário aplicado (ANEXO I) e estruturou-se o roteiro para observação complementar (ANEXO II).

No período de junho de 2009 a dezembro de 2010 realizou-se o agendamento telefônico com as equipes da Estratégia Saúde da Família e os grupos comunitários organizados, as entrevistas semiestruturadas gravadas e as observações sistemáticas, não participantes, públicas e em situações naturais (SILVERMAN, 2009).

5.5. Universo do Estudo

Com fins de solidificar o **Capítulo III** deste estudo produziu-se uma triangulação de fontes de dados (DUARTE, 2009). Realizou-se o levantamento documental dos dados secundários disponíveis nos sistemas de informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Ministério da Educação e Cultura (MEC) referente ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e do Ministério da Saúde, Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a respeito dos três municípios que compõem o cenário desta investigação, de modo a complementar a pesquisa de campo referida.

Entre os fatores que determinam a saúde socioambiental tem-se o acesso a educação, aos serviços de saúde, ao trabalho, as condições de habitação, entre outros. Logo, o número de alfabetizados na faixa etária de 5 a 79 anos corresponde a 1.751 (94,64%) pessoas para uma amostra de 1.850 (100%) no município de Rio Grande - RS (IBGE, Censo 2010).

A avaliação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no ano de 2011 indica progressão na qualidade do ensino fundamental. Nos quatro primeiros anos tem-se 4.9 (81,66%) e, os quatro finais, 3.6 (60%) em relação ao índice máximo de 6.0 (100%) (BRASIL, 2011). As características da atenção básica em saúde estão dispostas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, Rio Grande, 2011 e 2010.

Ações de enfermagem	Ano		Total
	2011	2010	
Atividades em Grupo	4.804	4.480	9.364
Atividades Individuais	43.020	42.804	85.824
Visita Domiciliar	4.765	4.140	8.905
Consulta para Crianças menores de 1 ano de idade	4.439	4.985	9.424
Consulta para Pessoas Idosas	18.886	18.369	37.255
Atendimentos de Pré-Natal	5.676	5.847	11.523
Atendimentos de Puericultura	7.715	7.878	15.593
Exame Citopatológico	4.145	3.102	7.247

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

A renda per capita de até 70 reais está diagnosticada em 54 (6,45%) dos 836 domicílios, nos quais habitam uma população de 214 (0,10%) pessoas (IBGE, Censo 2010). As condições de habitação da população riograndina estão indicadas pelas variáveis: domicílios particulares e coletivos, 836 (100%); com abastecimento de água da rede geral, 434 (51,91%) domicílios; com energia elétrica da companhia distribuidora, 488 (58,37%); com saneamento, banheiro ou sanitário exclusivo do domicílio, 473 (56,57%).

Soma-se o destino dos resíduos, lixo, o qual é coletado em 484 (57,89%) domicílios; disperso em rio, lago ou mar em 01 (0,11%); queimado em 53 (6,33%); enterrado no próprio domicílio em 20 (2,39%) e; deixado a exposição em terreno baldio ou logradouro em 18 (2,15%) (IBGE, Censo 2010).

A alfabetização da população que se encontra na faixa etária de 5 a 79 corresponde a 1.302 (92,53%) pessoas de 1.407 (100%) no município de Santa Vitória do Palmar. A qualidade do ensino fundamental revelada na avaliação da quarta série um indicador de 5.0 (83,33%) e da oitava, de 3.4 (56,66%) (BRASIL, 2011). As características da atenção básica em saúde estão dispostas na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, Santa Vitória do Palmar, 2011 e 2010.

Ações de enfermagem	Ano		Total
	2011	2010	
Atividades em Grupo	295	212	507
Atividades Individuais	4.327	4.613	8.940
Visita Domiciliar	477	579	1.056
Consulta para Crianças menores de 1 ano de idade	365	332	697
Consulta para Pessoas Idosas	2.393	2.024	4.417
Atendimentos de Pré-Natal	367	169	536
Atendimentos de Puericultura	296	357	653
Exame Citopatológico	584	511	1.095

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

A renda per capita de até 70 reais está diagnosticada em 77 (18,78%) dos 410 domicílios, os quais habitam uma população de 310 (1,00%) pessoas (IBGE, Censo 2010). Dos 410 (100%) domicílios particulares e coletivos para os santa-vitorienses, dos quais 404 (98,53%) possuem abastecimento de água da rede geral; 405 (98,78%) têm energia elétrica da companhia distribuidora e; 410 (100%) apresentam saneamento, banheiro ou sanitário exclusivo do domicílio. O lixo é coletado em 410 (100%) domicílios; disperso em rio, lago ou mar em 01 (0,24%); queimado em 33 (8,04%); enterrado no próprio domicílio em 76 (18,53%) e; deixado a exposição em terreno baldio ou logradouro em 05 (1,21%) (IBGE, Censo 2010).

O acesso a educação indica que 1.069 (84,43%) pessoas de 1.266 (100%) são alfabetizadas do município de São José do Norte. Os escores indicativos da qualidade do ensino fundamental em 2011 são respectivamente, 4.0 (66,66%) e 3.0 (50%) (BRASIL, 2011). As características da atenção básica em saúde estão dispostas na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Ações de trabalho da enfermagem da estratégia Saúde da Família, São José do Norte, 2011 e 2010.

Ações de enfermagem	Ano		Total
	2011	2010	
Atividades em Grupo	1.371	95	1.466
Atividades Individuais	6.767	7.571	14.338
Visita Domiciliar	606	862	1.468
Consulta para Crianças menores de 1 ano de idade	127	170	297
Consulta para Pessoas Idosas	2.324	2.818	5.142
Atendimentos de Pré-Natal	708	820	1.582
Atendimentos de Puericultura	449	1.598	2.047
Exame Citopatológico	1.366	1.185	2.551

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

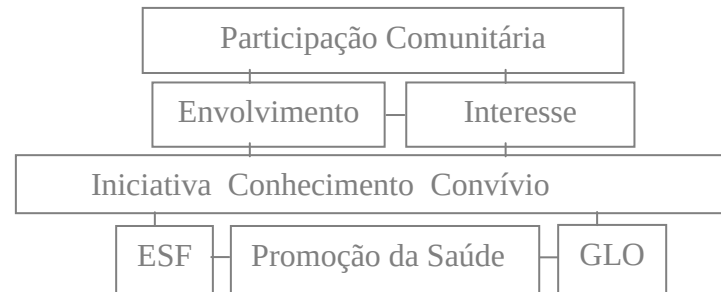
A renda per capita de até 70 reais está diagnosticada em 40 (10,33%) dos 387 domicílios, os quais habitam uma população de 130 (0,50%) pessoas. Os moradores dispõem de 387 (100%) domicílios particulares e coletivos; 349 (90,18%) com abastecimento de água da rede geral; 383 (98,96%) com energia elétrica da companhia distribuidora; 386 (99,74%) com saneamento, banheiro ou sanitário exclusivo do domicílio. A coleta do lixo é realizada em 384 (99,22%) domicílios; o mesmo é disperso em rio, lago ou mar em 04 (1,03%); queimado em 126 (32,55%); enterrado no próprio domicílio em 21 (5,42%) e; deixado a exposição em terreno baldio ou logradouro em 17 (4,39%).

5.6. Processo de Análise dos Dados de Estudo

A construção do projeto de pesquisa delimitou a este estudo uma abordagem qualitativa, em que a singularidade na e da expressão de um dos sujeitos pode caracterizar a essencial revelação da investigação proposta. Se aplicará a análise de conteúdo (SILVERMAN, 2009) na exploração dos conceitos de Capital Social e da Atenção Primária Ambiental, presentes no trabalho dos grupos comunitários organizados, com utilização do software NVivo versão 7.0.

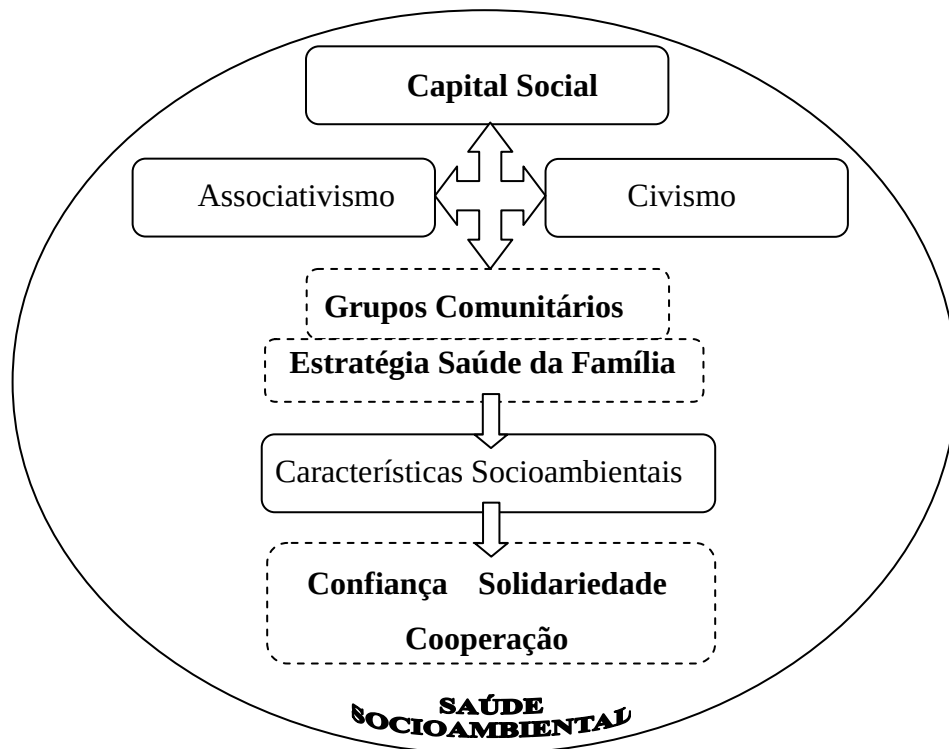
Tal exploração sustenta-se nas matrizes analíticas dispostas a seguir, respectivamente para os **Capítulos I, II e III:**

Figura 9 – Participação comunitária: envolvimento e interesse em participar dos grupos locais organizados (**CAPÍTULO I**).



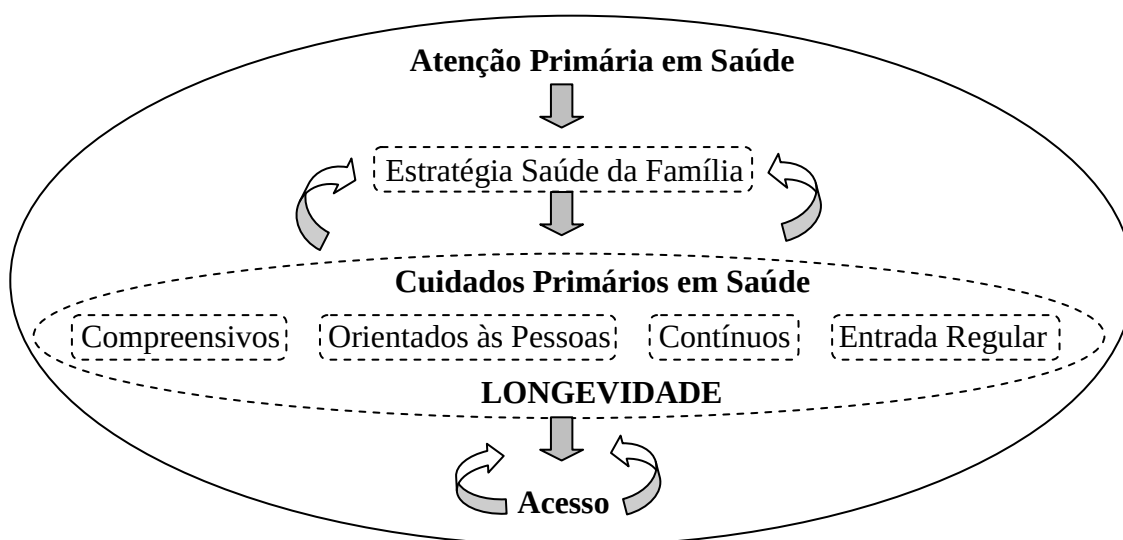
Esta matriz subsidiou a produção do manuscrito intitulado: **Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados**, o qual se encontra submetido à Revista Brasileira de Enfermagem. Submissão decorrente da classificação, 1º Lugar do Prêmio Noraci Pedrosa Moreira, no 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2012.

Figura 10 – O capital social comunitário para a saúde socioambiental (**CAPÍTULO II**).



A exploração do capital social permitiu a produção do manuscrito intitulado: **Associativismo e Civismo: o capital social comunitário para a saúde socioambiental**. Este manuscrito está formatado para submissão à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Figura 11 – Matriz analítica do atendimento às necessidades comunitárias (**CAPÍTULO III**).



O subsídio conceitual da Atenção Primária em Saúde permitiu a produção do manuscrito intitulado: **Cuidados primários em saúde: o atendimento às necessidades comunitárias**. Este manuscrito está formatado para submissão à Revista Avances en Enfermería.

5.7. Aspectos Éticos do Estudo

A observância dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos permeou este estudo desde sua elaboração até sua concretização, garantindo sua viabilidade científica para a divulgação dos resultados. Pode-se assim afirmar que o presente estudo tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer no. 52/2008 (ANEXO III). Para a realização da coleta de dados disponibilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante (ANEXO IV), em duas vias, no qual consta os objetivos da pesquisa, suas finalidades e a preservação de todos os direitos de pessoa física e, da ausência de ônus junto à instituição de trabalho.

A divulgação dos resultados também estará em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 196/96 ao apresentar a seguinte codificação: M (município), G (grupo), P (participante), E (entrevista) e O (observação).

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS/DISCUSSÃO

6.1. CAPÍTULO I

Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados¹

Health promoting and consumer participation in groups locally organized

Promoción de la salud y participación comunitaria en grupos locales organizados

Resumo: Objetivou-se conhecer a articulação dos grupos organizados locais com os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família para a promoção da saúde socioambiental. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada gravada com 70 participantes dos 13 grupos investigados no período de 2009 a 2010. Aplicou-se análise qualitativa de conteúdo. A categoria **envolvimento comunitário** revelou a mobilização profissional e comunitária pela gestão participativa em saúde. O **interesse em participar dos grupos locais organizados** indica as proposições individuais que se potencializam em coletivo e refletem-se no atendimento das necessidades humanas básicas psicobiológicas e socioambientais. A promoção da saúde se expressa nas ações dos grupos locais organizados que buscam a saúde para si, intervindo no seu modo de viver e de sobreviver, ou seja, agindo sobre os danos da ação humana. Paralelamente, os participantes se fortalecem porque conquistam maiores possibilidades de serem (re)conhecidos como sujeitos capazes de provocar mudanças no contexto local, na saúde e na natureza.

Descritores: Promoção da saúde; participação comunitária; programa saúde da família; enfermagem em saúde comunitária.

¹ Estudo derivado do macro-projeto de Pesquisa “Produção sócio-ambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental”, apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Abstract: Aimed at knowing the articulation of groups locally organized with the team of professionals of Family Health Strategy for promoting socio-environmental health. It was used the recorded semi-structured interview technique with 70 participants of 13 groups investigated in the period from 2009 to 2010. Applied qualitative analysis. The category **consumer participation** revealed the professional and collective mobilization for participative management in health. The **interest in participating in groups locally organized** indicates the individual propositions which increase collectively and can be noticed in the service of psychological basic human and socio-environmental necessities. Health promotion is expressed in the actions of local groups organized to seek health care for you, intervening on your way of living and to survive, ie acting on damage to human action. In addition, participants are strengthened because they are more likely to win (re) known as individuals capable of causing changes in the local context, health and nature.

Key Words: Health promoting; consumer participation; family health program; community health nursing.

Resumen: Se objetivó conocer la articulación de los grupos organizados locales con los profesionales del equipo de la Estrategia Salud de la Familia para la promoción de la salud socioambiental. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada grabada con 70 participantes de los 13 grupos investigados en el período de 2009 a 2010. Se aplicó el análisis cualitativo. La categoría **envolvimiento comunitario** reveló la movilización profesional y comunitaria por la gestión participativa en salud. El **interés en participar de los grupos locales organizados** indica las proporciones individuales que se potencializan en colectivo se perciben en el atendimento de las necesidades humanas básicas psicológicas y socioambientales. Promoción de la salud se expresa en las acciones de los grupos locales organizados para buscar atención médica para usted, interviniendo en su manera de vivir y sobrevivir, es decir, actuando sobre los daños a la acción humana. Además, los participantes se fortalecen debido a que son más propensos a ganar (re) conocida como individuos capaces de provocar cambios en el contexto local de la salud y la naturaleza.

Palabras clave: Promoción de la salud; participación comunitaria; programa de salud familiar; enfermería en salud comunitaria.

Introdução

A pluralidade como característica interpretativa do conceito de promoção da saúde exige esclarecer a priori que a abordagem em apresentação pauta-se nas ações formuladas e aplicadas das políticas públicas em saúde, com destaque à gestão participativa em nível de atenção básica. Atenção que se traduz nas e pelas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família, conduzidas para tornar a comunidade parte decisiva e fundamental no enfrentamento das limitações do próprio serviço de saúde e das vulnerabilidades socioambientais locais⁽¹⁾.

As ações de trabalho referidas caracterizam-se pela tentativa em superar o paradigma biocentrado consolidado desde a década de 70⁽²⁾, no qual o planejamento está direcionado para intervir nos aspectos do ambiente natural, ou seja, nas características da infraestrutura local das comunidades⁽³⁾. Para viabilizar tal pretensão o envolvimento dos moradores da comunidade constitui-se na essência propulsora para a realização de um trabalho com possibilidades de elevar a saúde da comunidade, sem eximir a realização das ações clínicas⁽³⁾.

O envolvimento comunitário no trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família responde parcialmente a pretensão de atuar, prioritariamente, na perspectiva do entendimento de saúde como condição determinada e condicionada por fatores socioambientais e não somente pela ausência de equilíbrio metabólico do organismo humano⁽⁴⁻⁵⁾.

Para a participação ativa da comunidade nas ações da referida equipe tornou-se condição a capacitação dos moradores das comunidades, de modo, a controlar a saúde individual e coletivamente. Controle que perpassa pela possibilidade de identificar os anseios, as necessidades humanas básicas, bem como, de intervir no ambiente natural local⁽⁶⁾.

Questionou-se, no presente estudo: Como a participação comunitária nos grupos locais organizados promove a saúde socioambiental? Nesta perspectiva, a particularidade do que se propõe é fortalecer os potenciais das comunidades, ou seja, dos seus moradores para controlar, amenizar e evitar o aparecimento de enfermidades ou agravos. Para tanto, objetivou-se conhecer a articulação dos grupos organizados locais com os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família para a promoção da saúde socioambiental.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo e analítico⁽⁷⁾, realizado em 13 grupos comunitários localizados em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do

Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Selecionado a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: estar adstrito ao território de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente para intervenção da ESF.

A população do estudo compôs-se por 70 envolvidos: 35 artesãs, 17 moradores, 08 conselheiros locais de saúde, 05 pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos. Lotados respectivamente em 05 grupos de artesãs, 04 de moradores, 02 Conselhos Locais de Saúde, 01 de pescadores e 01 de reciclagem.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada gravada em 2009 e 2010, a qual se compôs de um questionário. Aplicou-se análise qualitativa de conteúdo⁽⁸⁾ a partir da leitura e compilação dos sentidos do conteúdo, construindo-se duas categorias empíricas – **O envolvimento comunitário nos grupos locais organizados** e **O interesse da comunidade em participar dos grupos locais organizados** a partir da utilização do software NVivo versão 7.0, apresentadas na **Figura 12**.

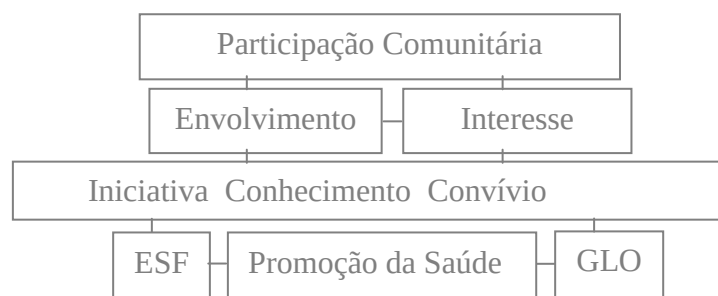


Figura 12 – Participação comunitária: envolvimento e interesse em participar dos grupos locais organizados.

As categorias empíricas envolvimento e interesse dos grupos locais organizados emergem da narrativa dos envolvidos de modo não excludente. Elas articulam-se por apresentar subcategorias que se reafirmam na narrativa dos participantes, quais sejam: solicitação, conhecimento, convívio e sobrevivência.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos atendeu-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, obtendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer n. 52/2008 e, das secretárias municipais.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante e códigos para identificação das entrevistas, quais sejam: M (município), G (grupo), P (participante).

Resultados

O conjunto de informações apresentadas congruem para evidenciar a promoção da saúde desencadeada pela participação comunitária. A categoria envolvimento comunitário revela a mobilização dos profissionais da ESF e dos moradores como forma de gestão participativa da saúde. O interesse em participar dos grupos locais organizados indica as proposições individuais que se potencializam em coletivo e refletem-se no atendimento das necessidades humanas básicas psicobiológicas e socioambientais.

O envolvimento comunitário nos grupos locais organizados

A participação das artesãs nos grupos foi referida por 19 (54,28%) das 35 envolvidas como decorrente do convite da equipe da ESF, especialmente dos agentes comunitários de saúde, 17 (48,57%) referências, por exemplo: *Porque eu já trabalho em artesanato, e aí elas [agentes comunitárias de saúde] me convidaram* (M01_G01_P01) ou *Fui convidada por uma Agente* (M01_G03_P05).

Soma-se a essas, aquelas que referiram experiência prévia e afinidade com este tipo de trabalho manual, 14 (40%) referências, tal como: *Eu vim por convite da Vera, que é agente comunitária. Aí ela convidou, porque tinha um grupo de artesanato, e eu gosto muito de artesanato, tudo que é tipo de artesanato. Aí me interessei e gostei, aprendi e já estou ganhando meu dinheirinho* (M01_G02_P07).

Outras 14 (40%) revelaram o desejo em aprender e ensinar; 13 (37,14%) referiram ainda que o envolvimento deu-se como uma forma de valorização dos seus conhecimentos e das suas habilidades pela equipe da ESF. *Venho para cá para me distrair e fazer alguma coisa, a gente tem que fazer alguma coisa assim para aprender* (M01_G05_P18); *Porque eu queria aprender, no caso, talvez amanhã ou depois, ter um ganho com isso* (M01_G02_P32); *Porque eu tenho a oportunidade de ensinar, conhecer mais gente e mais gente aprender a fazer o que eu sei fazer* (M01_G01_P01) ou *A gente aprende a conviver com as pessoas, a ter mais conhecimento, participar, como se diz, da comunidade* (M01_G04_P22).

Valorização que se reflete ainda no âmbito familiar pela composição da renda para 07 (20%) envolvidas. *Em primeiro lugar porque eu acho que o artesanato ajuda muito na renda*

familiar e porque eu amo artesanato, é uma das paixões que eu tenho, e acho que muitas pessoas através do artesanato sobrevivem (M01_G03_P27). E para 06 (17,14%) o envolvimento representou uma possibilidade de compartilhar seus anseios com pessoas que vivenciam uma mesma realidade social e de construir suporte para o enfrentamento das problemáticas decorrentes desta. Por causa das amizades, eu gostei, são boas, a gente brinca bastante, conversa bastante, troca um monte de idéia (M01_G02_P26). Eu me senti bem, sabe, é só pra mulher e a gente conversa e aí uma desabafa, outra troca receita e inventa de fazer um bolo, sabe, então eu me senti bem, então continuei participando (M01_G05_P16).

Dos 08 envolvidos nos grupos de conselheiros locais de saúde, 06 (75%) referiram a solicitação da equipe da ESF como motivação para sua participação, [...] *foi quando eu comecei a participar de saúde mental, (...) me convidaram para participar, para apóia o trabalho do posto médico pra gente mexe com as coisas (M01_G07_P03).* Outros 06 (75%) o seu próprio interesse pelo trabalho dos profissionais, 05 (62,5%) buscam contribuir para o atendimento das necessidades da comunidade, por exemplo, *foi por problema de saúde que eu vi certas ineficiências, certas carências mesmo do atendimento, fiquei sabendo da reunião, pedi mais detalhe, eles falaram detalhes pra mim, disseram que seria interessante e eu como não sou de fugir (...) (M01_G06_P02) e, 01(12,5%) refere à experiência em outros grupos comunitários organizados como fator de estímulo a sua participação, (...) fui escolhida pela Pastoral DST/AIDS para ser uma das delegadas e quando nós chegamos nessa pré-conferência à gente viu assim que o município tinha propostas boas, tinha coisas boas, mas para o município. E que a nossa realidade local era outra bem diferente, que nós tínhamos outras necessidades básicas que não era bem aquilo ali, então a gente precisava montar um grupo. Aí então foi quando a gente foi informado de que nós podíamos montar um Conselho Local de Saúde e a gente começou a se reunir (M01_G07_P05).*

No grupo de recicladores de resíduos sólidos a participação deu-se como uma oportunidade de obtenção de renda para a totalidade dos envolvidos, 05 (100%). *As gurias me convidavam, eu não queria, eu não vou nada, mas aí depois eu disse, na verdade eu to precisando de dinheiro (...) (M01_G08_P04).* A inserção de 04 (80%) deu-se pelo convite dos próprios integrantes e para 01 (20%) como uma forma de terapia ocupacional. *Porque as gurias me convidaram para fazer o curso e eu fui ficando, ficando e fiquei (M01_G08_P02); (...) porque eu gosto, para mim foi uma boa porque eu tinha problema de nervos e aqui, melhorei um monte, melhorei mesmo (...) (M01_G08_P03).*

A necessidade econômica do coletivo de pescadores, 05 (100%) foi referida como motivação para o envolvimento dos mesmos, veja: *Eu estava desempregado, parado,*

pescando, aí os guris me convidaram, faltava um alguém para transportar o peixe até a fábrica ou pegar um gelo (...) (M01_G09_P02). Agrega-se ainda o conhecimento referido por 02 (40%) dos envolvidos a respeito dos incentivos governamentais para o desenvolvimento organizado do trabalho deste setor produtivo da sociedade, tal como: (...) vou te explicar o programa RS pesca é que um programa que veio pra fornecer redes, motores, embarcações, que tava tudo sucateado, dos pescadores e, ele ofereceu oportunidade para que tu renovasses tuas embarcações, teus apetrechos de pesca. Então, só que nesse momento do RS pesca e acho que foi bom, foi aí que nasceu o grupo (M01_G09_P01).

A construção do Grupo de Moradores consolida-se a partir da existência de um trabalho voluntário prévio para 17 (100%) dos envolvidos que permitiu a agregação de novos integrantes por meio do convite realizado a 08 (47,05%) dos envolvidos, observe os relatos: *Eu aceitei participar porque eu acho que a gente tem que se doar um pouquinho, se a gente não fizer nada, não quiser ajudar, nada de graça, a gente nunca vai conseguir nada por nosso bairro. Então tem que ter alguém que trabalhe com a vontade pra conseguir alguma coisa (M03_G11_P06). Foi através do convite (M02_G10_P02).*

Outro interesse referido por 02 (11,76%) envolvidos constitui-se na manutenção do trabalho da ESF e para 01 (5,88%) na possibilidade de trocar experiências e aprender com o outro. (...) *o estatuto diz que tem que ter eleições de dois em dois anos, é uma coisa assim, que tu não ganha nada (...). Então as pessoas não estão muito dispostas a se doarem. E a gente tem uma idéia que ela não pode se extinguir por causa do PSF, que se extingue, compromete o PSF, então por isso, por estes motivos assim que a gente sempre tem mantido a associação de bairro, de dois em dois anos tem eleição (M02_G10_P01). (...) troca de aprendizado. Tu aprendes, tu estas sempre aprendendo, por mais que a gente ache que a pessoa que varre não vai te ensinar, ela também te ensina (M02_G12_P10).*

O interesse da comunidade em participar dos grupos locais organizados

Do conjunto das 35 artesãs, 24 (68,57%) referem que o processo de ensino-aprendizagem constitui-se na principal finalidade do trabalho do coletivo, como: (...) *é muito porque as pessoas vêm pra cá, passam à tarde, uma aprende o que não sabe, às vezes, eu venho pra cá e ensino elas e eu aprendo o que eu não sei (M01_G01_P01).*

A valorização da sua participação foi referida por 20 (57,14%) envolvidas como fator para alcance do bem estar/saúde e por 16 (45,71%) como a possibilidade de contribuir para a renda familiar, outras 11 (31,42%) salientam a interação com outras mulheres da comunidade

como fator propulsor à sua participação neste coletivo, conforme relato: *Aprenderem alguma coisa, até melhora a renda familiar, pra fazer algum trabalho, alguma coisa, e até mesmo pra pessoa não entra, não entra numa depressão* (M01_G03_P05).

Dos 08 envolvidos nos Grupos de Conselheiros Locais de Saúde, 05 (62,5%) revelam que o trabalho produzido decorre do interesse em dar resolutividade às ações em saúde realizadas pela equipe da ESF, por exemplo: *Acompanhar, fiscalizar, deixa vê, viabilizar, viabilizar soluções (...) do ponto de vista do Conselheiro* (M01_G06_P02). Outros 05 (62,5%) expressam também a relação com a ESF ao referirem à busca, por meio de reivindicações, de melhorias na infraestrutura e nos recursos materiais, *É fazer a melhora do posto médico dentro deles, aqui, nas atividades (...)* (M01_G07_P03) e 01 (12,5%) refere que o interesse está em fiscalizar as ações promovidas pela equipe da ESF, veja: *(...) como faltava medicamentos para a unidade, para a gente ter como pedir, como arrumar as ruas, limpar as valetas, pra começar a tirar os lixos dos bairros (...) entra nesse grupo por causa disso, pra reclama, e como reclama, e a gente reclama e pede, eles não atendem num dia e no outro dia a gente ta batendo lá de novo, não atende por telefone a gente vai pessoalmente* (M01_G06_P07).

Os Grupos de Moradores investigadas compuseram-se de 17 envolvidos, dos quais 16 (94,11%) referem à manutenção das condições sanitárias da comunidade para o alcance do bem estar/saúde e para a formação educacional dos moradores como interesse primordial do coletivo. *É o que sempre se fez os eventos, sempre o lucro visado nos eventos eram tudo em beneficio da comunidade, assim melhorias ambientais* (M02_G10_P04). *(...) cada diretoria tem o seu objetivo, (...) muitos objetivos em comum a limpeza da praça, a coleta seletiva* (M02_G10_P05).

Outros 05 (29,41%) envolvidos destacam a orientação comunitária, o oferecimento de atividades de lazer e a doação de gêneros alimentícios como proposição do trabalho desenvolvido. *Propiciar momentos de lazer, (...) de alegria por mais que eles sejam poucos. Eu trabalho com crianças então, eu sei que um pouquinho de momentos de alegria, um pouquinho de momentos de lazer, pra essas crianças já é muito, pode parecer que não, mas fica marcado pra eles por muito tempo* (M02_G11_P10).

A interação da comunidade com os gestores municipais para a negociação do alcance das necessidades locais foi referida por 04 (23,52%) envolvidos. *(...) trabalhar em prol da*

comunidade, por que o presidente do bairro ele tem acesso ao poder público. É um porta-voz do bairro, das necessidades de melhoria do bairro (...) (M02_G10_P01).

O objetivo é trabalhar em prol da comunidade, com o objetivo de levar conhecimento a nossa comunidade, tentar fazer com que os moradores tenham uma escola dentro do bairro, que agora já temos o CAIC, uma quadra de esportes a qual conseguimos através de um projeto também e agora agente tem lutado pra conseguir um posto mesmo, um posto de saúde do bairro mesmo (M03_G11_P07) e 02 (11,76%) identificam no trabalho da associação uma fonte alternativa para aquisição de uma renda, como: *(...) conseguir renda, um pouquinho mais de renda pra população, fazer sabão, pegar óleo velho, (...) ele também prejudica o meio ambiente (...)* (M02_G10_P05).

O alcance de uma renda em troca do trabalho realizado pelo grupo de recicladores e a possibilidade de contribuir para a manutenção da limpeza do meio ambiente comunitário foram referidos por 03 (60%) dos 05 envolvidos como principais objetivos para o desenvolvimento do trabalho do coletivo. *Nós trabalhamos bem, por um salário, por uma renda que ajude nos custos em casa* (M01_G08_P01). E, 01 (20%) referiu os cuidados com o meio ambiente como uma forma de ajudar a comunidade na manutenção do bem estar/saúde, de acordo com o relato: *Limpar o meio ambiente e gerar uma renda* (M01_G08_P02).

Para os pescadores o desenvolvimento do trabalho em coletivo representa, prioritariamente, a possibilidade para 04 (80%) dos 05 envolvidos em torná-lo formal. O *objetivo do grupo é trabalhar na legalidade, é muito burocrático, mas e não se quer trabalhar fora dela também* (M01_G09_P03). E, 01 (20%) refere à garantia do valor do produto no processo de negociação como interesse primeiro do coletivo, observe: *A gente tem o objetivo que ele pesque seu peixe e saiba quanto ele ta vendendo, quanto ele vai ganhar, vai dar valor ao seu produto, vai cuidar dele* (M01_G09_P01).

Discussão

A promoção da saúde como resultante da interação dos grupos locais organizados da comunidade com os profissionais da ESF revela a potencialidade, para além do trabalho da área da saúde, dos próprios moradores da comunidade em intervir em sua realidade. Intervenção que ao emergir da *iniciativa* dos profissionais indica que tal trabalho em saúde os permite conhecer e transformar as vulnerabilidades dos moradores em motivação para o desenvolvimento e fortalecimento de potenciais individuais.

No âmbito deste trabalho, os enfermeiros caracterizam a comunidade pela compreensão dos aspectos que determinam a saúde local⁽¹⁾. Eles desenvolvem suas ações

pautadas no modo de viver e de sobreviver da comunidade assegurando, assim, uma interação que mantém a saúde pela participação comunitária no próprio modo de trabalho da equipe⁽⁹⁾.

O envolvimento e o interesse, neste sentido, estão implicados na aproximação entre profissional e comunidade, com fins de construir uma relação interpessoal de confiança. Esta se fortalece pela melhora clínica da problemática momentânea que acomete o cliente e, especialmente pela manutenção de uma interação que valoriza a participação comunitária no trabalho da equipe da ESF e nas ações de integração entre membros da própria comunidade.

O trabalho de acompanhamento e monitoramento da saúde dos moradores realizados pelos profissionais da ESF configura-se como um momento de encontro. Para os enfermeiros, neste instante, é possível promover à saúde, especialmente, porque se produz um diálogo bidirecional entre os envolvidos. Interação que gera a ampliação das estratégias de autocuidado e, mais do que um diálogo preventivo, desencadeia sentimentos de pertença e de identificação do morador com sua comunidade, mediado pelo trabalho em saúde⁽¹⁰⁾.

Paralelamente a iniciativa dos profissionais, o *conhecimento* como o desejo expresso pelos moradores em estimular suas habilidades e apreender novas práticas por meio das ações desenvolvidas nos grupos locais organizados representa que o potencial individual se fortalece em coletivos e pelo trabalho da equipe de ESF. Fortalecimento marcado pela capacidade de estímulo ao pensar produtivo, que ocupa o tempo do cotidiano da vida comunitária e propicia mais do que aprender, desenvolver ou aperfeiçoar habilidades individuais. Contribui para o afastamento de problemas que tornam os moradores vulneráveis as (a)diversidades socioambientais.

No ambiente de trabalho da ESF, a negociação para a participação dos moradores nas ações de promoção da própria saúde demonstra que o enfermeiro favorece o acesso ao atendimento das necessidades clínicas⁽⁵⁾. Em contrapartida a participação comunitária nas ações conjuntas torna-se ativa pela liberdade em interagir solicitando esclarecimentos e escolhendo os assuntos de interesse particular que serão abordados garantindo a privacidade do desejo do morador⁽¹¹⁾, fator que evita constrangimentos e delimita interesses comuns⁽¹²⁾.

O *conhecimento* evidenciado estabelece um caráter dinâmico às relações interpessoais. Se por um lado os moradores têm na equipe da ESF um meio para obter maior suporte à promoção de sua saúde, por outro revelam que este os permite arguir os profissionais da saúde em prol de seus interesses para torná-los comuns a ambos.

A comunalidade de interesse entre os envolvidos em uma interação constitui-se no alicerce para constituição e consolidação de um ambiente de trocas pela compreensão das relações estabelecidas⁽¹³⁾. Tal compreensão implica na forma de participação dos moradores nos grupos locais organizados e na relação destes com os profissionais da saúde.

O trabalho da equipe da ESF ao mediar às relações interpessoais promove a gestão participativa das ações comunitárias que se consolida pelo interesse da comunidade em articular-se para mantê-lo e para qualificá-lo em termos de condições de trabalho. Para tanto, o *conhecimento* da sua funcionalidade propulsiona a participação comunitária que se sentem impelida a dar suporte às negociações entre profissionais e gestores.

Os gestores municipais buscam caminhos para atender a diversidade de necessidades dos moradores e das comunidades e entre tais, a interação como os clientes do trabalho da ESF, promove a resolutividade dos serviços. Contudo, se por um lado há liberdade no trabalho da ESF para promover a participação e o restabelecimento da saúde, por outro existe uma fiscalização do cumprimento das metas de produtividade. Assim, coexistem normatizações distintas entre os profissionais envolvidos neste tipo de produção em saúde⁽¹⁴⁾.

A participação da comunidade no trabalho da ESF por meio dos grupos locais organizados converge para afirmar a implementação de uma nova proposta de atenção à saúde. Proposta que almeja intervir em situações de risco para amenizar os efeitos deletérios do processo de desenvolvimento dos povos⁽¹⁵⁾.

O chamamento para participar dos grupos locais organizados pode também ocorrer por *iniciativa* dos próprios envolvidos, especialmente, pela identificação da necessidade de aquisição de uma fonte de renda ou ainda quando já há o desenvolvimento e *conhecimento* do modo de trabalho em coletivo. Os participantes envolvem outros moradores pela expressão de interesses comuns que perpassam a questão econômica individual e insere-se no âmbito das necessidades humanas básicas de recreação, gregária, lazer, entre outras de cunho coletivo.

O isolamento social, a impossibilidade de expressar-se ou de comunicar-se provoca o adoecimento psicobiológico nas comunidades⁽¹⁶⁾. A essência da condição humana está implicada na necessidade de sentir-se integrante de um coletivo conceituado ou definido socialmente, mesmo que cada morador de uma comunidade tenha em si sua singularidade que se conforma na pluralidade e potencialidade do ser, fazer, querer coletivo⁽¹⁷⁾.

O envolvimento nesta interação compõe-se do interesse individual em suprir suas necessidades humanas básicas que na dinâmica das ações de trabalho transbordam a competitividade das relações formais para produzir suporte à comunidade pelo acesso a informações que promovem a saúde⁽¹⁸⁾.

O *convívio* decorrente deste modo de atender as necessidades individuais de uma comunidade foi ressaltado pelos moradores envolvidos nos grupos locais organizados como fator para o alcance do bem estar. Este como resultado do incentivo dos profissionais da ESF ou dos próprios moradores à participação, a qual é capaz de valorizar o *conhecimento*, a experiência e as habilidades refletindo-se em mais do que uma forma para aproximar os moradores e identificar as estratégias locais de enfrentamento das vulnerabilidades. Valorização que se irradia para as interações sociais devido à possibilidade de produzir renda e contribuir para a *sobrevivência* familiar.

A promoção da saúde, nesta perspectiva, caracteriza-se pela solidificação do autocuidado como expressão do potencial de postar-se cotidianamente frente a situações de tomada de decisões que repercutirão sobre os desejos de apreender saberes, buscar verdades e produzir o bem estar para si e para outrem⁽¹⁹⁾. Desejos que obtêm nas ações do trabalho da equipe da ESF um meio para sua viabilidade, já que, laços de amizade são construídos a partir de interações que propiciam lazer, entretenimento e diversão concomitantemente a manutenção da condição de saúde da comunidade, nas quais a articulação está assegurada nas e pelas ações do enfermeiro⁽⁵⁾.

O trabalho do enfermeiro na ESF provoca um mútuo e recíproco atendimento às necessidades humanas básicas da comunidade na interação desencadeada entre o profissional e representantes dos grupos locais organizados por permitir a concretização da gestão participativa em saúde⁽²⁰⁾. Esse profissional fundamenta-se em um conhecimento clínico específico da enfermagem para intervir na complexidade dos determinantes locais da saúde avançando, assim, em termos de resolutividade das problemáticas comunitárias⁽²¹⁾.

Seu trabalho apoia-se nos desejos da comunidade para promover a saúde na simplicidade da (re)significação da autoimagem dos participantes dos grupos locais organizados. Avançando amplamente para consolidação da própria ESF, bem como para a qualidade das relações interpessoais e de saúde dos moradores.

A investigação da participação comunitária apresentada tem como limite a valorização da organização dos moradores no envolvimento e na definição de interesses em conjunto com o trabalho da equipe de ESF em detrimento a especificidade do tipo de produção realizada nos grupos locais organizados por entender que a promoção da saúde está para além da aquisição de renda, mas na autovalorização dos envolvidos como forma de estimular o bem estar dos e para os moradores.

Conclusão

A participação comunitária investigada decorre da interação entre moradores e destes com a equipe da ESF com a finalidade de promover a saúde dos indivíduos e do ambiente natural comunitário. Assim, o envolvimento e o interesse da comunidade em participar dos grupos locais organizados decorrem da *iniciativa* dos profissionais da saúde e dos moradores, já participantes desses grupos, para disseminar informações e *conhecimentos* a respeito do acesso e do modo de trabalho do serviço local de saúde, ou seja, da ESF.

Participação que contribui para o *convívio* de moradores que buscam alternativas para a manutenção e estabelecimento de um maior grau de saúde, promovido nos grupos pela interação interpessoal. Esta corrobora para a *sobrevivência* dos envolvidos pela melhoria do bem estar individual que fortalece a participação produtiva. Logo, o trabalho tem como resultado a produção da capacidade de negociação de mercadorias comercializáveis, de modo que, ele implica na aquisição de melhorias socioambientais e de renda.

Deste modo, a promoção da saúde se expressa nas ações dos grupos locais organizados que buscam a saúde para si, intervindo no seu modo de viver e de sobreviver, ou seja, agindo sobre os danos da ação humana. Paralelamente, os participantes se fortalecem porque conquistam maiores possibilidades de serem (re)conhecidos como sujeitos capazes de provocar mudanças no contexto local, na saúde e na natureza.

A contribuição deste estudo está para além do estímulo às ações de gestão participativa no âmbito da saúde, mas em destacar o potencial existente nas comunidades. Fundamento a ser explorado pela ampliação do convívio dos interessados em promover à saúde e garantir a sobrevivência das comunidades.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. Cezar-Vaz MR, Weis AH, Costa VZ, Soares JFS, Bonow CA, Cardoso LS, et. al. Estudo com enfermeiros e médico da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(4): 645-53.
3. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Scliar M. PHYSIS: História do conceito de saúde. *Rev. Saúde Coletiva.* 2007; 17(1): 29-41.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(3): 461-8.
7. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.
9. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(1):92-9.
10. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Silva MR, Costa VZ. The purpose of the communication process of group activities in the family health strategy. *Rev.Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(2): 396-402.
11. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant'Anna CF. Family health and group activities: the communicational process. *Rev. da Escola de Enferm da USP*; 45(6). ahead of print Epub 26 mar 2010.
12. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processo grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Rev. enferm. UERJ.* 2010; 18(2): 210-5.
13. Silva LAA, Mercês NNA, Schmidt SMS, Marcelino SR, Pires DEP, Carraro TEL. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(Esp):170-7.

14. Martino LMS. Teoria da Comunicação: ideias, conceitos e métodos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
15. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(1): 235-259.
16. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora EPU-EDUSP, 1980.
17. Arendt H. A condição humana. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
18. Martínez OH. Hacia una comunicacion efectiva y humanista en ambios de salud. *Rev Haban Cienc Méd Habana*. 2008; 7(1):1-10.
19. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15 (Esp.): 152-7.
20. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MR. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(3): 341-47.
21. Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Sant'Anna CF, Sena J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primário à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(1): 17-24.

6.2. CAPÍTULO II

Associativismo e Civismo: reflexão do capital social comunitário para a saúde socioambiental

Objetivo: Analisou-se o associativismo e o civismo como reflexão do capital social dos grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família para a saúde socioambiental. **Metodologia:** Realizaram-se entrevistas semiestruturada gravada com 70 participantes e observações sistemáticas e não participante nos 13 grupos comunitários organizados. Analisou-se o conteúdo qualitativamente com a utilização do software NVivo 7.0. Construíram-se as categorias - Associativismo: interesse comunitário em participar de grupos locais e, Civismo: organização do trabalho comunitário em grupos locais. **Resultados:**

Do associativismo emerge um compartilhamento coletivo que produz cooperação interpessoal para a e na condução do modo de viver. O civismo revela a existência de um planejamento para a e na execução do trabalho articulado entre os ambientes laborais que se circunscrevem territorialmente. **Conclusão:** O capital social nos grupos comunitários organizados destaca-se como forma de manutenção da universalidade do acesso aos serviços de saúde. Acesso que fortalece a participação da comunidade nos enfrentamentos da vida.

Descritores: Participação comunitária; Organização Comunitária; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

Associations and Civility: reflection of social capital for community environmental health

Introduction: We analyzed the associations and civic reflection as the capital of the organized community groups attached to the Family Health strategy for environmental health.

Methodology: Semistructured interviews were conducted with 70 participants recorded and systematic observations and not participating in the 13 organized community groups. Content was analyzed qualitatively using the software NVivo 7.0. They built up the categories - Associations: Community interest in participating in local groups and Civility: organization of community work in local groups. **Results:** Of associations emerges a share collective that produces ae for interpersonal cooperation in conducting the live mode. Civility reveals a plan to go to and the implementation of joint work between the working environments that are restricted territorially. **Conclusion:** The capital in organized community groups stands out as a way of maintaining universal access to health services. Access that strengthens community participation in the fighting life.

Descriptors: Consumer Participation; Communitarian Organization; Primary Health Care; Family Health Program.

Asociaciones y civismo: reflexión del capital social de la salud ambiental de la comunidad

Introducción: Se analizaron las asociaciones y la reflexión cívica como la capital de los grupos organizados de la comunidad asociados a la estrategia Salud de la Familia para la salud ambiental. **Metodología:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas con las observaciones de 70 participantes registrados y sistemática y no participan en los 13 grupos organizados de la comunidad. El contenido se analizó cualitativamente el uso del software NVivo 7.0. Construyeron las categorías - Asociaciones: el interés de la Comunidad en la participación en grupos locales y civismo: la organización del trabajo comunitario en los grupos locales. **Resultados:** De las asociaciones emerge una acción colectiva que produce ae para la cooperación interpersonal en la conducción del modo directo. Civilidad revela un plan para ir y volver a la aplicación de un trabajo conjunto entre los entornos de trabajo y que están limitados territorialmente. **Conclusión:** La capital de los grupos organizados de la comunidad se destaca por ser una forma de mantener el acceso universal a los servicios de salud. Access que fortalece la participación comunitaria en la vida luchando.

Descriptores: Participación Comunitaria; Organización Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar.

Introdução

A saúde na prerrogativa socioambiental extrapola a prestação de serviços de atendimento, recuperação e reabilitação em saúde das pessoas, quer em instituições específicas ou a domicílio⁽¹⁾. Ela solidifica-se pela consciência da ação comunitária sobre si e sobre suas relações com as pessoas e com o ambiente. Consciência que se traduz na busca de saberes e conhecimentos necessários às escolhas do modo de viver a vida⁽²⁾.

Busca que representa o foco deste estudo que tem nos grupos comunitários organizados seu objeto-sujeito de investigação. E no capital social sua fonte de sustentação que o define como o potencial individual pré-existente a organização coletiva e por esta utilizada para o alcance de fins comuns⁽³⁾. Definição que revela a importância de sua análise para a compreensão da determinação social da saúde e sua influência sobre o trabalho da estratégia Saúde da Família⁽⁴⁾.

Importância que inova o conhecimento pela ousadia em articular as ciências da saúde a social, não se centrando diretamente nas relações orgânicas das pessoas, mas no que as pessoas possuem para ser o diferencial para a sua própria saúde e para o ambiente. Procura-se complementar os estudos que abordam a relação profissional-comunidade, individual⁽⁵⁻⁶⁾ ou coletivamente⁽⁷⁾ e, que investigam as interferências ambientais na saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Assumindo-se a pretensão de responder: Como o capital social dos grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família pode influenciar a saúde socioambiental? Explora-se o capital social pela delimitada dos conceitos, associativismo que representa fazer parte de algo instituído e, civismo que se traduz em aceitar e comungar regras estabelecidas. Estabelecimento que se pauta em valores individuais aceitos em coletivo^(3,10). Com objetivo de analisar o associativismo e o civismo como reflexão do capital social dos grupos comunitários organizados adstritos a estratégia Saúde da Família para a saúde socioambiental.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo e analítico⁽¹¹⁾, realizado em 13 grupos comunitários localizados em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Selecionado a partir dos seguintes critérios de elegibilidade: estar adstrito ao território de cobertura da estratégia Saúde da Família (ESF),

desenvolver suas atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente para intervenção da ESF.

A população do estudo compôs-se por 70 envolvidos: 35 artesãs, 17 moradores, 08 conselheiros locais de saúde, 05 pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos. Lotados respectivamente em 05 grupos de artesãs, 04 de moradores, 02 Conselhos Locais de Saúde, 01 de pescadores e 01 de reciclagem.

A coleta de dados se sustenta nas técnicas de entrevista semiestruturada gravada em 2009 e 2010 e, em observação sistemática, não participante, pública e em situações naturais, realizada por dois pares de pesquisadores com a intenção de evitar a tendenciosidade⁽¹²⁾, totalizando 116 horas, em média de 9 horas e 30 minutos por grupo. Aplicou-se análise qualitativa de conteúdo⁽¹²⁾ com a utilização do software NVivo versão 7.0 construindo-se categorias empíricas, dispostas de modo não excludente, quais sejam: **Associativismo: interesse comunitários em participar de grupos locais** e, **Civismo: organização do trabalho comunitário em grupos locais**.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos atendeu-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, obtendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer n. 52/2008 e, das secretárias municipais. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante e códigos para identificação das entrevistas, quais sejam: M (município), G (grupo), E (entrevista) ou O (observação).

Resultados

Os dados referentes às entrevistas estão disponibilizados inicialmente para revelar o interesse finalístico em participar da composição grupal. Segue-se com os dados das observações que se revelam na contemplação da organização do trabalho na definição da participação individual para o alcance do objetivo do associativismo.

Associativismo: interesse comunitário em participar de grupos locais

O interesse, das 35 (100%) artesãs, em participar dos grupos de artesanato foi relacionado às trocas de conhecimentos, 24 (68,57%); ao alcance do bem estar e da saúde, 20 (57,14%). *Ai eu acho que isso ai é muito bom, um relacionamento assim que a gente aprende a conviver com as pessoas, a ter mais conhecimento, participar da comunidade não é, porque eu até ai, eu não tinha participação nenhuma com elas [grupo]* (M01_G01_E08). A possibilidade de contribuir para a renda familiar, 16 (45,71%) e; a interação com outras mulheres da comunidade, 11 (31,42%). *(...) a gente aprende uma coisa, faz em casa (...) já tem economia porque tu aprende a fazer uma roupa, aprende a fazer um trabalho de enfeitar a casa, tu vais num aniversário tu tem um presentinho pra dar, ajuda até na economia da casa também* (M01_G03_E13).

Dos 08 envolvidos nos grupos de conselheiros locais de saúde, a finalidade referida para a participação está em dar resolutividade às ações em saúde realizadas pela equipe da ESF, 05 (62,5%); em ter espaço para reivindicar com a equipe melhorias em infraestrutura e recursos materiais, 05 (62,5%) e; em fiscalizar as ações promovidas pela equipe da ESF, 01 (12,5%). *(...) a comunidade vê que alguma coisa está errada dentro da unidade de saúde, ao invés de fica pegando o telefone e ficar ligando pra secretária (...) vem pra dentro do conselho, expõe o que está se passando e o conselho vai buscar junto com os profissionais. E às vezes acontece o contrário o profissional de saúde vê que está acontecendo problemas rotineiros (...)* (M01_G10_E52).

No grupo de recicladores de resíduos sólidos o interesse para o envolvimento está implicado no alcance de uma renda em troca do trabalho e na possibilidade de contribuir para a manutenção da limpeza do meio ambiente comunitário, 03 (60%). *Nós trabalhamos pra limpar as coisas e também por um trocadinho [dinheiro], que não é muito (...)* (M01_G10_E58). E, o auxílio a manutenção do bem estar e da saúde comunitária pelo cuidado do meio ambiente, 01 (20%). *Porque (...) a vila tava muito atirada, muito suja, então nós achamos melhor trabalhar pelo meio ambiente* (M01_G10_E61).

O interesse do grupo de pescadores, 05 (100%), está na formalização das atividades de trabalho, 04 (80%). (...) *trabalhar na legalidade é muito burocrático, mas e se não quer, trabalhar fora dela também* (M01_G04_E62). E, na garantia do valor do produto no processo de negociação, 01 (20%). (...) *ele pesque seu peixe e saiba quanto ele está vendendo, quanto ele vai ganhar, vai dar valor ao seu produto, vai cuidar dele* (...) (M01_G04_E63).

O interesse dos moradores, 17 (100%) foi relacionado ao bem estar e saúde comunitária pela manutenção das condições sanitárias e a formação educacional dos moradores, 16 (94,11%); a orientação comunitária, o oferecimento de atividades de lazer e a doação de gêneros alimentícios como proposição do trabalho desenvolvido, 05 (29,41%). (...) *levar conhecimento a nossa comunidade, tentar fazer com que os moradores tenham uma escola dentro do bairro* (...) *uma quadra de esportes* (...) *uma forma de obter conhecimento e ter renda* (...) (M03_G07_E44). A interação da comunidade com os gestores municipais para a negociação do alcance das necessidades locais, 04 (23,52%) e; uma fonte alternativa para aquisição de uma renda, 02 (11,76%).

Civismo: organização do trabalho comunitário em grupos locais

As observações do trabalho dos 05 (100%) grupos de artesanato permitem inferir a presença de profissionais da ESF, agente comunitário de saúde nos 05 (100%) e do enfermeiro, 04 (80%). Os primeiros participam executando e coordenando as atividades de ensino, 03 (60%); auxiliando as envolvidas no trabalho manual, 01 (20%). *ACS Sol sugere que uma pessoa vá unindo os fuxicos para formar a colcha e as demais confeccionem fuxicos* (M01_G03_O03). E, aprendendo a realizar o trabalho manual e a realizando sua comercialização, 01 (20%). *ACS Céu comenta na segunda sala em tom suficiente para se ouvir na primeira sala, sobre a possibilidade de expor na FEARG [Feira de Artesanato do município] os trabalhos que confeccionam no grupo de artesanato* (M01_G01_O01). Os enfermeiros preocupam-se com a viabilidade das ações, acesso aos materiais e participação da comunidade e com o registro das ações, 04 (80%). A presença da

comunidade é flutuante e interrompida no período das férias de verão, independentemente do local de realização, 05 (100%).

Os 02 (100%) grupos de conselheiros locais de saúde envolvem agentes comunitários e técnicos de enfermagem. Ambos dialogam e expõem estratégias para viabilizar as solicitações da comunidade e os primeiros ainda produzem o registro em ata das definições, encargos e pautas e, dividem com membros da comunidade participantes os compromissos das buscas necessárias para a tomada de decisão das próximas pautas. (...) *discutem se entrarão em contato com a coordenação antes ou após as eleições [CLS]. Pensam então em realizar contato com a coordenação anteriormente às eleições. Presidente do CLS olha para ACS e diz que tem que ir ao terreno, combinam de ir ao dia seguinte às 9h, e ACS convida morador/participante A para acompanhá-los* (M01_G10_O11). A comunidade tem participação obrigatória e integra a hierarquia estrutural do conselho.

O grupo de recicladores de resíduos sólidos compõe-se unicamente de membros da comunidade, 05 (100%) pessoas e que possuem laços afetivos de família. Suas ações diárias constituem-se em separar e selecionar os materiais, reduzir manualmente suas dimensões e armazená-los em estruturas específicas, 04 (80%). (...) *elas trabalham selecionando o material sobre uma bancada, usam luvas de borracha* (M01_G13_O10). O deslocamento dos materiais e seu acondicionamento são realizados pelo único homem que integra o grupo, 01 (20%). É feito ainda a compra de latas trazidas por crianças, com base na pesagem e também a venda de vidros para homens da comunidade. Estas ações são registradas em um livro ata e as sextas-feiras, à tarde, com auxílio de funcionários da universidade local, é realizado um balanço da produtividade. *Representante do NUDESE [Núcleo de Desenvolvimento Social e Econômico] nos explica que se tratar de um núcleo da universidade que atua com vários acadêmicos de diferentes cursos auxiliando associações (...) na administração de recursos e de atividades* (M01_G13_O02). Eventualmente as mulheres realizam relatos de experiência por convite das escolas locais para orientar os

profissionais destas e as crianças sobre a coleta seletiva: o que pode ser reciclado, quais os cuidados com a dispensação do lixo, entre outros aspectos. O trabalho manual é realizado em dois turnos, matinal das oito horas às onze horas e trinta minutos e, a tarde das treze horas e trinta minutos as dezessete horas e trinta minutos, em um galpão cedido pela prefeitura municipal.

Os 05 (100%) pescadores que constituem o grupo investigado residem na mesma comunidade e não possuem a participação dos profissionais de saúde da ESF para a realização de suas ações. Estas predominam no turno matinal, sete horas, em que o presidente ou vice dirigem-se aos quatro acessos, trapiches de chegada das embarcações, canoas, para verificar como foi a pesca. Possuem infraestrutura denominada sede, em construção conseguida com incentivo governamental. Estes dois homens conseguem junto aos setores públicos a participação em projetos, mais especificamente de habitação. Logo, eles auxiliam na tomada de decisão sobre quem tem maiores necessidades e atende os critérios do programa. São as mulheres dos pescadores quem realizam a limpeza do pescado no domicílio. *Deslocamos-nos da sede para o primeiro acesso a lagoa, pelo caminho é possível constatar o trabalho feminino de limpeza do camarão no pátio das residências (M01_G04_O15).* Na sede fica parte da produção deste conjunto de 05 (100%) dos pescadores associados, após limpeza, ensacagem e congelamento, ou seja, prontos para comercialização e transporte.

Os 04 (100%) grupos de moradores são compostos exclusivamente por membros da comunidade e, existe a utilização do ambiente pelo enfermeiro e agentes comunitários de saúde, 01 (25%). As ações do grupo possuem caráter paternalista, cujo fim circunscreve-se em doar ou fornecer bens desta ação para membros da comunidade local ou municipal, 03 (75%) e, viabilizar programas de atendimento as demandas sociais da comunidade, 02 (50%). *Participante M conta situação de morador com quatro filhos que ocupou um terreno de dois por três metros quadrados e que foi denunciado e o promotor mandou desapropriar sendo que no bairro tem uma grande extensão que um morador ocupou e que ninguém desapropria, são três hectares, fecharam com intuito de vender*

futuramente. Conclui dizendo: “O problema são os antigos moradores do município” (M03_G08_O14). Os profissionais de saúde referidos realizam as atividades dos grupos prioritários na sede do grupo de moradores, 02 (50%).

Discussão

O movimento para constituição do associativismo nos grupos comunitários investigados sustenta-se majoritariamente pela relação de adstrição a ESF. O trabalho desenvolvido nestes tem na busca do bem estar, marcadamente individual e algumas vezes coletivo, o impulso para sua existência e ação. Bem estar eclodido pelo processo interacional que permite o compartilhamento de conhecimentos e sua expansão, revertidos em valorização pessoal e fonte de renda complementar a familiar.

Compartilhamento que ao englobar os profissionais da saúde produz segurança terapêutica, que extrapola os métodos curativistas e abarca a promoção da saúde pela ampliação da confiança da comunidade em relação ao trabalho dos profissionais⁽¹³⁾. Confiança que no panorama das políticas públicas brasileiras remete a um conflito de valores políticos. Valores estes que mostram os limites e as possibilidades para o desenvolvimento comunitário e da saúde na vertente socioambiental⁽¹⁴⁾.

Vertente em que a troca de informações entre pessoas com os mesmos interesses representa a possibilidade, ou seja, facilita a acessibilidade ao conhecimento necessário para a ação conjunta planejada. Uma vez que, a informação emitida por cada um dos participantes concretiza a cooperação e impulsiona o compartilhamento⁽¹⁵⁾. Logo, o compartilhamento do conhecimento, assim como revelado neste estudo, desponta o indicativo de que toda e qualquer associação de pessoas requer organização funcional e seu domínio, civismo. Para que, nestas condições os seus integrantes possam descobrir seus potenciais e usufruam destes, inovando-os⁽¹⁶⁾.

Descoberta de potenciais comunitários que podem se transformar em recursos estratégicos para o aprimoramento e resolutividade do trabalho das equipes da ESF no tangente ao fortalecimento dos princípios de universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade da assistência em saúde⁽¹⁷⁾.

Outra motivação para o associativismo e o civismo encontrados nos grupos comunitários investigados relaciona-se a viabilização financeira dos serviços de saúde locais, ESF. Viabilização caracterizada como tática política da gestão municipal para a descentralização econômica e consecutivamente dos serviços de saúde lotados nas comunidades. Situação referida como condição de interação direta dos representantes da comunidade na dinâmica de acesso e funcionamento da ESF.

Condição interacional que evidencia um dos limites relativos à compreensão das comunidades acerca da organização institucional de origem pública⁽¹⁴⁾ e que reflete a vigência das propostas de aproximação não somente dos profissionais de saúde com a comunidade, mas dos grupos comunitários organizados aos serviços⁽¹⁷⁾.

Descentralizar os serviços de saúde, na perspectiva ministerial, é permitir aos gestores municipais priorizarem as peculiaridades socioambientais de seu território⁽¹⁸⁾. Priorização que contribui para a criação de ambientes de apresentação e discussão das problemáticas comunitárias mediante a mobilização organizada da comunidade e em ou com a colaboração dos profissionais da ESF e que resultam na avaliação epidemiológica dos indicadores de saúde⁽¹⁹⁾.

Este é um dos caminhos apontados à negociação e articulação das comunidades com a gestão municipal e que determina sua participação na tomada de decisões sobre o sistema e seu próprio acesso a este⁽²⁰⁾. Já que, a gestão em saúde não se delimita pela presença e funcionalidade dos recursos humanos e materiais em um ambiente específico, ela precisa estar ao encontro das necessidades comunitárias e dos meios para supri-las⁽²¹⁾.

Necessidades que incluem a obtenção da renda de subsistência evidenciada, pelo presente estudo, a partir da conjunção da força de trabalho em grupos comunitários organizados, em que o acesso amplia-se mediante o associativismo e o civismo pelo incentivo governamental.

Tal resultado singulariza-se a outros grupos explorados em que o cooperativismo decorrente do associativismo e do civismo implica em competitividade, produção, agregação de valor, acesso ao crédito, a informação e, o respaldado em políticas públicas⁽²²⁾.

Implicações que são identificadas pelos profissionais da ESF na avaliação das necessidades comunitárias a partir das más condições de vida da comunidade e, que no cotidiano do trabalho são submergidas pela relação causa-efeito do processo de adoecimento. Assim, explorar a heterogeneidade do território de adstrição comunitária pode representar uma possibilidade para os profissionais da saúde, manter ativa sua ação e/ou intervenção para divulgação de informações necessárias a mudança de comportamento da tríade comunidade-profissionais-gestão⁽²³⁾.

Esta exploração territorial inclui a inserção dos profissionais da saúde em ambientes coletivos de interação comunitária, em que há uma maior concentração de potencial humano de auxílio às transformações necessárias para o alcance da saúde socioambiental, mesmo que essa inserção profissional apresente objetivos distintos da origem de constituição do grupo⁽²⁴⁾.

Encontrou-se ainda que o trabalho da ESF alicerça civicamente as ações da maioria dos grupos comunitários organizados desenvolvidos em seu interior ou em seu território de adstrição. Agentes comunitários de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem solidarizam-se com a comunidade e despertam um processo de trocas para além do ensino-aprendizagem. Trocas simbólicas materializadas pelo respeito e admiração mútuos, elementos interacionais não palpáveis que expressam o civismo concretizador do associativismo.

Por ser a ESF um modelo de atenção primária, em sua proposição as ações de trabalho devem ocorrer pela parceria dos profissionais com a comunidade⁽²⁵⁾. Parceria que se transcreve em cooperação e que transborda os limites estruturais do ambiente formal de trabalho da estratégia, facilitando o acesso à comunidade por meio de outras instituições e indicando a possibilidade de apreensão do capital social⁽²⁶⁾.

Apreensão que em alguns casos esbarra na articulação interprofissional que impede a constituição da solidariedade como elemento propulsor da confiança e da cooperação entre profissionais da saúde e comunidade em decorrência da priorização do atendimento à demanda de intervenção clínica curativista⁽²⁷⁾.

Articulação interprofissional que nos grupos comunitários investigados supera-se pela organização do trabalho. Organização constatada a partir da observação dos registros das tomadas de decisões e das responsabilidades programadas e assumidas por seus membros, independente de serem profissionais da saúde ou moradores da comunidade.

Responsabilidade que representa mais do que a participação comunitária nos processos decisórios, mas sua identidade como membro significativo para o trabalho dos grupos. Esta significação compreendida como reconhecimento implica em reciprocidade relacional e solidariedade⁽²⁸⁾.

Reconhecimento grupal que se materializa na aquisição dos recursos necessário para ao bem estar da comunidade, ou melhor, dos seus integrantes. Aquisição corroborativa ao fortalecimento do capital social, pois da confiança e cooperação produzida entre pessoas peculiares constroem-se alternativas e estratégias para enfrentamento e superação de problemáticas específicas da vida em comum⁽²⁹⁾.

Capital social que caracteriza socioambientalmente os municípios explorados e indica a determinação social da saúde, que transpõe o acesso aos insumos e serviços para abranger as condições sanitárias, de educação, de trabalho, entre outras. Busca de melhores condições que

corroboram com a permanência dos grupos comunitários organizados, já que, das ações efetivadas nestes têm-se um produto convertido em renda familiar ou para subsistência. Soma-se o aprender novas técnicas de trabalho, de utilização de materiais, bem como o potencial de negociação com a gestão municipal decorrido da conjunção de representantes comunitários e as vias ministeriais propícias.

São as relações interpessoais o capital social em constante potencial amplificador e o elemento capaz de proporcionar aos profissionais da saúde mais do que somente o conhecimento das implicações do ambiente sobre a saúde e vice-versa, mas sua utilização no desenvolvimento das ações socioambientais⁽³⁰⁾.

Destaca-se neste estudo a confiança e a solidariedade como atributos do capital social viabilizadores de cooperação entre profissionais da ESF e grupos comunitários organizados. Tendo em vista que a atenção primária em saúde engloba o planejamento das condições ambientais para alcance da saúde individual e coletiva, o conhecimento técnico-científico dos profissionais e o domínio sócio-cultural da comunidade é o que gera cooperação e fortalece o capital social existente.

Conclusão

O capital social nos grupos comunitários organizados destaca-se como forma de manutenção da universalidade do acesso aos serviços de saúde, em especial a ESF. O potencial comunitário torna-se fortalecido pelas ações conjuntas que englobam a participação dos profissionais da saúde.

Tem-se o associativismo que se caracteriza como bem mais do que o agrupamento comunitário para o alcance de fins comuns. Ele fortalece as diferentes e individuais formas da comunidade manter e ampliar os elementos que determinam a saúde das pessoas e as condições do ambiente. Deste associativismo emerge um compartilhamento coletivo que produz cooperação interpessoal para a e na condução do modo de viver. Em paralelo,

evidencia uma maior sistematização do trabalho da ESF, conferindo qualidade aos serviços pela efetiva participação da comunidade no contexto da organização do trabalho.

Organização que se traduz no que se definiu de civismo, o qual revela a existência de um planejamento para a e na execução do trabalho articulado entre os ambientes laborais que se circunscrevem territorialmente. Há também a corresponsabilização dos participantes de modo documental para que haja fluidez nas ações e resolutividade.

Estas características conjugadas revelam o capital social e seu potencial nas comunidades investigadas. Revelação ratificação epidemiologicamente e que apontam para a ampliação da saúde socioambiental pelo potencial de movimentação articulada dos profissionais da saúde e da comunidade organizada.

Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Divisão de Saúde e Ambiente. Programa de Qualidade ambiental. Atenção Primária Ambiental. Washington, D.C. Junho, 1999.
2. Cezar-Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JFS, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(3): 418-25.
3. Higgins SS. Fundamentos teóricos do capital social. Chapecó: Argos, 2005.
4. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011; 24(3): 341-347.
5. Katz ML, Laffel LM, Perrin JM, Kuhlthau. Impact of type 1 diabetes mellitus on the family is reduced with the medical home, care coordination, and family-centered care. *J Pediatr*. 2012; 160(5): 861-7.

6. Usta J, Antoun J, Ambuel B, Khawaja M. Involving the health care system in domestic violence: what women want. *Ann Fam Med*. 2012; 10(3): 213-20.
7. Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant'Anna CF. Communication process: a group activities tool in the family health strategy. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(6): 1323-1330.
8. Azad K, Barnett S, Banerjee B, Shaha S, Khan K, Rego AR, Barua S, Flatman D, Pagel C, Prost A, Ellis M, Costello A. Effect of scaling up women's groups on birth outcomes in three rural districts in Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2010; 375(9721): 1193-202.
9. Martins SR, Cezar-Vaz MR. A articulação dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família e as comunidades locais. *REME. Rev. Mineira de Enferm*. 2010; 14(4): 490-498.
10. D'Araujo MCS. *Capital Social*. Rio Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
11. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Silverman D. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
13. Chang CW, Huang HC, Chiang CY, Hsu CP, Chang CC. Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety. *J Adv Nurs*. 2012; 68(8): 1793-803.
14. Laniado RN. Troca e reciprocidade no campo da cultura política. *Soc. estado*. 2001; 16(1-2): 222-244.
15. Alcará AR, Chiara IGD, Rodrigues JL, Tomaél MI, Piedade VCH. Fatores que influenciam o compartilhamento da informação e do conhecimento. *Perspect. ciênc. inf*. 2009; 14(1): 170-191.
16. Tonet HC, Paz MGT. Um modelo para o compartilhamento de conhecimento no trabalho. *Rev. adm. Contemp*. 2006; 10(2): 75-94.

17. Cezar-Vaz MR, Silva MRS, Bonow CA. Family health strategy as socioenvironmental strategy for health promotion for vulnerable families. J Nurs UFPE. 2012; 6(6): 1474-84.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em: 22 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006.
20. Figueiredo PP, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. Physis. 2010; 20(1): 235-259.
21. Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho SB, Barros MEB. (Org.). Trabalhador da Saúde, Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S0103-7331201000010001300001&lng=en
22. Gonçalves AF. Experiências em economia solidária e seus múltiplos sentidos. Rev. Katál. 2008; 11(1): 132-142.
23. Graziano AP, Egry EY. The micropolitics of the work of health professionals in health centers: regarding the health needs of families. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46(3): 650-656.

24. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Community of practice as a collective way of learning and development of practices and knowledge of the family health strategy: a theoretical study. *Braz. J. Health Promot.* 2012; 25(2): 104-112.
25. Aguiar ASE, Pollyana M. Essential attributes and qualifiers of primary health care. *Braz. J. Health Promot.* 2012; 25(2): 1-2.
26. Souza EM. Intergenerational integration, social capital and health: a theoretical framework and results from a qualitative study. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2011; 16(3): 1733-1744.
27. Lima RCGS, Verdi MIM. Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges. *Interface (Botucatu).* 2009; 13(29): 271-283.
28. Mayer R. A gramática da ação de trabalhadores em cooperativas de produção no Sul do Brasil. *CADERNO CRH.* 2011; 24(63): 627-646.
29. Gomes LG. *Le réseau D'Échanges des savoirs de belleville e ménilmontant*: uma discussão sobre associativismo e reciprocidade no mundo contemporâneo. *Soc. estado.* 2001; 16(1-2): 276-305.
30. Mendonça RC, Giatti LL, Toledo RF. A temática ambiental em representações e práticas de profissionais de saúde da família no município de Manaus - AM/Brasil. *Saude soc.* 2012; 21(3): 776-787.

6.3. CAPÍTULO III

Cuidados primários em saúde: o atendimento às necessidades comunitárias

Atención primaria de salud: la atención de las necesidades de la comunidad

Primary health care: it's community needs

Resumo

Objetivo: compreender como o trabalho da estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias.

Metodologia: estudo exploratório-descritivo e analítico realizado com 128 sujeitos no período de 2009 a 2010 por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, observações sistemáticas e não participantes e por levantamento documental de fontes secundárias. Analisado qualitativamente o conteúdo com a utilização do software NVivo 7.0.

Conclusão: os cuidados primários em saúde eclodem em uma perspectiva de acesso que congrega os princípios de compreensividade, orientação à pessoa, continuidade e regularidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Participação Comunitária; Enfermagem.

Resumen

Objetivo: comprender cómo el trabajo de la Estrategia Salud de la Familia cumpla con las necesidades de la comunidad.

Metodología: Estudio descriptivo exploratorio realizado con analítica y 128 sujetos en el periodo de 2009 a 2010 a través de grabaciones de entrevistas semiestructuradas, observaciones sistemáticas y no participantes de la encuesta y documental de fuentes secundarias. Cualitativamente analizado el contenido mediante el software NVivo 7.0.

Conclusión: La atención primaria de salud en la perspectiva de acceso escotilla que reúne a los principios de integralidad, la orientación persona, la continuidad y la regularidad.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Programa de Salud Familiar; Participación Comunitaria; Enfermería.

Abstract

Objective: to understand how the work of the Family Health Strategy meets community needs.

Methodology: descriptive exploratory study conducted with analytical and 128 subjects in the period from 2009 to 2010 through recorded semi-structured interviews, systematic observations and nonparticipants and documentary survey of secondary sources. Qualitatively analyzed content using the software NVivo 7.0.

Conclusion: The primary health care in a hatch access perspective that brings together the principles of comprehensiveness, the person orientation, continuity and regularity.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Program; Consumer Participation; Nursing.

Introdução

A compreensão da saúde na perspectiva socioambiental contempla da atenção primária em saúde que se traduz no trabalho profissional de intervenção preventivista e curativista. A agregação do termo ‘ambiental’ representa a perspectiva de desenvolvimento sustentável das comunidades para o alcance do bem estar pela satisfação das necessidades corpóreas, pelo próprio fortalecimento interacional entre as pessoas e o ambiente natural. Desta forma, prevê o manejo e a utilização dos recursos comunitários para fazer a diferença na saúde comunitária⁽¹⁾.

Diante dos elementos que se articulam para expressar a saúde comunitária se elencam os cuidados primários em saúde como parte do processo de trabalho da enfermagem. Eles referem-se à longevidade interacional dos profissionais com a comunidade para garantir o acesso a informações, as diferentes possibilidades de uma comunidade obter o atendimento de necessidades, a assistência qualificada e especializada e, as ações em saúde⁽²⁾.

O acesso a informações imbrica em autonomia para a tomada de decisão da comunidade em relação às suas ações e as dos profissionais da saúde. Ele permite ainda o desenvolvimento de um diálogo recíproco caracterizado como *compreensivo* ao denotar o estabelecimento da confiança na relação interpessoal em constante consolidação⁽³⁾.

Constância que se fortalece na diversidade do atendimento profissional da estratégia Saúde da Família em que as ações promovidas estão *orientadas* pelas características comunitárias⁽⁴⁾. Orientação que implica em cumprir metas de cobertura e que produz um processo de negociação para o acesso comunitário, no qual a comunidade apresenta suas necessidades e obtêm respostas⁽⁵⁾.

Respostas que se associam a *continuidade* do atendimento das necessidades comunitárias específicas. Associação que propulsiona a compreensão dos cuidados primários como bem mais do que a redução do tempo de espera ou a adequação das horas do próprio atendimento profissional. Mas como o acesso a rede de serviços que garante a resolutividade das necessidades da comunidade⁽²⁾.

Resolutividade marcada pela diretriz de intersetorialidade do sistema de saúde brasileiro⁽⁶⁾. Mais especificamente no princípio referência e contra-referência da estratégia Saúde da Família, que fortalece a *regularidade* de acesso da comunidade. Regularidade fortalecida pelo princípio de territorialização que define uma área geoespacial e um número de famílias como prioridades para o planejamento e desenvolvimentos das ações dos profissionais dessa estratégia⁽⁷⁾.

Com base na descrição dos princípios norteadores dos cuidados primários em saúde: *compreensividade, orientação à pessoa, continuidade e regularidade*, este estudo foi elaborado com o objetivo de compreender como o trabalho da estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo e analítico⁽⁸⁾, realizado em 03 municípios adstritos à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Selecionado a partir dos seguintes critérios: estar adstrito ao território de cobertura da estratégia Saúde da Família, desenvolver atividades no mínimo há seis meses e não se configurar em um grupo de atendimento a patologias preconizadas ministerialmente.

A população do estudo compôs-se por 128 sujeitos, dos quais 70 são participantes de grupos comunitários organizados: 35 artesãs, 17 moradores, 08 conselheiros locais de saúde, 05 pescadores e 05 recicladores de resíduos sólidos. Lotados respectivamente em 05 grupos de artesãs, 04 de moradores, 02 Conselhos Locais de Saúde, 01 de pescadores e 01 de reciclagem, totalizando 13 grupos. E, 58 são profissionais da estratégia Saúde da Família: 25 agentes comunitários, 12 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros e 10 médicos.

A coleta de dados sustenta-se pelo método de triangulação de fontes⁽⁹⁾ em que se realizaram as técnicas de entrevista semiestruturada gravada em 2009 e 2010. Observação sistemática, não participante, pública e em situações naturais produzidas por dois pares de pesquisadores para evitar tendenciosidade⁽¹⁰⁾, totalizando 116 horas, em média de 9 horas e 30 minutos por grupo. E, levantamento documental dos dados secundários: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Aplicou-se análise qualitativa de conteúdo⁽¹⁰⁾ com a utilização do software NVivo versão 7.0 construindo-se as categorias teórico-empíricas: **A compreensividade no acesso a informação, A orientação dos cuidados às pessoas no acesso individual e/ou coletivo, A continuidade pelo acesso a assistência específica e, A regularidade do acesso comunitário as ações de trabalho da estratégia Saúde da Família.**

Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer n. 52/2008 e, das secretárias municipais. Utilizou-se o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido do Participante e o seguinte código para identificação: M (município), G (grupo), E (entrevista) ou O (observação).

Resultados

A apresentação dos dados se caracteriza pela inclusão dos relatos dos sujeitos e das observações simultaneamente em mais de uma categoria, ou seja, de modo não excludente.

A compreensividade no acesso a informação

Do conjunto de 128 entrevistados, houve 86 (67,18%) referências à compreensividade dos cuidados produzidos pelo trabalho da equipe da estratégia Saúde da Família, evidenciados pelas visitas domiciliares em 51 referências (59,30%), em ações-intervenção pautadas no diálogo, 18 (20,94%) e nos procedimentos realizados em domicílio, 17 (19,76%).

Visitas domiciliares que para os agentes comunitários de saúde representam o acesso ao atendimento médico a domicílio, “(...) *a gente [agente comunitário de saúde] vai às casas das pessoas não é, então os velhinhos tem atendimentos do médico nas suas casas*” (M01_G02_E14) e, as informações e procedimentos de competência dos demais membros da equipe. Estas últimas ilustram também as referências dos enfermeiros, “*A puérpera veio, está com três dias e está com dificuldade da pega, tu vai lá senta, tu explica, tu ajuda, depois tu volta no outro dia*” (M01_G06_E32). Para os médicos possibilita a avaliação pré-cirúrgica, “*Acho que as visitas domiciliares tranquilizam, deixam a população segura, pra ti poder fazer uma cirurgia sabendo que alguém vai te cuidar, ou de poder tomar uma decisão, com relação a sua saúde, sabendo que não vai ta sozinha*” (M01_G12_E58) e, para os técnicos de enfermagem a visualização do contexto familiar.

Para o conjunto dos cinco tipos diferentes de grupos comunitários as visitas domiciliares ampliam o acesso a informações de fins preventivos e curativos. “*Pedindo para eles [equipe], atendem. Os agentes atendem, vão a casa e agendam, e o que tu pede ele traz*

para o posto e tenta agendar” (M01_G10_E61). “(...) se tu tens um exame marcado, eles pegam resultado do exame (...). Eles vão à tua casa te avisar quando é que tem que comparecer na consulta” (M01_G01_E03). “Porque as visitas previnem as jovens a não ficarem grávidas cedo, previne os idosos sobre as doenças que atingem” (M03_G09_E46).

As observações confirmam os relatos da realização de um atendimento clínico e educativo na comunidade, em que o primeiro demarca as ações dos diferentes profissionais e o segundo congrega o trabalho em equipe. *“Participante V pergunta para ACS se a médica está na unidade. Ela diz que sim e participante V diz: - Não posso sair sem falar com ela. A ACS responde: - Ela está atendendo, tem que aguardar” (M01_G03_O27). “ACS Li fala para a mãe do menino de dois anos: Ao contrário do que estás falando, é melhor dar para a criança o chocolate preto, porque o branco é mais doce e tem mais gordura” (M01_G02_O13).*

O levantamento documental revela diferenças entre os municípios na realização das visitas domiciliares de enfermagem (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Visitas domiciliares de enfermagem.

VD	RG / Abril	SVP / Abril	SJN / Abril
2011	4.765 / 526	477 / 100	606 / 131
2010	4.140 / 522	579 / 51	862 / 132
Total	8.905 / 1.048	1.056 / 151	1.468 / 263

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

A orientação dos cuidados às pessoas no acesso individual e/ou coletivo

Houve 77 (60,15%) referências à realização de cuidados orientados às pessoas pelo acesso ao atendimento clínico profissional individual em 40 (51,95%) referências; ao coletivo,

atividades em grupo, 33 (42,85%); outras atividades de lazer, 03 (3,90%) e de aquisição de renda, 01 (1,30%).

Para agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos as consultas são a principal forma de atendimento as necessidades da comunidade, particularizado em procedimentos para os técnicos de enfermagem. *“Atende assim através de consultas médicas, de Enfermagem, atendimento de procedimentos de técnico de enfermagem, todos esses”* (M01_G11_E51). *“As necessidades para eles é atendimento médico, não é, (...)”* (M01_G03_E19).

“(...) de várias formas, consulta médica, quando necessário, consulta de enfermagem, atendimento de enfermagem sempre (...), entendeu” (M01_G12_E58). *“Atende as necessidades de vacinação, uma das formas que creio (...)”* (M01_G04_E21).

Tais dados são ratificados pelos grupos de artesanato, de conselheiros e de recicladores de resíduos sólidos. *“(...) meu esposo mesmo que é hipertenso ele vai ao posto, ele mede pressão, vê o açúcar dele se não está muito alto, até remédio eles dão (...)”* (M01_G05_E28). *“É através das consultas e das visitas dos agentes de saúde, essas duas”* (M01_G10_E51). *“Vou ali e tiro ficha não é. Tiro ficha aí, marco pro médico aí tal dia o médico está ali pra atende”* (M01_G10_E57).

As atividades em grupo são referidas como ambientes coletivos por toda a equipe da estratégia Saúde da Família. Enfermeiros e médicos mencionam sua contribuição para promoção da saúde mental.

O melhor exemplo é esse grupo de convivência. Nós percebemos que na nossa comunidade tinham muitas pessoas deprimidas, muitas pessoas vinham no posto, chorando ou falando comigo ou com o médico, pedindo um remédio (M01_G07_E37).

Geralmente mulheres, que ficavam sozinhas em casa ou idosas, que ainda não estavam em depressão, mas estavam mostrando sinais de

que daqui a pouco, se não tivesse uma convivência, outro ambiente pra troca informações, pra se diverti, pra ter lazer, acabariam entrando em depressão (M01_G03_E17).

Fragmentos observacionais registrados salientam as necessidades das pessoas como foco do planejamento, programação e ação/intervenção da equipe. Necessidades marcadas pelo acesso ao atendimento individual ou coletivo e a terapêutica medicamentosa. *“Participante L diz que a morador G veio reclamar da dificuldade de conseguir agendar atendimento médico na unidade da CB e diz que irá conversar com a burocrata”* (M03_G10_O69).

O levantamento documental revela uma ascensão das ações coletivas e sensível redução no atendimento individual na maioria dos municípios investigados (**Tabela 5**).

Tabela 5 – atendimentos clínicos na estratégia Saúde da Família.

Atendimentos		RG/Abril	SVP/Abril	SJN/Abril	Total
Grupo	2011	4.804/424	295 / 24	1.371 / 113	6.470/561
	2010	4.480/485	212 / 14	95 / 09	4.787/508
Subtotal		9.284/909	507/38	1.466/122	11.257/1.069
Individual	2011	43.020 / 3.739	4.327 / 190	6.767 / 424	54.114/4.353
	2010	42.804 / 3.818	4.613 / 488	7.571 / 852	54.988/5.158
Subtotal		85.824 / 7.557	8.940 / 678	14.338 / 1.276	109.102/9.511

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

A continuidade do cuidado pelo acesso a assistência específica

Houve 31 (24,21%) referências a continuidade dos cuidados em saúde à comunidade adstrita a estratégia Saúde da Família. Expressa pelo acesso a especialidades clínicas em 11

(35,49%) referências dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e artesãos e moradores.

(...) os crônicos que participam dos grupos eles têm uma ficha (...) pra serem monitorados, e mais todo o atendimento clínico que se faz, desde uma unha encravada até atendimento de casos mais graves onde são encaminhados para os especialistas (M01_G05_E25).

“Consultas pra especialistas, exames caríssimos que eles têm acesso, tudo isso é o posto que oferece” (M01_G05_E27). *“(...) se tem que ir pro especialista é feito o agendamento, é referência e contra-referência, não precisam tá nas filas correndo mais lá, como eles viviam”* (M01_G02_E10).

“Encaminham pro hospital a pessoa que esta doente ou se a pessoa chega aqui e há necessidade de baixar, eles [profissionais] conseguem uma condução (...)” (M01_G04_E23). *“(...) as agentes elas encaminham (...) é a saúde quem faz, os médicos especialistas, essas coisas todas”* (M03_G08_E45).

Pelo (re)conhecimento socioambiental, 09 (29,03%) por toda a equipe de profissionais da saúde. *“(...) é um trabalho em que nós entramos no ambiente da família (...) na moradia que a gente sabe os problemas, os conflitos que ocorrem dentro da família, a gente sabe as condições que essa família vive”* (M01_G05_E29).

(...) as pessoas precisam muito mais carinho, principalmente, o essencial, carinho, atenção, a recepção, tu recepcionar as pessoas assim sabe de uma maneira que elas já se sintam, chego, assim de repente tu não pode sanar essa dificuldade dela, mas tu dá um carinho pra ela, tu dá um acolhimento que ela vai pelo menos (M01_G03_E18).

Pelo acompanhamento clínico para agentes comunitários e médicos e busca ativa para os agentes comunitários de saúde, os técnicos de enfermagem e artesãs, 05 (16,13%) e; pelo encaminhamento das demandas à coordenadoria municipal, 01 (3,22%).

“Na prevenção, no acompanhamento das famílias (...) ele sabe tudinho, eu tomei uma cefalexina, eu tomei qualquer outra medicação, tem um acompanhamento, tem em todos os bairros, tem respaldo, o acompanhamento e no nosso também” (M01_G02_E07). “Elas [agentes comunitárias de saúde] que trazem informações das necessidades das famílias e a gente [equipe de saúde], dependendo a gente conversa e vai buscar, vai a domicílio” (M02_G09_E44).

As observações revelam as problemáticas de acesso a especialidades em saúde em decorrência do tempo de agendamento.

A Enfermeira Cr diz para ele [participante J]: “106 consultas desde o primeiro de janeiro e não foram feitas, foram pagas e as pessoas não foram”, especifica por especialidades e valores: “R\$ 9.421.00”, participante diz: “ Perdidoo”, e enfermeira: “ Perdidoo” (M01_G04_O71).

O levantamento documental revela uma crescente das atividades de acompanhamento da estratégia Saúde da Família (**Tabela 6**).

Tabela 6 – Acompanhamento clínico.

Acomp.		RG/Abril	SVP/Abril	SJN/Abril	Total
Famílias	2011	280.142/23.379	52.165/5.246	52.080/4.619	384.387/33.244
	2010	278.529/22.994	49.698/5.246	20.936/1.441	349.163/29.681
Subtotal		558.671/46.373	101.863/10.492	73.016/6.060	766.794/
Diabéticos	2011	20.982/1.742	2.624/227	3.770/364	27.376/2.333
	2010	20.843/1.799	2.661/271	1.764/120	25.268/2.190

Subtotal	41.825/3.541	5.285/498	5.534/484	52.644/4.523
-----------------	---------------------	------------------	------------------	---------------------

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

A regularidade do acesso comunitário as ações de trabalho da estratégia Saúde da Família

Houve 54 (42,18%) referências de entrada regular, ou seja, de acesso ao trabalho da estratégia Saúde da Família em 28 (51,85%) referências com representantes de todos os diferentes sujeitos investigados.

“Olha eu acho que quando a gente faz os grupos de prevenção facilita o acesso como a gente facilitou, por exemplo, nesse grupo de caminhada” (M01_G11_E50). “(...) o acesso mais rápido e mais fácil ser atendido na unidade do que no centro, a nível hospitalar” (M02_G09_E45). “Olha elas fazem a reunião a gente participa, elas nós chamam também, a gente participa e vê o que esta acontecendo” (M01_G10_E48).

A terapêutica medicamentosa, 08 (14,82%) referida pelos agentes comunitários de saúde, pelas artesãs e pescadores. *“Essa coisa da doação de medicamentos pra comunidade, através dos postos acho que uma maneira que ajuda também” (M01_G05_E32).*

A contraposta tem-se o desconhecimento sobre a dinâmica de atendimento, 06 (11,11%) referida pelos enfermeiros, conselheiros de saúde e moradores. *“(...) eles não atendem a comunidade, eles atendem as necessidades dos bairros deles, no caso. Por que como a área V tem o PSF, o pessoal do meu bairro não pode ir até o posto da V pra ter uma consulta” (M03_G09_E46)*

Tem-se ainda neste conjunto 07 (12,97%) referências, de técnicos de enfermagem, conselheiros e pescadores, ao não atendimento das necessidades comunitárias pelo trabalho dos profissionais da estratégia Saúde da Família e, outros 05 (9,25%) referiram ainda não

saber sobre este trabalho, representantes das artesãs, dos conselheiros de saúde e dos pescadores.

“A gente não atende. (...) a demanda é grande de consultas, tem pouco número de consultas e muita gente pra consulta” (M01_G03_E18). “o exemplo que eu te falei da própria [agente comunitária de saúde], que passa ali em casa, ela passa hoje daqui a cinco, seis dias ela passa de novo, se passar. Demora muito a retornar no domicílio” (M01_G04_E64). “Essas perguntas é que eu não sei te responder (...) a minha participação é muito pouca” (M01_G04_E66).

As observações do trabalho da estratégia Saúde da Família indicam as atividades em grupo como um elemento agilizador do atendimento as necessidades humanas. Agilizador por viabilizar o acesso dos profissionais as medidas clínicas da comunidade e para esta por garantir o controle das taxas glicêmicas e pressóricas e, das medidas antropométricas, bem como dos insumos de controle domiciliar.

“ACS [agente comunitária da saúde] diz a auxiliar de enfermagem e para outra ACS que duas mulheres vieram para fazer o “grupo de mulheres” [planejamento familiar] (...) Vieram duas mulheres pegar pílula e ACO” (M01_G07_O43).

O levantamento documental relava uma continuidade nos atendimentos prioritários da estratégia Saúde da Família (**Tabela 7**).

Tabela 7 – Atendimentos prioritários.

Atendimentos		RG/Abril	SVP/Abril	SJN/Abril	Total
Menores	2011	4.439/437	365/28	127/07	4.931/472
de 01 ano	2010	4.985/389	332/42	170/22	5.487/453
Subtotal		9.424/826	697/70	297/29	10.418/925
A partir de 60	2011	18.886/1.602	2.393/208	2.324/256	23.603/2.066
anos	2010	18.369/1.741	2.024/162	2.818/289	23.211/2.192

Subtotal		37.255/3.343	4.417/370	5.142/545	46.814/4.258
Pré-natal	2011	5.676/453	367/ 23	708/61	6.751/537
	2010	5.847/501	169/09	820/104	6.836/614
Subtotal		11.523/954	536/32	1.528/165	13.587/1.151
Puericultura	2011	7.715/733	296/17	449/40	8.460/790
	2010	7.878/753	357/29	1.598/151	9.833/933
Subtotal		15.593/1.486	653/46	2.047/191	18.293/1.723
Citopatológico	2011	4.145/358	584/36	1.366/177	6.095/571
	2010	3.102/35	511/59	1.185/139	4.798/233
Subtotal		7.247/393	1.095/95	2.551/316	10.893/804

Fonte: DATASUS, Informações de Saúde: Situação de saúde, 2012.

Discussão

O atendimento das necessidades comunitárias pelo trabalho da estratégia Saúde da Família baseado na sustentação teórica dos cuidados primários em saúde eclode na definição de acesso para a garantia da longevidade interacional. Acesso caracterizado como compreensivo na realização de ações em domicílio. Enfatizado a partir das visitas domiciliares, que permitem ao profissional investigar a relação do ambiente no estabelecimento ou manutenção da saúde.

As visitas domiciliares representam uma das inovações do trabalho da estratégia Saúde da Família que contribuiu expressivamente para o planejamento das diferentes ações da equipe⁽¹¹⁾. Elas são mais do que o simples desenvolvimento da clínica curativista em um ambiente diferente, são a oportunidade de construção de uma relação dialógica entre profissional e comunidade⁽¹²⁾.

Dialogicidade permeada por um maior grau de segurança da comunidade para expressar-se em decorrência do domínio ambiental. Domínio condicionante da reciprocidade do diálogo e que revela especificidades do núcleo familiar para com o modo de produzir e manter a saúde⁽¹³⁾.

A compreensividade dos cuidados primários em saúde ao construir reciprocidade imbrica em continuidade da atenção. Associação que pode estar interferindo para a ampliação do acompanhamento das famílias. Acompanhamento que atende as necessidades comunitárias ao ser caracterizado como orientado às pessoas pela realização de ações individuais e coletivas.

As consultas médicas e os procedimentos são referidos como o principal atendimento as necessidades comunitárias, marcando a individualidade das ações e a manutenção biologicista do modo de produzir saúde⁽¹⁴⁾. Por outro lado, as ações realizadas em coletivo, atividades em grupo, configura proposição ministerial para o atendimento de prioridades clínicas, os crônicos e aqueles em períodos especiais do ciclo reprodutivo⁽⁷⁾.

A existência das atividades em grupo apresenta tendência crescente, igualmente ao acesso das ações individuais. Situação revelada como ação da enfermeira mediada por um processo de negociação profissional-comunidade, no qual a primeira objetiva a manutenção dessas atividades e a cobertura no atendimento e a segunda a agilidade no acesso a outros níveis de atenção ou mesmo recursos materiais⁽⁵⁾.

O conjunto dos objetivos do processo de negociação na estratégia Saúde da Família, mais do que sustentar o acesso comunitário aos serviços locais de saúde, promove o bem estar das pessoas pelo estímulo a participação proativa sobre os determinantes sociais da vida. Promoção associada pelos participantes às aspectos benéficos à saúde mental em decorrência do despertar de sentimentos de valorização individual, de reconhecimento da capacidade produtiva, entre outros.

As atividades em grupo, assim como as visitas domiciliares, são apresentadas como tecnologia específica no trabalho da estratégia Saúde da Família. Sua exequibilidade não apresenta uniformidade, assim, o avanço nos aspectos de saúde mental da comunidade passa a ser dependente dos profissionais e/ou gestores⁽¹⁵⁾.

Do encontro de pessoas com necessidades singulares, emergem soluções ou instrumentos para o alcance da saúde e do bem estar. As interações despertam o potencial criativo individual capaz de reposicioná-las em diferentes ambientes⁽¹⁶⁾. Criatividade caracterizada como recurso a ser explorado pela equipe da estratégia Saúde da Família capaz de constituir-se em instrumento comunitário de busca de um maior grau de saúde socioambiental, individual e/ou coletivo⁽¹⁷⁾.

Busca que ao ser vislumbrada desperta sentimentos referidos pelos participantes deste estudo e que concomitantemente geram ou fortalecem o vínculo profissional-comunidade. Aspecto que caracteriza a continuidade do atendimento as necessidades comunitárias e solidifica as possibilidades de acompanhamento clínico da comunidade.

O vínculo simboliza a organização do trabalho e o compromisso profissional pautados no respeito e na confiança para o diálogo recíproco e o acesso mútuo e constante da comunidade aos profissionais e vice-versa⁽¹⁸⁾. Organização do trabalho que permite a identificação dos membros da comunidade com maiores necessidades de atendimento. Para estes o acesso é prioridade garantida pela realização de ações de cuidado e educação em domicílio⁽¹⁹⁾. Em contrapartida ele esbarra no alcance a níveis de maior complexidade da atenção em virtude da não realização da contra referência⁽²⁰⁾.

Se a entrada regular representa o acesso comunitário aos cuidados primários em saúde, a resolutividade dos problemas e problemáticas emperra no descompasso dessa articulação dos serviços⁽²¹⁾. Permitindo que profissionais e comunidade refiram o não

atendimento as necessidades comunitárias pelo trabalho da estratégia Saúde da Família. Fato ao qual se acresce o desconhecimento do modo de operacionalização da estratégia.

A participação da comunidade nos ambientes organizados e a viabilização de discussões configuram perspectivas de mudança desta condição, as quais se encontram em desenvolvimento⁽²²⁾. Desenvolvimento que implica na observância dos três eixos conceituais do princípio de integralidade: boas práticas profissionais, organização do trabalho e gestão das políticas públicas⁽²³⁾. Eixos que podem ser traduzidos em atitudes profissionais pautadas no conhecimento e na concretização de vínculos; no cumprimento das ações de trabalho de modo disciplinado e o seu aprofundamento e, por fim na elaboração e disponibilização de recursos para o desempenho adequado do trabalho em saúde.

Conclusão

O acesso ao processo e a estrutura do trabalho da estratégia Saúde da Família representam os elementos centrais do atendimento as necessidades comunitárias. Acesso que se traduz em diálogo em prol da promoção da saúde nas diferentes ações e intervenções da equipe. Estas se caracterizam como cuidados primários em saúde na medida em que o diálogo representa a interação profissional-comunidade de modo individual ou coletivo.

Interação que implica em cuidados compreensivos por aproximar a ação/intervenção profissional do ambiente comunitário, mais especificamente do domiciliar. Neste, mais do que produzir cuidados clínicos, a equipe da estratégia Saúde da Família elabora e delimita-os pelas peculiaridades do potencial deste núcleo familiar, acentuando as possíveis contribuições dos indivíduos para com a saúde e o ambiente. Fato que se consolida pela observância dos indicadores da crescente vinculação da comunidade a estratégia, que não se restringe a estrutura formal do trabalho.

Consolidação que implicam na orientação dos cuidados as reais necessidades comunitárias, muito embora ainda marcadas pela perspectiva biologicista, há referências a

realização doutras ações que incidem sobre as condições socioeconômicas. Referências que consubstanciam a atenuação das ações individuais e a ampliação das coletivas no trabalho da estratégia Saúde da Família.

Consubstancia observada nos cuidados primários em saúde a partir da entrada regular da comunidade no ambiente da estratégia. Entrada que transborda ao entendimento de simples acesso aos atendimentos individuais e/ou coletivos, que engloba o acesso a informação e a terapêutica medicamentosa com maior agilidade. Paralelamente, ela ainda revela lacunas na identificação comunitária do modo de trabalho da estratégia pela manutenção de uma concepção paternalista.

Lacunas que não eliminam a continuidade dos cuidados configurados no encaminhamento das demandas dos profissionais e da comunidade a nível com maior resolutividade. Encaminhamentos proferidos a partir da concórdia decorrente de discussões sobre as prioridades em saúde. Condição que concretiza o princípio de formação de vínculo da estratégia e o acompanhamento local e da gestão no tangente a qualidade dos serviços.

De modo geral os cuidados primários em saúde compreendidos em suas categorias teórico-empíricas demarcam uma longevidade imbuída na relação profissional-comunidade. Longevidade enfatizada pelo acesso, mas que se solidifica na construção de uma relação interpessoal dialógica.

Referências

- (1) Organização Pan-Americana de Saúde. Divisão de Saúde e Ambiente. Programa de Qualidade ambiental. Atenção Primária Ambiental. Washington, D.C. Junho, 1999.
- (2) Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários. Agora mais que nunca. Brasília. 2008.

- (3) Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Silva MRS, Costa VZ. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am Enferm.* Mar/Abr. 2011; 19(2):396-402.
- (4) Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Community: collective objective of nurses' work within the Family Health Strategy. *Acta Paul. Enferm.* Mar. 2011; 24(3):341-347.
- (5) Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Almeida MCV. Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras. *Rev. Enferm. UERJ.* Abr/Jun. 2010; 18(2):210-215.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- (7) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- (8) Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 312 p.
- (9) Duarte T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES). CIES e-Working paper nº 60/2009. Disponível em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf
- (10) Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009. 356 p.
- (11) Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Mai. 2009; 25(5):1103-1112.

- (12) Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Home care assistance and the right to health: na experience in the brazilian net. *Acta paul. enferm.* [online]. Mar/Apr. 2010; 23(2):244-250.
- (13) Borges R, D'oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)* [online]. Apr.2011; 15(37):461-472.
- (14) Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS. Nursing team perception in the accompanying of the work process in the Family Health program. *Rev Investigacion y Educacion en Enfermeria.* Colombía. Out/Dez. 2011; 29(3):391-9. Available from: <http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/7752/9891>
- (15) Correia VR, Barros S, Colvero LA. Mental health in primary health care: practices of the family health team. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. Dez. 2011; 45(6):1501-1506.
- (16) Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. *Esc. Anna Nery* [online]. Oct/Dec. 2011; 15(4):762-768.
- (17) Bonow CA, Cezar-Vaz MR, Sant'Anna CF, Cardoso LS, Silva MRS. Grupos comunitários adstritos à estratégia saúde da família: estudo das características do processo criativo. *Cienc Cuid Saude.* Jul/Set. 2011; 9(3):527-534.
- (18) Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Bonding to implement the family health program at a basic health unit. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. June. 2009; 43(2):358-364.
- (19) Moraes JRMM, Cabral IE. The social network of children with special healthcare needs in the (in) visibility of nursing care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[online]. Mar-Apr. 2012; 20(2):282-288. Available form: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/10.pdf>
- (20) Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online].

Set/Out. 2010; 18(5):856-863.

- (21) Kerber NPC, Azambuja EP, Cezar-Vaz MR, Vaguetti HH. O trabalho da enfermagem e a assistência domiciliária como elemento concreto de integração. Texto & Contexto. Enfermagem, Florianópolis/SC. Out/Dez. 2003; 12(4):544-550.
- (22) Martins SR, Cezar-Vaz MR. A articulação dos trabalhadores das equipes de saúde da família e as comunidades locais. REME. Rev. min. enferm. Out/Dez. 2010; 149(4):490-498. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4db582300901f.pdf
- (23) Cezar-Vaz MR, Silva MRS, Bonow CA. Family health strategy as socioenvironmental strategy for health promotion for vulnerable families. J. Nursing UFPE On Line. June. 2012; 6(6):1474-1484. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2734>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do momento em que se identificou a existência de grupos comunitários organizados, no cenário do estudo, viabilizou-se o mesmo. Tal condição nos permitiu pressupor a existência de capital social nas comunidades a partir da compreensão de que este decorre da congruência dos conceitos de associativismo e civismo.

O associativismo foi caracterizado como a organização da comunidade e o civismo como a maneira em que esta comunidade desempenha suas ações de trabalho e suas relações e interações interpessoais. Logo, a participação comunitária nos grupos investigados é marcada pela intenção de fomentar a renda local. Esta apresentou três sentidos, quais sejam: subsistência pessoal, complementação da renda familiar e viabilização da remuneração dos profissionais da estratégia Saúde da Família.

O sentido de subsistência pessoal foi relatado como o acesso ao valor dos produtos produzidos e comercializados pelo próprio integrante dos grupos comunitários. Aspecto que, acresceu aos participantes uma condição de maior autonomia para o domínio de sua vida. Em

outras situações a complementação da renda familiar perpassa pela comercialização dos produtos, mas prioriza a possibilidade de incluí-los no próprio contexto das relações interpessoais. Estas podem representar os cuidados com o ambiente familiar, lar, pela utilização de enfeites ou de acessórios como edredons, cortinas, colchas, ente outros. Eles ainda podem extrapolar as relações intrafamiliares para servirem de presentes a terceiros, garantindo assim a participação familiar em festividades e momentos de lazer.

A viabilização da remuneração dos profissionais da estratégia Saúde da Família guarda um aspecto administrativo que se dirige ao encontro do princípio de descentralização das políticas públicas no Brasil. Em paralelo, ocorre uma reivindicação comunitária em conjunto com estes profissionais para obter acesso aos recursos materiais e aos equipamentos que permitem a realização das ações de atendimento as necessidades de saúde e as socioambientais. O acesso a esta fonte de renda de origem da gestão pública tem como finalidade a resolutividade dos diversos determinantes e condicionantes sociais de saúde, ou seja, de atendimento ao objeto-sujeito promotor da saúde e das condições ambientais, a comunidade. Pode-se ainda dizer que este sentido representa a materialidade do capital social por meio do alcance aos bens concretos já referidos.

A investigação da participação comunitária revelou também uma perspectiva de troca, ou melhor, intercambio inerentes as relações e interações interpessoais entre os participantes dos grupos comunitários organizados e com os profissionais da estratégia Saúde da Família. Para os membros da comunidade, ter experiência na participação em atividades coletivas, ser (re)conhecido como sujeito possuidor de potencial para emancipação e autonomia do grupo e ao mesmo tempo dispor de um ambiente capaz de auxiliar os diferentes integrantes da comunidade nos aspectos psicossociais da saúde individual e na transformação dos diversos ambientes de circulação e convívio dos mesmos representa o fator de agregação. Isto expressa que este tem com fim, para o processo de articulação entre os envolvidos, a consolidação dos bens abstratos que são produzidos pelo capital social.

Consolidação que se configura no sentimento de valorização da pessoa como sujeito capaz de produzir e inserir-se no espaço social como produtor e consumidor de mercadorias e bens. Inserção que eclode como bem estar individual dos envolvidos que ao interagirem compartilham e congregam esta condição emocional, ou seja, demonstram o bem abstrato do capital social. Em consecutivo, se fortalecem na coletividade para buscar melhores condições sanitárias, para garantir acesso à educação, lazer e alimentação, em síntese para o alcance dos bens concretos. E neste acesso viabilizado pelo capital social o associativismo solidifica-se e o civismo elabora-se ainda mais para (re)formulação de novas metas e objetivos comuns.

A articulação com os profissionais da estratégia Saúde da Família fortalece os grupos comunitários na busca dos bens concretos e na edificação dos abstratos. Naqueles grupos em que há esta articulação as ações de trabalho possuem um aspecto terapêutico para os envolvidos e, seu funcionamento desde o planejamento a execução conta com o apoio dos gestores municipais. Soma-se a construção de um processo educativo que transborda os cuidados com a manutenção da saúde para agregar uma formação formal para moradores em diferentes faixas etárias. Esta compreendida como aquisição transformadora da condição de vida, seja para a promoção da saúde, seja para inclusão nos mais variados ambientes sociais como o de trabalho, lazer, entre outros.

Ao contrário sem a articulação ainda tem-se o capital social, mas como um elemento de segregação hierárquica nas interações e relações interpessoais. Sua exploração decorre da compreensão de que se agrupando terão maiores incentivos governamentais e poderão escolher para quem distribuir o benefício. Nesta condição não se pode dizer que há uma negatividade do potencial associativista da comunidade, mas uma finalidade mais limitada a uma falsa distribuição da renda ou bens. Para o conjunto que relata esta peculiaridade do capital social o civismo como modo de operar as ações de trabalho materializa-se pelas doações à comunidade, para pessoas mais carentes ou de baixa renda. Aqui não se elaboram os bens abstratos implicados no estabelecimento da confiança, da reciprocidade e da solidariedade, emergidas de um fazer para e pelo outro sem exigir domínio/submissão dos demais membros da comunidade ou benefícios. Logo, a autonomia resultante deste modo de produzir capital social não empodera a comunidade para transformar seu ambiente e explorar seu potencial para atender suas necessidades.

Diante disto, é na articulação dos profissionais da estratégia Saúde da Família com os participantes dos grupos comunitários organizados que o capital social fortalece a atenção primária ambiental. Fortalecimento que foi apreendido no acesso da comunidade aos cuidados primários em saúde caracterizados como compreensivos, orientados a pessoa, contínuos e regulares. Se o termo ‘acesso’ figura como a máxima nesta análise ele torna-se polissêmico ao representar como o trabalho da estratégia Saúde da Família atende as necessidades comunitárias.

Atende ao viabilizar o cuidado médico em ambientes externos a infraestrutura municipal, corroborando para inserção deste profissional na essência das interações e relações interpessoais da comunidade. Fato que favorece o desenvolvimento de novas e inovadoras estratégias de trabalho com fins a efetivar transformações socioculturais em prol de um modo de viver mais saudável e sustentável. Para a equipe de enfermagem e para os grupos

investigados as informações disponibilizadas nestes ambientes são o elemento prioritário no atendimento as necessidades comunitárias, uma vez que, elas podem contribuir para que novas escolhas sejam a opção. Entende-se, nas entrelinhas, que a informação representa uma forma de conhecimento que ao ser captado pode mudar o comportamento individual das pessoas, o qual se refletirá sobre os pequenos coletivos e consecutivamente irão propagar-se.

O acesso traduz ainda o modo de atendimento às necessidades comunitárias, individual ou coletivo para auxiliar nas opções de lazer e/ou de fonte de renda. Ele marca a direção que cada núcleo comunitário imprime ao cuidado. Este no cenário investigado apresenta crescente incidência das ações coletivas, o que pode estar contribuindo para a organização comunitária e a ampliação da autonomia desta para a tomada de decisões a respeito das questões de saúde e dos elementos que a determinam.

Pode-se ainda derivar desta tradução de acesso o sentido implicado na continuidade dos cuidados por clínicos especialistas. Assim, daquela interação e relação interpessoal que primeiro caracterizou o atendimento das necessidades comunitárias, ou seja, o acesso do profissional ao ambiente familiar da comunidade como compreensivo, somado as ações coletivas ocorre um fortalecimento dos bens abstratos do capital social na articulação destes profissionais da saúde com a comunidade. Eclodindo na resolução das problemáticas com ênfase na afetividade desde o primeiro contato entre os envolvidos e durante todo o processo de busca de soluções congruindo em satisfação pessoal e profissional. Em paralelo, observam-se os indicadores crescentes de acompanhamento das famílias pelos profissionais da estratégia Saúde da Família.

Outro sinônimo para o termo acesso na investigação dos cuidados primários em saúde comporta a obtenção de recursos materiais da assistência. E aqui há uma tênue observação da transição social de uma condição de dependência sociocultural para uma de maior autonomia, ou seja, do (re)conhecimento do seu potencial, capital social. Apresento este entendimento por ter obtido relatos que afirmam uma agilização no contato profissional-comunidade e outros que referem desconhecer o simples funcionamento do trabalho da estratégia Saúde da Família. E, em análise dos indicadores de atendimento desta estratégia vislumbra-se que a pessoa possuidora da liberdade e da condição de buscar o cuidado como as pessoas idosas e as mulheres há um crescimento no acesso.

Todas estas interpretações do termo ‘acesso’ foram apresentadas para permitir que se conclua que a longevidade proposta como eixo dos cuidados primários em saúde perpassa pelo desenvolvimento das interações e relações interpessoais. E, estas precisam de envolvimento das pessoas, interlocutores, para que se construam e firmem a confiança e a

reciprocidade. Assim, pode-se dizer que a longevidade é bem mais do que a manutenção de um contato do profissional com a comunidade para atender suas demandas clínicas e obter cobertura e dados de atendimento. Ela implica em profundidade na busca e no alcance de informações para a construção e concretização de um conhecimento resolutivo para o atendimento das necessidades dos envolvidos na interação. Conhecimento que no decorrer do tempo transforma-se em experiência e suporte criativo para o enfrentamento de novas situações da vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online], v.25, n.5, p. 1103-1112. Mai. 2009.

ADDUM, F.M.; SERRA, C.G.; SESSA, K.S.; IZOTON, L.M.; SANTOS, T.B. **Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n. 3, p.955-977, 2011.

AGUIAR, A.S.E. de; POLLYANA, M. **Essential attributes and qualifiers of primar health care.** Braz. J. Health Promot.; Fortaleza 25(2 Supl): 1-2, abr./jun. 2012.

ALCARÁ, A.R. CHIARA, I.G.D.; RODRIGUES, J.L.; TOMAÉL, M.I.; PIEDADE, V.C.H. **Fatores que influenciam o compartilhamento da informação e do conhecimento.** Perspect. ciênc. inf. [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 170-191.

ALMEIDA, M.C.V.; CEZAR-VAZ, M.R.; FIGUEIREDO, P.P.; CARDOSO, L.S.; SANT'ANNA, C.F.; BONOW, C.A. **Registros em saúde como instrumento no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.** Rev. Cien. Cuidado e Saúde, Maringá, v.8, n.3, p.305-12, 2009.

ALMEIDA, S.G.P.; GERMANO, R.M. **A teoria da dádiva e o cuidar em enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). v.30, n.2, p.:338-42, jun. 2009.

AMARO, M.C.P.; ANDRADE, S.M.; GARANHANI, M.L. **A Violência sob o Olhar de Lideranças Comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.302-309, 2010.

ANDRADE, AC. **A enfermagem não é mais uma profissão submissa.** Rev Bras Enferm, Brasília. v.60, n.16, p.: 96-8. , jan-fev. 2007.

ANTUNES, R.L.C. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negociação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2ª ed., 2009.

ARANTES, C.I.S.; MESQUITA, C.C.; MACHADO, M.L.T.; OGATA, M.N. **Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras.** Acta Paul Enferm. São Paulo. v.22, n.4, p.:417-21, 2009.

ARANTES, C.I.S.; MESQUITA,C.C.; MACHADO, M.L.T.; OGATA, M.N. **O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.** Texto & Contexto Enferm. Florianópolis. v.16, n.3, p.: 470-8, 2007.

BAQUERO_(a), M. Globalização e democracia inercial: O que o capital social pode fazer na construção de uma sociedade participativa? In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Capital social: teoria e prática.** Ijuí:Unijuí, 2008.

BAQUERO_(b), M. Qualidade democrática e potencial de desenvolvimento regional no Rio Grande do Sul. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Desenvolvimento regional, capital social e democracia local.** Ijuí: Unijuí, junho.2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. **Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família.** Esc Anna Nery. Rio de Janeiro. v.15, n.4, p.:802-810, out-dez. 2011.

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). *Trabalhador da Saúde, Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S0103-7331201000010001300001&lng=en

BONOW, C.A.; CEZAR-VAZ, M.R.; SILVA, M.R.S.; SANT'ANNA, C.F.; CARDOSO, L.S. **Grupos comunitários adstritos à estratégia saúde da família: estudo das características do processo criativo**. Rev Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v.9, n.3, p.:527-34, 2010.

BORBA, J.; SILVA, L.L. Sociedade civil ou capital social? Um balanço teórico. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Capital social: teoria e prática**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC**. Interface (Botucatu) [online], v.15, n.37, p. 461-472. Apr. 2011.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.:77-93, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em: 22 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura – MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica** – IDBE, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. **Portal DATASUS**, 2010.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Valor atual do Salário Mínimo Brasileiro**, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família – **Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde e à educação**. Brasília (DF). Agosto, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL_(a). Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: 2ª ed. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL_(b). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

CAMACHO, K.G.; VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M. **Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade**. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro. v.18, n.1, p.:32-37, jan/mar. 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia**. Rev Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.:2337-44, Aug. 2010.

CANDAL, L.M. **La bioética como campo para la participación colectiva, pública e informada. Una propuesta de salud pública**. Revista de la Asociación Médica Argentina. v.122, n. 2, p.:23-9, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 11ªed.; 2008.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Compreensão do Processo de Enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CARDOSO, L.S. **Trabalho em Saúde da Família: um estudo do processo comunicacional nas atividades em grupo na perspectiva das enfermeiras**. [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande, 2010.

CARDOSO, L.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; COSTA, V.Z.; BONOW, C.A.; ALMEIDA, M.C.V. **Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados**. In: 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2012. Centro de Convenções da PUC/RS. Porto Alegre (RS). Anais do 64º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Centro de Convenções da PUC/RS. Editora PUC/RS, 29 de outubro/01 de novembro, p.4394-4395.

CARDOSO, L.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; COSTA, V.Z.; SOARES, J.F.S. **Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família.** Rev Investigacion y Educacion en Enfermeria. Colombía. V.29, n.3, p.: 391-9, 2011.

CARDOSO, L.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; SILVA, M.R.S.; COSTA, V.Z. **The Purpose of the Communication Process of Group Activities in the Family Health Strategy.** Rev. Latino-Am Enfermagem. Ribeirão Preto, v.19, n.2, p.:396-402,Mar-Apr.2011.

CARDOSO, L.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; BONOW, C.A.; SANT'ANNA, C.F. **Communication process: a group activities tool in the family health strategy.** Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso). São Paulo, v.45, n.6, p.:1323-30, 2011.

CEZAR-VAZ, M.R. **Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a saúde da família – uma abordagem ecossistêmica da produção coletiva de saúde.** [projeto de pesquisa]. Universidade Federal do Rio Grande, 2004.

CEZAR-VAZ, M.R. **Produção sócio-ambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental.** [projeto de pesquisa]. Universidade Federal do Rio Grande, 2008.

CEZAR-VAZ, M.R.; MUCCILLO-BAISCH, A.L.; SOARES, M.C.F.; SOARES, J.F.S. et.al. **System of meanings about the purpose of family health work: a qualitative analysis.** Rev. Esc. Enferm. USP. Ribeirão Preto. v.43, n.4, p.:915-22, 2009.

CEZAR-VAZ, M.R.; MUCCILLO-BAISCH, A.L.; SOARES, J.F.S.; WEIS, A.H.; COSTA, V.Z.; SOARES, M.C.F. **Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care.** Rev. Latino-am Enfermagem. Rio de Janeiro. v.15, n.3, p.: 418-25, maio-junho. 2007.

CEZAR-VAZ; WEIS; COSTA et al. **Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental.** Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v.16, n.4, p.: 645-53, Out-Dez. 2007.

CEZAR-VAZ, M.R.; SOARES, M.C.F.; MARTINS, S.R.; SENA, J.; SANTOS, L.R.; RUBIRA, L.T.; et al. **Saber Ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde**. Texto & Contexto. Enfermagem, Florianópolis, v. 14, n.4, p. 391-397, 2005.

CEZAR-VAZ, M.R.; SILVA, M.R.S. da; BONOW, C.A. **Family health strategy as socioenvironmental strategy for health promotion for vulnerable families**. J Nurs UFPE on line. 2012 June;6(6):1474-84

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde** [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2010 ago 08]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. **Mental health in primary health care: practices of the family health team**. Rev. esc. enferm. USP [online]. v.45, n.6, p. 1501-1506. 2011.

COSTA, V.Z. **Negociação e diálogo no ambiente de trabalho portuário: um estudo da posição hermenêutica dos significados de saúde**. [tese]. Universidade Federal do Rio Grande, 2010.

CHANG, C.W.; HUANG, H.C.; CHIANG, C.Y.; HSU, C.P.; CHANG, C.C. **Social capital and knowledge sharing: effects on patient safety**. J Adv Nurs; 68(8): 1793-803, Agosto, 2012.

CREMONESE, D. Variações negativas do capital social no Rio Grande do Sul: um estudo do município de Ijuí. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Desenvolvimento regional, capital social e democracia local**. Ijuí: Unijuí, junho.2008.

DALLABRIDA, V.R. A dimensão intangível do desenvolvimento: algumas reflexões preliminares. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Capital social: teoria e prática**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

D'ARAUJO, M.C.S. **Capital Social**. Rio Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

DUARTE, T. **A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)**. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES). CIES e-Working paper nº 60/2009.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. **Community of practice as a collective way of learning and development of practices and knowledge of the family health strategy: a theoretical study**. Braz. J. Health Promot.; Fortaleza 25(2 Supl): 104-112, abr./jun.2012.

FALAVIGNA-GUILHERME, A.L.; COSTA, A.L.; BATISTA, O.; PAVANELLI, G.C.; ARAÚJO, S.M. **Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.18, n.6, p.:1543-1550, nov-dez. 2002.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. **A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.19, n.4, p. 736-44, Out-Dez. 2010.

FERNANDES, M.G.M.; SOUTO, M.C.; COSTA, S.F.G.; FERNANDES, B.M. **Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária**. R bras ci Saúde. v.13, n.2, p.:13-20, 2009.

FIGUEIREDO, P.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; SOARES, J.F.S.; SENA, J.; CARDOSO, L.S. **Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.: 235-259, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 312 p.

FRÖHLICH, E.R. Confiança e meios de comunicação de massa. In: SILVA, J.O.; BORDIN, R. **Máquinas de sentido: processos comunicacionais em saúde**. Porto Alegre: Dacasa: Escola de Gestão Social em Saúde/Promed, 2003.

FRONTIER, S. Sistemas e ecossistemas: definições. In: FRONTIER, S. **Os ecossistemas**. Lisboa (PT): Instituto Piaget, 2001.

GALLARDO, R.Y.; BAEZA; J.O.; IBARRETXE-ANTUÑANO, I. **Conceptualización metafórica de la confianza interpersonal**. Universitas Psychologica. v.7, n. 1, enero-abril. 2008.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; SANTOS, R.V.; GONÇALVES, L.A.O. **A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.18, n.6, p.:1629-1638, nov-dez. 2002.

GRAZIANO, A.P.; EGRY, E.Y. **The micropoliTics of The work of healTh professionals in health centers: regarding the health needs of families**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.3, pp. 650-656.

GOMES, L.G. *Le réseau D'Échanges des savoirs de belleville e ménilmontant: uma discussão sobre associativismo e reciprocidade no mundo contemporâneo*. Soc. estado. [online]. 2001, vol.16, n.1-2, pp. 276-305.

GONÇALVES, A.F. **Experiências em economia solidária e seus múltiplos sentidos**. Rev. Katál. Florianópolis v. 11 n. 1 p. 132-142 jan./jun. 2008.

GUATARI, F. **As três ecologias**. Campinas, SP: Papirus, 20^a Ed., 2009.

HIGGINS, S.S. **Fundamentos teóricos do capital social**. Chapecó: Argos, 2005.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora EPU-EDUSP, 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2012.

JÚNIOR, D.P.L.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R. **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica.** Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v.14, n.3, p.435-41, maio-junho. 2006.

KERBER, N.P.C.; AZAMBUJA, E.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; VAGUETTI, H.H. **O trabalho da enfermagem e a assistência domiciliária como elemento concreto de integração.** Texto & Contexto. Enfermagem, Florianópolis/SC., v. 12, n.4, p. 544-550, 2003.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. **Home care assistance and the right to health: na experience in the brazilian net.** Acta paul. enferm. [online], v.23, n.2, p. 244-250. 2010.

KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. **Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária.** Rev Texto e Contexto Enferm, Florianópolis. v.17, n.2, p.: 304-12, Abr-Jun. 2008.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. **Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743, 2009.

LABRA, M.E. **Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.18, n.(Suplemento), p.:47-55, 2002.

LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J. S. A. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.7, n.3, p.:537-547, 2002.

LANIADO, R.N. **Troca e reciprocidade no campo da cultura política.** Soc. estado. vol.16 no.1-2 Brasília June/Dec. 2001.

LIMA, R.C.G.S.; VERDI, M.I.M. **Solidarity in family medicine in Brazil and in Italy: reflecting on ethical issues and contemporary challenges.** Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, n.29, pp 271-283.

LIMA, C.A.; TOCANTINS, F.R. **Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem.** Rev Bras Enferm. Brasília, v.62, n.3, p.: 367-73, maio-jun. 2009.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. **Análise do conceito de promoção da saúde.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. v.19, n.3, p.: 461-8, Jul-Set. 2010.

LUNARDI, VL. **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** 2ed. Rev Pelotas: Ed do autor, 2004.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. **Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados.** Rev Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.:861-868, 2009.

MARMOT, M. **Social determinants of health inequalities.** Lancet. v.365,n.19, p.: 1099-104, march. 2005.

MARQUES, E.T.A.; FILHO, R.M.; AUGUST, P.N. **Overcoming health inequity: potential benefits of a patient-centered open-source public health infostructure.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.:547-557, mar. 2008.

MARTINO, L.M.S. **Teoria da Comunicação: ideias, conceitos e métodos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MARTINS, S.R.; CEZAR-VAZ, M.R. **A articulação dos trabalhadores das equipes de saúde da família e as comunidades locais.** REME. rev. min. enferm., v.14, n.4, p.490-498. Out/Dez. 2010.

MARTINS, S.R.; CEZAR-VAZ, M.R.; SOARES, M.C.F.; SASSI, R.M. **O modelo de vigilância à saúde: um estudo exploratório no extremo sul do Brasil.** Rev Texto e Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n.1, p.:26-35, Jan-Mar. 2008.

MARX, K. **O capital.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

MAYER, R. **A gramática da ação de trabalhadores em cooperativas de produção no Sul do Brasil.** CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. 63, p. 627-646, 2011.

MENDONÇA, R.C.; GIATTI, L.L.; TOLEDO, R.F. de. **A temática ambiental em representações e práticas de profissionais de saúde da família no município de Manaus - AM/Brasil.** Saude soc.[online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 776-787.

MENDES, R.; BÓGUS, C.M.; AKERMAN, M. **Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo.** Saúde e Sociedade. São Paulo. v.13, n.1, p.47-55, jan-abr. 2004.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde.** Esc. Anna Nery [online], v.15, n.4, p. 762-768. 2011.

MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; PALHA, P.F.; SASSAKI, C.M.; NETTO, A.R.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. **Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.42, n.2, p.262-7, 2008.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M.F.A.S. **Bonding to implement the family health programa t a basic health unit.** Rev. esc. enferm.USP [online], v.43, n.2, p. 358-364. 2009.

MONTEIRO, M.A.A.; PAGLIUCA, L.M.F. **Análise da Adequação da Teoria do Relacionamento Interpessoal.** Esc Anna Nery Rev Enferm. Rio de Janeiro. v.12, n.3, p.: 424-29, set. 2008.

MORAES, J.R.M.M.; CABRAL, I.E. **The social network of children with special healthcare needs in the (in) visibility of nursing care.** Rev. Latino-Am. Enfermagem[online], v.20, n.2, p. 282-288. Mar-Apr. 2012.

MORIN, E. **O método 6. Ética**. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

OLIVEIRA, N.F.; MUNARI, D.B.; BACHION, M.M.; SANTOS, W.S.; SANTOS, Q.R. **Fatores terapêuticos em grupo de diabéticos**. Rev Esc Enferm USP. Ribeirão Preto, v.43, n.3, p.:558-65, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários. Agora mais que nunca**. Brasília. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia regional e plano de ação para um enfoque integrado da prevenção e controle de doenças crônicas**. 2007. Acesso em [20 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Divisão de Saúde e Ambiente. Programa de Qualidade ambiental. **Atenção Primária Ambiental**. Washington, D.C. Junho, 1999.

PASE, H.L.; SANTOS, E. Capital social e desenvolvimento no Rio Grande do Sul. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Desenvolvimento regional, capital social e democracia local**. Ijuí: Unijuí, junho. 2008.

PESSONI, A. **Comunicação & Saúde: parceria interdisciplinar**. São Paulo: Mídia Alternativa, 2006.

PUGGINA, A.C.G.; SILVA, M.J.P. **A alteridade nas relações de enfermagem**. Rev Bras Enferm. Brasília. v.58, n.5, p.:573-9, set-out. 2005.

RADOMSKY, G.; SCHNEIDER, S. **Nas teias da economia: o papel das redes sociais e da reciprocidade nos processos locais de desenvolvimento**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 22, n. 2, p. 249-284, maio/ago. 2007.

ROCHA, L.P.; CEZAR-VAZ, M.R. **Saúde da família e produção coletiva em saúde: atividades em grupo na percepção das enfermeiras.** Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. 2009.

ROCHA, L.P.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; ALMEIDA, M.C.V. **Processos Grupais na Estratégia Saúde da Família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras.** Rev Enferm UERJ, v.18, n.2, p. 210-215, Abr/Jun 2010.

ROSA, A.M.; IGNOTTI, E.; BOTELHO, C.; CASTRO, H.A.; HAGON, S.S. **Respiratory disease and climatic seasonality in children under 15 years old in a town in the Brazilian Amazon.** J Pediatr. Rio Janeiro, v.84, n.6, p.543-49, 2008.

ROSSI, FR; SILVA, MAD. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado.** Rev Esc Enferm USP. Ribeirão Preto, v.39, n.4, p.:460-8, 2005.

SANT'ANNA, C.F.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; BONOW, C.A. **Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v.24, n.3, p.:341-347, 2011.

SANT'ANNA, C.F.; CEZAR-VAZ, M.R.; CARDOSO, L.S.; ERDMANN, A.L. **Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm., v.31, n.1, p. 92-99, Mar. 2010.

SANTOS, A.N. A verdadeira fé. In: **Órgão de divulgação da Federação Espírita do Rio Grande do Sul.** Diálogo espírita. Ed. 89. Porto Alegre: FERGS. 2011.

SELLI, L.; GARRAFA, V. **Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico.** Rev Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.39, n.3, p.:473-8, 2005.

SICRAS-MAINAR, A.; PANÉ-MENA, O.; MARTÍNEZ-RUÍZ, T.; FERNÁNDEZ-ROURE, J.L.; PRATS-SÁNCHEZ, J.; SANTAFÉ, L.; et. al. **Utilización de los grupos clínicos ajustados en un centro de atención primaria español: estudio retrospectivo de base poblacional.** Rev Panam Salud Publica, v.27, n.1, p. 49-55, 2010.

SIGARRETA, M.R.R.; GARCÍA, R.J.G.; VILLÁN, M.T.; CASTELLÓN, M.A.D. **Distribución de las principales causas de morbilidad por ingresos domiciliarios en el municipio Cerro durante el año 2000.** Rev Cubana Med Gen Integr. v.19, n.2, [online], 2003.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2005.

SILVA, C.R.L.; VIANA, D.L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde.** 4ª Ed. rev. e atual. São Caetano do Sul. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIMINO, G.P.R.; SANTOS, C.B.; MISHIMA, S.M. **Acompanhamento de usuários, portadores de câncer, por trabalhadores da saúde da família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], v.18, n.5, p. 856-863. 2010.

SOUZA, E.M.de. **Intergenerational integration, social capital and health: a theoretical framework and results from a qualitative study.** Ciênc. Saúde coletiva [online]. 2011, v.16, n.3, pp.1733-1744.

SOUZA, J.D.S. Do capital social ao espaço econômico: o salto necessário. In: BAQUERO, M.; CREMONESE, D. **Capital social: teoria e prática.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

SOUZA, L.K.; HUTZ, C.S. **A qualidade da amizade: adaptação e validação dos questionários McGill.** Aletheia. n.25, p.82-96, jan./jun. 2007.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. **A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam.** Rev Latino-am Enfermagem. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.:. maio-junho. 2009.

STARFEILD, B. **Pathways of influence on equity in health.** Social science and medicine.v.64, p.:1355-1362, 2007.

STROUP, R.L. **Eco-nomia: o que todos deveriam saber sobre economia e meio-ambiente**. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 2004.

TORRES, H.C.; ROQUE, C.; NUNES, C. **Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica**. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.:89-93, jan/mar. 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B.; FARIAS, L.O. **Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v.14, n.3, p.: 731-741, Mar-Jun. 2009.

TAKAKI, M.H.; SANT'ANA, D.M.G. **A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde**. Cogitare Enferm., Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004.

TONET, H.C.; PAZ, M.G.T. de. **Um modelo para o compartilhamento de conhecimento no trabalho**. Rev. adm. contemp. vol.10 no.2 Curitiba Apr./June 2006

WEIRICH, C.F.; MUNARI, D.B.; MISHIMA, S.M.; BEZERRA, A.L.Q. **O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.18, n.2, p.249-57, Abr-Jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2010**. Acesso em [20 de abril de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2008**. Acesso em [8 de maio de 2012]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Full.pdf

ZIMMERMANN, C.R. **Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil**. Sur – Rev. Internacional de Direitos Humanos, v.4, n.3, p. 144-159, June. 2006.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional.** Acta Paul Enferm, v. 20, n.3, p.316-20, 2007.

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS - COMUNIDADE

Número da Observação:

Data da Observação:

Nome do Grupo:

Local de Encontro do Grupo:

Comunidade/Bairro:

Início:

Término:

Composição do grupo:

Comunidade Local:

Equipe saúde da família:

Registro:

Responsáveis:

Pautas:

Convidados:

Pesquisadores:

Relatório da Observação:

ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS – COMUNIDADE

1ª Parte: Questionário Fechado

Início: _____ hs.

Término: _____ hs.

1. Número do questionário:

2. Número do entrevistador:

3. Data da entrevista: ____/____/____

1. Dados de Identificação

1.1. Município: () Rio Grande () São José do Norte () St^a. Vitória do Palmar

1.2. Endereço do participante:

1.3. Bairro:

1.4. Unidade de Saúde da Família a que está vinculado:

1.5. Área a que pertence:

1.6. Número do Prontuário:

1.7. Data de Nascimento: ____/____/____

1.8. Sexo: () Feminino () Masculino

1.9. Escolaridade

() Analfabeto

() Ens. Méd. Incompleto

() Semi-analfabeto

() Ens. Méd. Completo

() Ens. Fund. Incompleto

() Ens. Sup. Incompleto

() Ens. Fund. Completo

() Ens. Sup. Completo

2. Situação de Moradia e Saneamento

2.1 Com quantas pessoas mora atualmente?

- ☐ nenhuma ☐ 1 pessoa ☐ 2 pessoas
☐ 3 pessoas ☐ 4 pessoas ☐ mais de 4 pessoas

2.2 Tipo de Moradia:

- ☐ tijolo/adobe ☐ madeira
☐ material aproveitado ☐ outro

2.3 Possui energia elétrica?

- ☐ sim ☐ não

2.4 Como é feito o abastecimento de água ao domicílio?

- ☐ rede geral ☐ poço ou nascente ☐ outro

2.5 Como é feito o tratamento da água no domicílio?

- ☐ filtração ☐ fervura
☐ cloração ☐ sem tratamento

2.6 Qual é o destino do lixo produzido no domicílio?

- ☐ coletado ☐ queimado/ enterrado
☐ céu aberto

2.7 Qual é o destino das fezes e urina?

- ☐ sistema de esgoto (rede geral)

☐ fossa ☐ céu aberto

3. Situação Econômica

3.1 Qual o seu estado civil?

☐ solteiro ☐ casado ☐ união estável
☐ desquitado ☐ divorciado ☐ viúvo
☐ separado

3.2 Quantos filhos você tem?

☐ nenhum ☐ 1 filho ☐ 2 filhos
☐ 3 filhos ☐ 4 filhos ☐ mais de 4 filhos

3.3 Qual a sua situação econômica (profissional)?

☐ empregado ☐ desempregado ☐ autônomo
☐ do lar ☐ auxílio-desemprego ☐ auxílio doença
☐ aposentado por invalidez ☐ aposentado por tempo de serviço

3.4 Qual o seu rendimento no último mês?

☐ sem rendimento ☐ até 1 salário mínimo
☐ de 1 a 2 salários mínimos ☐ de 3 a 5 salários mínimos
☐ mais de 5 salários mínimos

3. Dados do Grupo

3. 1. Grupo social organizado a que pertence:

☐ Associação de Moradores ☐ Grupo de Alfabetização

- | | |
|---|---|
| ☐ Conselho Local de Saúde | ☐ Horta Comunitária |
| ☐ Grupo de Artesanato | ☐ Recicladores de Lixo |
| ☐ Associação de Pescadores | ☐ Núcleo de Apoio Pedagógico |

3.2. Tipo de grupo:

- ☐ De trabalho ☐ De saúde ☐ De política ☐ De educação

2ª Parte: Questionário Aberto

GRUPO ORGANIZADO DA COMUNIDADE

25 - Qual é sua função no grupo?

26- Como o Sr. (a) se vinculou ao grupo? Pôr que motivos?

28 - Quais os objetivos do grupo?

29 - Como o trabalho da equipe de Saúde da Família atende as necessidades da comunidade?Dê um exemplo?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE
SAÚDE DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS – Equipe SAÚDE DA FAMÍLIA

1ª Parte: Questionário Fechado

Início: _____ h _____ min.

Término: _____ h _____ min.

1. Número do questionário: _____

2. Número do entrevistador: _____

3. Data da entrevista: ____/____/____

1. Dados de Identificação

1.1. Categoria:

- () Enfermeiro () Agente Comunitário de Saúde
() Médico () Burocrata () Outros: _____
() Técnico/Auxiliar de Enfermagem

1.2. Município:

- () Rio Grande () São José do Norte () Stª. Vitória do Palmar

1.3. Sexo: () Feminino () Masculino

1.4. Data de Nascimento: ____/____/____

1.5. Idade (em anos completos): _____

1.6. Unidade e equipe de Saúde da Família a que está vinculado: _____

1.7. Escolaridade

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| () Analfabeto | () Ens. Méd. Incompleto |
| () Semi-analfabeto | () Ens. Méd. Completo |
| () Ens. Fund. Incompleto | () Ens. Sup. Incompleto |
| () Ens. Fund. Completo | () Ens. Sup. Completo |

1.8. Há quanto tempo trabalha nesta USF?

1.9. Há quanto tempo está no grupo: (em meses) _____

1.10. Função no grupo: _____

1.11. Como o Sr. (a) se vinculou ao grupo? Por quê? _____

2ª Parte: Questionário Aberto**GRUPO ORGANIZADO DA COMUNIDADE**

29 - Como o trabalho da equipe de Saúde da Família atende as necessidades da comunidade?Dê um exemplo.

ANEXO III

**CEPAS****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Camoos - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº 52/ 2008

PROCESSO Nº 23116.003252/2008-54

CEPAS 33/08

TÍTULO DO PROJETO: "Produção sócio-ambiental de saúde no sudeste rio-grandense – saúde da família na dimensão da atenção primária ambiental"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marta Regina Cezar Vaz

PARECER DO CEPAS:

Após a análise do seu projeto pelo Colegiado deste Comitê o mesmo foi considerado APROVADO.

Rio Grande, 31/07/08.


Alexandra M. S. de Freitas
Coordenadora do CEPAS

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DENF
LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E
PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE
 - GRUPO LAMSA -

CAMPUS DA SAÚDE – RUA GENERAL OSÓRIO, S/N – CEP 96201-900 – RIO
GRANDE/RS – BRASIL - FONE/FAX: (53) 32338843

PROJETO DE PESQUISA:

PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE SAÚDE
DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Pessoas dos Grupos sociais

Esclarecimento: Prezado(a) Participante:

Solicitamos, respeitosamente, a sua colaboração para participar da pesquisa coordenada pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

O que pretendemos é saber como tu compreendes a relação saúde e ambiente, como sujeito que integra os ambientes comunitários que atuam em torno das unidades de Saúde da Família, e assim, avançar na produção da ciência da enfermagem de saúde coletiva, no foco de interesse a saúde socioambiental.

Para isso, realizaremos a **observação sistemática por meio do vídeo-gravação consentida (uso da máquina filmadora)** das atividades realizadas em conjunto entre as equipes de saúde da família e os grupos sociais da comunidade e, também, uma **entrevista gravada (uso do gravador)**, a qual seguirá um protocolo de questões permitindo registrar as informações fornecidas.

As entrevistas serão gravadas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Em hipótese alguma os dados serão fornecidos para uso que possa ter alguma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação. Garantimos o direito dos participantes em receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado (a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a): Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; Da liberdade

de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade; Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados; De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho; De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Coordenadora da Pesquisa Dra. Marta Regina Cezar Vaz

Email – cezarvaz@vetorial.net - Fone: (53) 32330307

Departamento de Enfermagem (53) 32338843

Comitê de Ética em
Pesquisa da FURG

FURG – Campus
Saúde – Rio Grande/RS Hospital Universitário 3º Andar
Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Campus Cidade
CEP 96200-190
Tel. 3233.0235
Email: cepas@furg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – DENF
LABORATÓRIO DE ESTUDOS DE PROCESSOS SOCIOAMBIENTAIS E
PRODUÇÃO COLETIVA DE SAÚDE

- GRUPO LAMSA -

**CAMPUS DA SAÚDE – RUA GENERAL OSÓRIO, S/N – CEP 96201-900 – RIO
 GRANDE/RS – BRASIL - FONE/FAX: (53) 32338843**

PROJETO DE PESQUISA:

***PRODUÇÃO SOCIOAMBIENTAL DE SAÚDE NO SUDESTE RIO-GRANDENSE SAÚDE
 DA FAMÍLIA NA DIMENSÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA AMBIENTAL
 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA***

Trabalhadores da Saúde da Família

Esclarecimento: Prezado(a) Colega:

Solicitamos, respeitosamente, a sua colaboração para participar do projeto de pesquisa intitulado: Produção socioambiental de saúde no sudeste rio-grandense - Saúde da Família na dimensão da Atenção Primária Ambiental, coordenado pela Dra. Marta Regina Cezar-Vaz.

Este projeto de pesquisa tem como **objetivo** ampliar os conhecimentos acerca do trabalho em saúde, em especial na atenção básica, abrangendo assim os ambientes comunitários referentes aos grupos sociais adstritos à saúde da família, buscando apreender a compreensão destes sujeitos acerca da relação saúde e ambiente.

A metodologia proposta corresponderá à **observação sistemática por meio do vídeo-gravação consentida** das atividades conjuntas entre as equipes de saúde da família e os grupos sociais da comunidade, com o interesse no foco da relação entre saúde, educação e ambiente. E ainda, serão observadas as atividades conjuntas entre as equipes de saúde da família e os coletivos de trabalhadores organizados das comunidades, tendo o interesse compartilhado no foco da relação saúde, trabalho e ambiente.

Ainda, a metodologia integrará a **entrevista individual semi-dirigida**, a qual será **gravada** e seguirá um protocolo de norteadoras permitindo que discorras sobre as atividades conjuntas, considerando a relação saúde e ambiente no foco da educação ou do trabalho. As mesmas serão gravadas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Em hipótese alguma os dados serão fornecidos para uso que possa ter alguma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação. Garantimos o direito dos participantes em receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Contamos com vossa cuidadosa atenção a solicitação, desde já agradecemos.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a): Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho; Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo; Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade; Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados; De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho; De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observações, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Nome e Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Coordenadora da Pesquisa Dra. Marta Regina Cezar Vaz

Email – cezarvaz@vetorial.net - Fone: (53) 32330307

Departamento de Enfermagem (53) 32338843

Comitê de Ética
em Pesquisa da FURG

FURG – Campus
Saúde – Rio Grande/RS Hospital Universitário 3º Andar
Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Campus Cidade
CEP 96200-190
Tel. 3233.0235
Email: cepas@furg.br