

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÁRCIA GOULART DE SOUZA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE O
PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**CUIABÁ - MT
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MÁRCIA GOULART DE SOUZA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE O
PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da UFMT, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho, Cuidados e Subjetividades em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Edir Nei Teixeira Mandú

**CUIABÁ - MT
2009**

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por meio de qualquer fonte convencional ou eletrônica, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais para Catalogação na Publicação (CIP)

Bibliotecária: **Patrícia Jaeger** / CRB1-1736

S729p Souza, Márcia Goulart.

..... Percepções de enfermeiros sobre o processo de
.....trabalho na Estratégia Saúde da Família / Márcia
.....Goulart Souza, Cuiabá, 2008.
.....143 f.

.....Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
.....Graduação em Enfermagem, da **UFMT**, como requisito
.....para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edir Nei Teixeira Mandú

1. Enfermagem. 2. Serviços de Saúde. 3. Saúde da Família. I. Título. II. Souza, Márcia Goulart. III. UFMT.

CDU: 616-083


MÁRCIA GOULART DE SOUZA

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DE SEU PROCESSO DE
TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

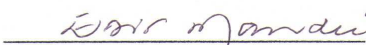
Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 27 de fevereiro, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e práticas em saúde e enfermagem.



Dr.^a Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Dr.^a Edir Nei Teixeira Mandú
Presidente (Orientadora)



Dr.^a Célia Regina Gil
MEMBRO EFETIVO

Dr.^a Áurea Christina de Paula Correa
MEMBRO EFETIVO

Dr.^a Neuci Cunha
MEMBRO SUPLENTE

CUIABÁ
2009

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo a **Deus**, por me conceder a vida e a oportunidade de vencer.*

*À minha mãe, **Erlita**, exemplo de amor e generosidade pela dedicação incansável à Anna Caroline, tornando possível a realização do Mestrado. A ela todo meu reconhecimento e gratidão como filha e mãe.*

*A você **Max**, cuja compreensão e incentivo foram imprescindíveis, valorizando o sentido da nossa luta. Por seu amor, companheirismo e pela forma como tem cuidado de nós.*

*A você **Anna Caroline**, por tudo o que você significa pra mim, pelo seu carinho e apoio permanentes e pela valiosa cooperação com a mamãe sempre atarefada.*

*Com gratidão e amor,
Dedico-lhes este estudo.*

AGRADECIMENTOS

Esta construção contou com a valiosa ajuda de muitos colaboradores que, de várias maneiras, contribuíram na realização deste trabalho. A todos, meus agradecimentos sinceros.

Em especial, minha gratidão,

*À minhas tias, **Aneth** e **Ruth**, agradeço pelas orações e palavras de incentivo.*

*Ao meu sobrinho, **Bruno**, pelo carinho a mim dedicado.*

*Aos **enfermeiros**, participantes deste estudo, pela forma acolhedora com que me receberam e se envolveram no trabalho de pesquisa.*

*À prof.^a Dr.^a **Edir Nei Teixeira Mandú**, minha orientadora e grande responsável pelo meu conhecimento científico, por todos os ensinamentos (profissionais e pessoais), e, principalmente, pela habilidade em proporcionar espaços para que eu exercitasse a reflexão crítica acerca do meu fazer e viver.*

*À prof.^a Dr.^a **Áurea Christina de Paula Correia**, que desde a graduação me acompanha, você tem sido muito especial neste meu caminhar. Obrigada pela amizade, compreensão e incentivo em todos esses anos, particularmente pela sua grande contribuição na construção deste estudo.*

*À prof.^a **Maria Aparecida Munhoz Gaíva**, por sua valiosa contribuição neste trabalho, por ocasião do exame de Qualificação e pelos ensinamentos e palavras de incentivo ao longo desses dois anos.*

*À **Lílian Fleck**, amiga e companheira de longa data, a quem quero expressar agradecimentos, mas para os quais não encontro palavras. Agradeço a oportunidade de conviver com sua alegria e entusiasmo e, pelo apoio nos momentos em que precisei me ausentar para a construção deste estudo.*

*À **Lya Carla, Sandra Gallo, Hozanah Nunes, Christianne Casoni e Patrícia Silveira**, amigos enfermeiros, que compartilharam dos momentos de grandes dificuldades para a construção desta produção, e que não mediram esforços para que eu alcançasse essa vitória. Um obrigado especial a vocês.*

*Aos meus colegas da Pós- Graduação, com os quais trocamos muitas idéias e em especial a **Magda, Amaury, Valdelice, Hilton, Larissa, Michelle, Damaris e Phaedra** pelas alegrias e conhecimentos vividos.*

*E a **todos** que colaboraram com este estudo e que por ventura seus nomes não foram citados.*

“Todo pesquisador precisa pesquisar com um pouco de saber, um pouco de sabedoria e o máximo de sabor possível”

Barthes, 1997

SOUZA, M. G. **Percepções de Enfermeiros sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edir Nei Teixeira Mandú.

RESUMO

Este estudo foi realizado com enfermeiros atuantes no Programa Saúde da Família (PSF) da Regional Norte do município de Cuiabá e teve como objetivo compreender a percepção desses profissionais sobre o processo de trabalho nesta Estratégia, bem como, sobre o seu específico trabalho neste âmbito. Buscamos discutir as percepções dos enfermeiros relacionado-as às diretrizes e eixos do PSF que o caracterizam com um novo modelo impulsionador de mudanças significativas na atenção básica e em todo o setor, recortando a dimensão do trabalho em saúde e do trabalho do enfermeiro. Para tal, tomamos por fundamentos as proposições contidas na Política Nacional de Atenção Básica, em diálogo com estudiosos que tratam do tema, sobretudo os que utilizam da perspectiva histórica e dialética. Na análise e interpretação dos dados adotou-se a técnica de análise de conteúdo temática, segundo orientações de Gomes (1994) e Minayo (2006). A partir dessa metodologia foram elaborados dois grandes conjuntos de discussão: *Percepções sobre o trabalho coletivo na Estratégia Saúde da Família* e *Percepções de enfermeiros acerca do seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família*. O primeiro conjunto sintetiza uma união de categorias que abrangem o trabalho no PSF como: ampliação da finalidade de cura à prevenção; espaço de ação sobre indivíduos e famílias; deslocamento da atenção à demanda para ações estratégicas; espaço de atenção complexo: que exige novas práticas e dificuldades; espaço de reprodução do modelo médico predominante: permanências x bons resultados; espaço de atenção que requer mudanças da população: em suas demandas e participação social; espaço de atenção que requer novos trabalhadores: comprometidos e preparados; espaço de atenção que requer mudanças nas práticas de gestão: articulação, coerência e apoio às equipes locais e o espaço de trabalho em equipe: integração, relações e tensões. O segundo conjunto sintetiza as seguintes categorias: o trabalho do enfermeiro no PSF: centralidade das ações estratégicas; o cuidar/assistir, gerenciar e participar politicamente; o trabalho do enfermeiro no PSF como produção de novas interações com os usuários e com trabalhadores comprometidos e preparados. Compreendemos, ao partilhar com os diferentes enfermeiros, as experiências de cuidar na Estratégia Saúde da Família, que há uma constante construção de um processo de cuidar dessa “nova” proposta. Ela resgata princípios e valores de cuidado que amplia o olhar do enfermeiro, retomando o cuidado humano, para além do biológico, mesmo que ainda em uma proposta inicial, mas, considerando suas necessidades históricas e sociais, favorecendo uma relação de proximidade entre trabalhador e usuário, entre cuidadores e seres cuidados, em uma realidade concreta.

Palavras- chave: Processo de trabalho em saúde; Enfermagem; Saúde da Família.

SOUZA, M. G. **Percepciones de Enfermeros sobre el proceso de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia**. 2008. 133 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edir Nei Teixeira Mandú.

RESUMÉN

Este estudio fue realizado con enfermeros del PSF de la Regional Norte del municipio de Cuiabá. Objetivamos analizar las suyas percepciones sobre esa estrategia y su trabajo en este ámbito, tomando por fundamentos las proposiciones contenidas en la Política Nacional de Atención Básica, estudiosos de la salud colectiva y enfermería que tratan del tema, sobretodo los que utilizan de la perspectiva sóciohistórica y dialéctica. Es un estudio de naturaleza cualitativa, del cual participaron 11 enfermeros. Utilizamos como procedimiento de colecta de datos la cita semiestructurada. El proyecto de pesquisa tuvo aprobación del CEP/HUJM. En la análisis y interpretación de los datos adoptamos la técnica de análisis del contenido temático, segundo orientaciones de Bardin (2002), Gomes (1994) e Minayo (2006). Apresentamos las categorías a través de dos temas: *Percepciones acerca del trabajo colectivo en la Estrategia Salud de la Familia* y *Percepciones de Enfermeros acerca de su proceso de trabajo en la Estrategia Salud de la Familia*. El primero conjunto sintetiza categorías que abarcan el trabajo en el PSF como: ampliación de la finalidad de cura a la prevención; el espacio de acción sobre individuos y familias; desplazamiento de la atención a la demanda para acciones estratégicas; PSF como espacio de atención complejo que exigencia nuevas prácticas y dificultad; PSF como espacio de reproducción del modelo médico predominante; PSF como espacio de atención que requiere mudanzas de la población; el PSF como espacio de atención que requiere nuevos trabajadores; el PSF como espacio de atención que requiere mudanzas en las prácticas de gestión y el PSF como espacio de trabajo en equipo. El segundo conjunto sintetiza las siguientes categorías: el trabajo del enfermero en el PSF: centralidad de las acciones estratégicas; el trabajo del enfermero en el PSF: cuidar/asistir, regir y participar políticamente; a través de producción de nuevas interacciones con los usuarios; el trabajo del enfermero en el PSF: trabajadores comprometidos y preparados. Como resultado evidenciamos que estes profesionales conciben el PSF como espacio volvido a la prevención de las enfermedades, a la familia, individuo y colectividad, como puerta de entrada de la comunidad, responsabilizandose por la salud de la población aproximando de los ejes propuestos por la política. Como contradicciones encuentranse: la focalización de la atención propuesta en grupos, atención volvida para acciones estratégicas con pontualidad de acciones en el controle de las enfermedades. En los discursos evidenciamos que estes remiten tanto a los aspectos importantes en el sentido de la construcción de un nuevo modelo cuanto reafirmam el modelo predominante.

Palabras-Clave: Programa Salud de la Familia; Enfermería; Proceso de Trabajo.

SOUZA, M.G. O. **Nurses perceptions of the work process in the Family Health Strategy** . 2008. 133 f. Dissertation (Masters in Nursing)–College of Nursing, Federal University of Mato Grosso, Cuiabá, 2008.
Advisor: Prof^a. Dr. Edir Nei Teixeira Mandú.

ABSTRACT

This study was conducted with nurses working in the Family Health Program (PSF) of the Northern Regional of the Municipality of Cuiabá and aimed at understanding the perception of these professionals about the process of work on this strategy as well as their specific work in this area. We tried to highlight in this research how these professionals view the PSF and how they link it to their specific work, with the changes in practice. We discuss the perceptions of nurses linking them to the PSF guidelines and priorities that characterize it as a new booster model for significant changes in primary care and in the entire sector, cutting the dimension of health work and the work of nurses. For this, we base ourselves on the propositions contained in the National Policy for Primary Care, in dialogue with scholars dealing with the topic, especially those using the historical and dialectical perspective. In the analysis and interpretation of data it was adopted the technique of thematic analysis of content, according to orientations from Gomes (1994) and Minayo (2006). From this method two sets of discussion were prepared: Perceptions of the collective work in the Family Health Strategy and Perceptions of nurses about their work process in the Family Health Strategy. The first set summarizes a union of categories that include: the work in the PSF: extension of the purpose of cure to prevention, the work in the PSF: space of action on individuals and families, work in the PSF: attention shift to the demand of strategic actions, the PSF as a complex area of attention: it requires new practices and difficulties, the PSF as an area of reproduction of the dominant medical model: permanence versus good results, the PSF as an area of focus that requires changes in the population: in their demands and social participation, the PSF as an area of focus that requires new employees: committed and prepared, the PSF as an area of focus that requires changes in management practices: articulation, consistency and support for local teams and PSF as an area of teamwork: integration, relations and tensions. The second set combines the following categories: the work of nurses in the PSF: centrality of strategic actions, the work of nurses in the PSF: care / assist, manage and participate politically, the work of nurses in the PSF: production of new interactions with users; the work of nurses in the PSF: workers involved and prepared. We understood, when sharing with various nurses the experience of caring in the Family Health Strategy, that there is a constant building of a process of looking after this "new" proposal. It rescues principles and values of care which widens the look of the nurse, taking the human care to beyond the biological, even if only in an initial proposal, but, considering its historical and social needs, encouraging a closer relationship between worker and user, among caregivers and assisted in a concrete reality.

Key words: Work process in health; Nursing; Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional d Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
VD	Visita Domiciliar

LISTAS DE TABELAS

TABELAS

Tabela 1 – Percentual de enfermeiros que atuam nas USF da Regional Norte de Cuiabá por tempo de graduado, em 2008.....57

Tabela 2 – Tempo de atuação no PSF dos enfermeiros participantes da pesquisa no PSF do Município de Cuiabá- Regional Norte, 2008.....58

Tabela 3 – Percentual de enfermeiros que atuam nas USF da Regional Norte de Cuiabá por curso de especialização realizado, em 2008.....58

SUMÁRIO

RESUMO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	29
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	32
2.2 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	39
3 CONTEXTO DO ESTUDO.....	47
3.1. O MUNICÍPIO DE CUIABÁ	47
3.2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ.....	47
3.3 A REGIONAL NORTE: CARACTERÍSTICAS TERRITORIAIS E ASSISTENCIAIS	49
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1 NATUREZA E ABORDAGEM DO ESTUDO.....	52
4.2 O LOCAL E OS SUJEITOS DO ESTUDO	52
4.3. ASPECTOS ÉTICOS	53
4.4. PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS	53
4.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	55
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	57
5.1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
5.2. PERCEPÇÕES ACERCA DO TRABALHO COLETIVO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	60
5.2.1 O trabalho no PSF: ampliação da finalidade de cura à prevenção	61
5.2.2 O trabalho no PSF: espaço de ação sobre indivíduos e famílias.....	68
5.2.3 O trabalho no PSF: deslocamento da atenção à demanda para ações estratégicas.....	71
5.2.4 O PSF como espaço de atenção complexa: a exigência de novas práticas e dificuldades	77
5.2.5 O PSF como espaço de reprodução do modelo médico predominante: permanências x bons resultados.....	82
5.2.6 O PSF como espaço de atenção que requer mudanças da população: em suas demandas e participação social	84
5.2.7 O PSF como espaço de atenção que requer novos trabalhadores: comprometidos e preparados	86
5.2.8 O PSF como espaço de atenção que requer mudanças nas práticas de gestão: articulação, coerência e apoio às equipes locais.....	88
5.2.9 O PSF como espaço de trabalho em equipe: integração, relações e tensões.....	91
5.3 PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS ACERCA DO SEU PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	98
5.3.1 Trabalho do enfermeiro no PSF: centralidade das ações estratégicas	98
5.3.2 Trabalho do enfermeiro no PSF: cuidar/assistir, gerenciar e participar politicamente.....	102
5.3.3 Trabalho do enfermeiro no PSF: produção de novas interações com os usuários	107
5.3.4 Trabalho do enfermeiro no PSF: trabalhadores comprometidos e preparados ..	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117

7 BIBLIOGRAFIA	121
APÊNDICES	134
APÊNDICE A	135
APÊNDICE B	139
APÊNDICE C	141
ANEXOS	142

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa analisa percepções de enfermeiros acerca do Programa Saúde da Família¹ (PSF) e sobre seu específico processo de trabalho neste âmbito. Temos por objetivo reconhecer como enfermeiros que atuam nessa estratégia na Regional Norte de Cuiabá, Mato Grosso, concebem-na e também a sua prática, considerando que esta se encontra desafiada a produzir mudanças no modelo atenção² básica, tendo em vista a construção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

No desenho teórico-metodológico desta pesquisa, além de preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tomamos como referência estudos da área de saúde coletiva e de enfermagem que debatem permanências e mudanças no processo de trabalho das equipes do PSF e, especificamente, no trabalho da enfermagem/do enfermeiro, que se encontram sintonizados com os preceitos da integralidade da atenção, promoção da saúde e defesa da vida em sua multidimensionalidade.

Partimos da premissa de que o PSF e os seus modos de efetivar o trabalho em saúde e em enfermagem devem orientar-se pelo respeito aos direitos de cidadania, por uma compreensão de atenção à saúde como decorrente de

¹ No Brasil, a proposta de Saúde da Família é apresentada a partir de 1997 como uma estratégia e não mais como um programa (BRASIL, 2002). Contudo, como a expressão Programa Saúde da Família é corrente na política de saúde, no debate acadêmico e no setor saúde, o utilizamos neste estudo, tal como a expressão Estratégia Saúde da Família.

² Para Campos (1992), o conceito de **modelo assistencial** é interpretado como a forma como várias práticas em saúde combinam-se, ordenadas por uma lógica específica (histórica), referindo-se à “composição concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurem a sua reprodução social” (CAMPOS, 1992: 38). Para Merhy (1992), o modelo assistencial em saúde (que denomina de modelo tecnoassistencial) organiza as ações/relações e projetos de política para a área, sendo construídos externa e localmente, técnica e socialmente, em disputas e composições, segundo interesses, capacidades e criatividade dos vários grupos e sujeitos sociais em interatividade (possui uma dimensão política ou micropolítica). Na literatura do setor saúde, os termos modo de produção de serviços, conformação do sistema de saúde e modelo assistencial são empregados como sinônimos (CAMPOS, 1992).

respostas abrangentes a necessidades de vida e saúde de pessoas e coletivos, e pelo respeito à autonomia e participação dos usuários³ em seus contornos.

Tal como concebem alguns estudiosos (FRANCO E MERHY, 2003; CAMPOS 1997; CECÍLIO, 1992), também adotamos como premissa que mudanças nos processos de trabalho em saúde, incluindo o trabalho de enfermagem/do enfermeiro, são fundamentais à construção de um novo modelo assistencial, sintonizado com as diretrizes e princípios constitucionais do SUS, como a integralidade, a equidade, o controle e participação social, a intersetorialidade, resolutividade, humanização do atendimento, entre outros.

Entendemos o trabalho em saúde como um modo de trabalhar específico, coletivo (composto por várias áreas técnicas), efetivado por meio de um processo social e técnico, que envolve transformações planejadas de coisas ou objetos, através de determinados meios ou instrumentos, com a finalidade de atender a necessidades sociais em saúde, processo este que envolve relações ou interações entre trabalhadores e destes com usuários, em que o produto é indissociável do processo que o produz, e o seu consumo ocorre no momento da sua produção (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY 1997).

Integrando esse trabalho coletivo, temos o trabalho de enfermagem, que, historicamente, é realizado pelo enfermeiro e por outros agentes de enfermagem (ALMEIDA E ROCHA, 1997), caracterizado por um saber-fazer próprio e por um saber-fazer partilhado com outros trabalhadores da área de saúde⁴ (CAMPOS, 1997), contemplando, assim, finalidades, objetos, meios, produtos e relações de/no trabalho que lhe são específicos e também comuns aos demais profissionais de saúde.

A despeito da fragmentação sócio-histórica existente no trabalho em saúde, este articula todos os seus profissionais com seus particulares processos de trabalho, em torno dos elementos que o compõem: da finalidade de produção da ação terapêutica; de sua aplicação sobre indivíduos e/ou grupos portando necessidades de saúde; e de meios materiais e imateriais utilizados para

³ O termo usuários será utilizado, neste trabalho, referindo-se a indivíduos, famílias e comunidades.

⁴ Para tratar desse aspecto, Campos (1997) propõe as noções de campo e núcleo de competências, evidenciando questões relacionadas à polivalência e especialização no trabalho em saúde, e à autonomia e definição de responsabilidades entre profissionais. Por núcleo de competências interpreta o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade. Por campo de competências compreende os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades.

efetivar o trabalho, que representam o nível técnico e prático do conhecimento ou saber objetivado na sua produção (MENDES-GONÇALVES, 1992; SCHRAIBER *et al.*, 1999). Essa finalidade mais geral partilhada é, porém, traduzida socialmente de forma peculiar em cada contexto e pelas áreas profissionais, bem assim pelos usuários. De igual modo, em cada contexto e área profissional, sujeitos e necessidades em saúde também são apreendidos e recortados no trabalho segundo dadas especificidades, assim como o saber técnico e prático nele mobilizado.

Para situar a importância e a delimitação do que se recorta como objeto de estudo nesta pesquisa é preciso considerar dois aspectos articulados entre si: a relevância e os contornos das mudanças pretendidas no trabalho em saúde através do PSF; e implicações destas mudanças para os modos de pensar e atuar dos trabalhadores de enfermagem ou, mais especificamente, para o trabalho dos enfermeiros e os modos de concebê-lo nessa estratégia.

Vejamos o primeiro aspecto:

Com o SUS, procura-se alterar a forma de organizar e gerir os serviços e ações de saúde e de prestar cuidados no setor, ou seja, busca-se mudar o modelo de atenção predominante e os processos de trabalho que o integram, de forma a produzir melhores perfis de saúde das diferentes populações do Brasil.

No seu processo de implementação, direcionado pela descentralização para o nível municipal, a atenção básica e, especificamente, a Saúde da Família são consideradas estratégicas.

Politicamente, sobretudo a partir de 1997, concebe-se a atenção básica, através da proposta de Saúde da Família, como um conjunto de ações de saúde de caráter individual e coletivo, voltado para as finalidades de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Como meios de efetivação dessas ações nessa estratégia projetam-se práticas gerenciais, sanitárias e de cuidado individual, encaminhadas mediante relações de caráter democrático e participativo, envolvendo tanto os usuários como os trabalhadores, sob a forma de trabalho em equipe. Por meio dela, projetam-se práticas dirigidas a sujeitos, populações e territórios bem delimitados (territórios-processos), pelos quais as unidades devem assumir responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade social e de saúde neles existente (BRASIL, 1997). Assim, o PSF é pensado como um caminho de reorganização da produção de cuidados de saúde tradicional (centrada na cura) no âmbito da atenção básica,

influindo também nos demais níveis assistenciais, com o objetivo de reorientar o trabalho em saúde, em direção a uma assistência que tenha como foco ou objetos o indivíduo, a família e a comunidade, percebidos a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2001).

O PSF⁵ constitui-se em uma política prioritária de produção de uma nova qualidade no âmbito da atenção básica e de reorganização de todo o modelo de atenção à saúde e consolidação dos princípios do SUS, reafirmado, nesses termos, no Pacto pela Saúde 2006 e na versão presente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Nessa política são reafirmados princípios norteadores para o desenvolvimento do trabalho no PSF e eixos estratégicos à sua consecução nos âmbitos organizacional, gerencial e assistencial conforme apresentado na PNAB (BRASIL, 2006b). Esses vêm sendo afirmados/reafirmados e/ou criticados no debate atual em torno do PSF.

Esses princípios e eixos têm importantes implicações para os trabalhadores de saúde da atenção básica e, em especial, para o trabalho de enfermagem/do enfermeiro, devendo ser considerados. A mudança na qualidade do processo de trabalho das equipes de saúde do PSF passa também pela mudança do específico trabalho de enfermagem/do enfermeiro, considerado o caráter complementar e interdependente do trabalho em saúde e o fato de que esses profissionais ocupam, numérica e qualitativamente, um espaço importante nessa nova estratégia.

Entre esses eixos, destacamos, inicialmente, o processo de territorialização associado à produção, análise e uso de informações em saúde; o planejamento, a programação e avaliação de ações; o desenvolvimento dos trabalhadores através da Educação Permanente; o trabalho em equipe; e a produção de participação social⁶.

Sendo a atenção básica configurada como ordenadora do contato da população com o sistema de saúde (BRASIL, 2006b), entende-se que a equipe de saúde do PSF e, como parte desta, a enfermagem com seus saberes e práticas específicos e comuns a outros profissionais, devem identificar e responder às

⁵ A construção dessa política teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Este foi considerado pelo Ministério da Saúde como transição para o PSF, que se iniciou no país em 1994.

⁶ Esses eixos serão retomados e aprofundados no decorrer do trabalho.

diversas necessidades de saúde dos seus usuários, ou seja, indivíduos, famílias e comunidades devem ter suas necessidades reconhecidas e consideradas nos processos de trabalho locais e em outros âmbitos, propiciando recortes de objetos de trabalho mais abrangentes.

Portanto, Isso requer conhecer as famílias do território de abrangência, identificando suas necessidades de saúde e situações promotoras de riscos e vulnerabilidades, produzindo, analisando e usando informações epidemiológicas e outras e, também elaborar o planejamento e programação de ações considerando-as na perspectiva da prestação da assistência integral (BRASIL, 2002a; 2006a; OLIVEIRA E MARCON, 2007; KAKEHASHI E SILVA, 2001).

Complementarmente, os trabalhadores do PSF devem realizar avaliação e monitoramento sistemático e participativo dos resultados alcançados por seu trabalho, como parte dos processos de planejamento. Nesse sentido, um pressuposto básico do PSF é o de que quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual planeja (BRASIL,1997). Assim, os processos de planejamento, monitoramento e avaliação devem ser pensados como um todo e direcionados a necessidades e, em especial, à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de Saúde da Família, visando à saúde dos usuários assistidos (BRASIL, 2006b)

A enfermagem e, em especial, o enfermeiro devem participar desse processo, produzindo e analisando informações, avaliando e pensando o todo, planejando e executando o trabalho planejado. Nesse processo, deve incluir as peculiaridades de seu trabalho, levando em consideração sua contribuição para o todo.

Para a geração de mudanças no processo de trabalho é importante a preparação constante dos vários trabalhadores, através de práticas de educação permanente, participativas e sintonizadas com a produção de compreensões e competências coerentes com o novo modelo proposto e seus vários eixos (BRASIL, 2006).

O trabalho em equipe é considerado uma estratégia central no PSF, para superação do trabalho fragmentado e ampliação dos potenciais de trabalho (MARQUES, 2003; PEDUZZI, 1998; 2001; SILVA E TRAD, 2005). Este deve ser entendido no sentido de integração entre os profissionais e entre suas práticas, em substituição à mera justaposição das ações e agrupamento dos

agentes. Esse trabalho deve apoiar-se na comunicação efetiva entre os agentes do trabalho, no reconhecimento e flexibilidades das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, no questionamento das desigualdades estabelecidas entre estes e no reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional. À medida que a equipe configura o trabalho cotidiano nesta direção, tende a construir um projeto comum, que se torna o eixo em torno do qual os diferentes agentes pensam e executam seus trabalhos especializados de forma integrada aos demais (PEDUZZI, 2001).

As práticas de gerenciamento local devem favorecer e estimular a participação dos usuários no planejamento e avaliação das ações do PSF, sendo que a equipe de saúde, assim como a enfermagem/o enfermeiro devem ser indutores dessa participação social (CAMPOS, 1997; SILVA E TRAD, 2005; ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

Além desses eixos inicialmente apontados, encontramos também outros relevantes, como a família e coletividades como unidades das práticas em saúde; a prática da promoção da saúde; a atenção domiciliar; a criação de vínculo e co-responsabilização; e a efetivação de práticas humanizadas.

A família é lançada como foco do cuidado, comprometendo os vários profissionais com o conhecimento de sua estrutura e dinâmica, para identificar suas forças e fragilidades, suas reais necessidades e seus potenciais, e para estimulá-las e apoiá-las a compartilhar responsabilidades, na perspectiva de se apropriar e exigir direitos (WEIRICH, TAVARES E SILVA, 2004; MARCON, LOPES E LOPES, 2008; OLIVEIRA E MARCON, 2007).

A equipe do PSF, assim como a enfermagem/o enfermeiro, tem como responsabilidade a produção de melhoria da qualidade de vida das famílias e coletividades, devendo para isso favorecer, promover e participar da construção de práticas inter-setoriais de promoção da saúde, incluindo nesse processo a promoção de autonomia (BRASIL, 2006; MACHADO, 2007). O PSF se sintoniza com as ações coletivas promocionais em saúde e o espaço do domicílio para a atuação, não se restringindo apenas ao trabalho individual nas unidades de saúde.

Tem destaque no PSF o cuidado às pessoas e famílias através do contato via domicílios e demais espaços comunitários (BRASIL, 2006). A assistência domiciliar é um campo de atuação importante para o enfermeiro que faz parte da Equipe de Saúde da Família (ESF), requerendo sua preparação para tal,

assim como disponibilidade de tempo, considerando-se que essa prática é inovadora, desafiante e complexa (ANDRADE E MELO, 2006).

Para Campos (1997), um dos meios mais adequados à prática clínica de qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com profissionais específicos que lhes sirvam de referência. Nesse sentido, destaca-se a importância de os vários integrantes da equipe de saúde da família estabelecer vínculos com os usuários, conhecer de modo progressivo a sua biografia, estimulando a co-responsabilização das equipes, visando a aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Alguns autores (SCHIMIT E LIMA, 2004; CAMPOS, 1999; MATUMOTO E MISHIMA, 2001) tratam dessa temática, afirmando que, ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas considerados difíceis, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário.

O trabalho no PSF deve propiciar atenção humanizada (AYRES *et al.*; SOUZA, 2000; BRASIL, 2004a). As ações humanizadas implicam em trabalhar “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente” (SOUZA, 2000).

Como dito anteriormente, toda a equipe do PSF deve se comprometer-se com esses eixos estratégicos do PSF, atuando através do campo de competências comuns e das especificidades profissionais.

Nesse sentido, vejamos o segundo aspecto destacado em relação à importância do objeto em estudo: as suas implicações para o trabalho de enfermagem ou, mais especificamente, para o trabalho dos enfermeiros.

Para a discussão do trabalho do enfermeiro no PSF é imprescindível que se considere o que observa Peduzzi (2000): a sua inserção no trabalho em equipe, o modo como se dá sua relação com o processo de trabalho como um todo; e o modo como o enfermeiro realiza o cuidado específico de enfermagem.

No PSF, espera-se que a prática de enfermagem e, nesta, a do enfermeiro, inserida no conjunto do trabalho, se reformule e se integre com os demais trabalhos. Esta reformulação e integração devem ocorrer considerando

tanto as intervenções técnicas como as interações com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família.

É preciso considerar que, como a experiência brasileira nos mostra, o enfermeiro exerce um papel preponderante no trabalho do PSF e especificamente no trabalho de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desde o planejamento das ações até sua execução e avaliação.

Como já dito, no PSF, este profissional tem suas práticas estruturadas em torno tanto de especificidades da área profissional – o cuidado de enfermagem e o seu gerenciamento – quanto de um campo comum de competências que partilha com o conjunto da equipe. Essas práticas estruturadas têm sustentação na história e legislação profissional, nos modelos de atenção e políticas de saúde construídos, e na própria experiência que conforma os trabalhos cotidianamente, entre outros aspectos⁷.

Embora essa definição seja criticada por estudiosos (FRANCO E MERHY, 2003; FREITAS, 2008), nesse sentido, encontramos, como atribuições específicas do enfermeiro, basicamente a coordenação, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e pela equipe de enfermagem; e a realização de consultas e procedimentos na unidade e nos domicílios quando necessários. Como responsabilidades comuns, podemos citar a realização de ações de promoção da saúde, ações educativas de prevenção, a realização das ações estratégicas e de vigilância à saúde, além da participação no processo de territorialização, planejamento, avaliação, entre outras.

Considerada a prática profissional, Marques (2003 p. 65), em estudo realizado em Campinas, nos anos de 1995 a 2002, sobre a contribuição da enfermagem na trajetória do PSF, relata como ações desenvolvidas pelos enfermeiros: visitas domiciliares; atendimento individual em puericultura, pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino; realização de procedimentos, como vacinação, curativos e outros; ações educativas e de vigilância com grupos de hipertensos, gestantes, idosos e acompanhamento de crianças desnutridas; além de ações intersetoriais em parceria com a educação e a promoção social.

⁷ O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) define atribuições para os diversos profissionais da Estratégia Saúde da Família, estabelecendo, em linhas gerais, responsabilidades comuns a todos os membros da equipe e especificidades de cada profissional. Alguns estudiosos como Franco e Merhy (2003) e Freitas (2008) criticam essa definição ministerial afirmando que a forma de organização da gestão no PSF limita suas ações, por apresentar um alto grau de normatividade na sua implementação.

Costa *et al.* (2000), fazendo um relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro no PSF, em Sobradinho II (Distrito Federal), em 1999, mencionam que o trabalho do enfermeiro desenvolve-se em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe, e na comunidade, listando as seguintes atividades realizadas: consulta de enfermagem, atividades educativas e visitas domiciliares.

Teixeira (2002), em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, em 2001, analisa a prática dos enfermeiros no PSF. Verificou que o trabalho do enfermeiro não apresenta configuração uniforme, tendo em vista especificidades do município e de sua política de saúde. Considera que as ações do enfermeiro diversificam-se, abrangendo a família, o indivíduo e a coletividade e, como proposta de um novo modelo. Neste estudo, a autora afirma que o trabalho no PSF é permeado por dificuldades, mas que conduz para uma prática voltada para a efetivação da integralidade da assistência e um maior compartilhamento das decisões com a clientela. Ainda neste estudo, é apontada a importância de valorizar e investir no perfil dos trabalhadores do PSF, para que estes sejam sensibilizados e se comprometam com a transformação do modelo assistencial.

Enfocar a atuação do enfermeiro na Saúde da Família, enquanto integrante da equipe de saúde, significa pensar em suas responsabilidades frente à qualidade da atenção e resolutividade na rede básica, pois, segundo Franco e Magalhães Junior (2003), esta se relaciona ao conhecimento técnico, aos recursos instrumentais dos profissionais, além de estar ligada à sua ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com os usuários e ao significado dado ao trabalho e seus desafios em direção à mudança.

O trabalho do enfermeiro diante da proposta de um novo modelo deve ganhar contornos específicos, e o profissional deve ter qualificação e perfil diferenciados, sendo considerada a sua complexidade.

No cuidado de enfermagem e em seu gerenciamento, o enfermeiro deve atuar junto aos indivíduos, famílias e outros grupos compreendendo-os em suas relações e em seu espaço social, considerando-os como portadores de autonomia e em suas concretas necessidades de saúde, segundo sua diversidade e especificidade.

As finalidades do trabalho do enfermeiro devem sintonizar-se não só com a cura, mas também com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, tal como se projeta para o PSF.

Nesse sentido, o enfermeiro necessita desenvolver novas tecnologias que respondam à diversidade de atribuições que lhe cabem dentro da USF, considerados os eixos que estruturam o PSF.

No campo relacional, o enfermeiro, no interior do PSF, deve gerenciar e cuidar de forma humanizada, democrática e participativa, valorizando o trabalho em equipe, o acolhimento, o vínculo e a co-responsabilização como norteadores da produção do cuidado em saúde/enfermagem.

Por fim, para evidenciarmos a importância e delimitação deste estudo, cabe ainda considerar que o trabalho do enfermeiro no PSF tem sido pouco estudado, a despeito do crescimento de pesquisas que buscam apreendê-lo.

Ao buscarmos, na literatura publicada e indexada no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), estudos sobre o trabalho do enfermeiro no PSF, identificamos que estes se voltam ou para aspectos mais gerais da sua prática ou para ações direcionadas a grupos ou situações de saúde específicos.

Além dos estudos mencionados, vale lembrar no primeiro sentido, o estudo de Leite (2001), realizado em 2000, em Minas Gerais, que aponta a inserção do trabalho do enfermeiro na equipe de Saúde da Família e suas contribuições na construção de interdisciplinaridade. No segundo sentido, localizamos estudos realizados em cenários específicos, como o de Dantas *et al.* (2001), realizado em um município do Ceará, no ano de 1998, que discute a atuação do enfermeiro no PSF na realização de exame ocular em escolares de 8 a 16 anos; o de Duarte e Andrade (2006), que, através de revisão da literatura, descrevem a atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal; o de Benigna *et al.* (2004), que também discutem a assistência pré-natal a partir do olhar do enfermeiro; o de Ferreira (2003), desenvolvido em Belém do Pará, nos anos de 2001 a 2003, que descreve as representações de enfermeiros do PSF sobre hanseníase.

Localizamos também pesquisa realizada em 2001, por Moura, Rodrigues e Silva (2003), que busca identificar e analisar o perfil de enfermeiros que atuam no PSF em uma microrregião do Ceará, apontando que este é favorável às propostas do PSF, merecendo que sejam revistas as formas de contratação, as condições de vida nos municípios e maior descentralização dos cursos de especialização, no sentido de reduzir a migração profissional e favorecer o vínculo enfermeiro-comunidade.

Costa e Silva (2004), através de um estudo exploratório-descritivo sobre impacto da criação do PSF na atuação do enfermeiro, realizado em municípios da Paraíba, com enfermeiros que atuam na atenção básica desde 1989 até 2002, demonstram em seus achados, que, com a Saúde da Família, as atividades realizadas por estes profissionais quanto à assistência, educação em enfermagem e ao gerenciamento dos serviços de saúde foram intensificadas.

Encontramos, ainda, outros estudos, como o de Araújo (2005), que discute a prática profissional e a identidade do enfermeiro no PSF; o de Junior e Guimarães (2007), que estuda a assistência prestada pelo enfermeiro ao portador de sofrimento mental no PSF; o estudo de Reis (2007), que pesquisa vivências geradoras de prazer e sofrimento no trabalho de enfermeiros que atuam no PSF; e o de Silva *et al.* (2005), que trata do trabalho do enfermeiro no PSF voltado às ações de saúde mental.

Apesar de todas essas discussões lançadas, consideramos que estudos específicos acerca do trabalho do enfermeiro no PSF, a partir de suas percepções, precisam ser intensificados e encaminhados considerando os diversos ângulos dessa prática e sua realização em diferentes cenários de atenção à saúde no Brasil.

Dentre vários ângulos, um dos que consideramos relevante refere-se ao modo como o enfermeiro concebe o PSF e o seu processo de trabalho nessa estratégia, considerados os preceitos e eixos de mudança destacados.

Desse modo, buscando contribuir para a redução dessa lacuna, propomos, como objeto desta investigação, o estudo das percepções de enfermeiros acerca do processo de trabalho no PSF, com destaque para o seu específico trabalho.

Compreender tais percepções e correlacioná-las aos desafios de reconstruir o modelo de atenção básica e os processos de trabalho da enfermagem/do enfermeiro é fundamental, na medida em que os profissionais expressam, através delas, adesão e/ou resistência, desconhecimento e/ou absorção crítica/acrítica aos preceitos e eixos de mudança do PSF. Tais aspectos afetam o processo mais geral de implementação da Saúde da Família, o processo de trabalho da equipe e, portanto, também os contornos do peculiar trabalho do enfermeiro.

Segundo Canesqui e Spinelli (2006), em alguns estudos, os enfermeiros são abordados ou por serem portadores de interesses e racionalidades

próprias ou por seus julgamentos e comportamentos diante das inovações que podem afetar o processo de implementação de determinadas práticas e seus resultados.

O trabalho em saúde e, em especial, o de enfermagem/do enfermeiro pode ser legitimado ou superado pela prática de seus trabalhadores (TAKEMOTO E SILVA, 2007; ALMEIDA E MISHIMA, 2001; ALMEIDA E ROCHA, 2003; LIMA, 1999; LIMA, 2006), sendo que esse trabalho só se transforma quando, entre outros aspectos, incorpora novos significados (SILVA *et al.*, 2005).

Através das percepções dos trabalhadores sobre o próprio trabalho, assim como por meio de sua objetivação no processo de trabalho, é possível aproximar-se dos saberes que se encontram na mediação da ação dos trabalhadores em direção a certos objetos e finalidades do trabalho, assim como é possível reconhecer o modo como o trabalho se efetiva (embora não exista uma relação mecânica e linear entre modos de pensar e efetivar a prática).

Como observa Mendes-Gonçalves (1992), as percepções dos trabalhadores sobre o trabalho no campo da saúde, assim como em outros campos, são constitutivas dele e são expressivas, em alguma medida, do modo como se configura o seu processo de objetivação, ou seja, elas são parte do trabalho, configurando-se como saber que sustenta o trabalho, ao tempo que permitem certa aproximação do modo como o trabalho se efetiva.

Assim, a presente pesquisa intenciona uma leitura crítica do modo como se interpretam os desafios de mudança no PSF e a atuação dos enfermeiros nesse espaço, através das seguintes indagações orientadoras:

- Como o enfermeiro, copartícipe do processo de configuração de um novo modelo, apropria-se do que está sendo proposto para o PSF?
- De que maneira o enfermeiro vincula o seu trabalho específico ao novo modelo proposto, tendo em vista a produção de mudanças na prática?

Abordar como o enfermeiro concebe o trabalho no PSF significa não considerá-lo apenas como executor de um dado fazer, mas como partícipe e encarregado de operar as mudanças necessárias no PSF, junto com a equipe local e com os usuários, entre outros sujeitos.

Como já dito, buscamos discutir as percepções dos enfermeiros, relacionado-as às diretrizes e eixos do PSF que o caracterizam como um novo

modelo impulsionador de mudanças significativas na atenção básica e em todo o setor, recortando a dimensão do trabalho em saúde e do trabalho do enfermeiro.

Desse modo, buscamos identificar como o enfermeiro concebe o próprio trabalho, sem perder de vista a sua inserção no processo de trabalho coletivo, sem desconsiderar, portanto, que seu trabalho, além de especificidades, envolve um conjunto de ações e relações com os outros trabalhadores da equipe.

Temos por objetivo neste estudo, compreender como o enfermeiro concebe o processo de trabalho no âmbito do PSF, tendo em vista que este profissional é copartícipe da configuração desse novo modelo. Este objetivo geral desdobra-se nos seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes no PSF da Regional Norte do município de Cuiabá.
- Identificar e analisar como os enfermeiros concebem o PSF e sua aproximação e distanciamento dos seus eixos estratégicos.
- Identificar e analisar como os enfermeiros concebem o seu próprio trabalho e suas relações com o trabalho coletivo.

Do ponto de vista pragmático, espera-se contribuir com a mudança das práticas no âmbito do PSF e, mais especificamente, para a reconstrução do trabalho de enfermagem/do enfermeiro, através da produção de um saber que propicie a reflexão crítica de conhecimentos, valores e tecnologias.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Uma vez definido o objeto de estudo, apresentamos as bases teóricas que sustentarão a investigação: uma dada compreensão do processo de trabalho em saúde e do processo de trabalho de enfermagem, no novo modelo de atenção básica – a Estratégia Saúde da Família.

Antes, porém, cabe evidenciar o entendimento que temos acerca do que nominamos como percepções, embora nossa intenção, neste estudo, seja reconhecer os modos de conceber o trabalho no PSF, a partir da referência analítica dos eixos de mudança propostos para essa estratégia e pela política nacional e aprofundados pelo debate no campo da saúde coletiva e da enfermagem.

Percepções são entendidas como constituintes da experiência humana intersubjetiva, afeita à esfera das significações e valores, vinculada aos sujeitos e aos seus contextos de vida. A leitura dos acontecimentos, feita pelas pessoas, vai além da simples opinião a seu respeito. Como aponta Chauí (2000), as percepções são dotadas de significação e têm sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências.

É no processo de produção coletiva da vida humana, em constante transformação, que os seres humanos se relacionam entre si e com a realidade e a compreendem e explicam (SEVERINO, 1992).

Para Minayo (2006), a partir de uma interpretação histórico-social, as percepções ou representações sobre questões do real (como o que se pensa a respeito do trabalho no PSF) integram e configuram um modo de vida, que ganha sentido em um modo de produção específico.

O conteúdo da consciência dos grupos não é, todavia, compreendido mecanicamente apenas como produto social, mas também como elemento de construção social. Nos estudos de Marx, essa relação dialética é afirmada: “as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias” (MARX, 1988, p. 45) e mais:

Não é a Consciência que determina a vida, é a vida que determina a consciência. [...] a consciência é desde o início um produto

social: ela é mera consciência do meio sensível mais próximo, é a conexão com outras pessoas e coisas fora do indivíduo. [...] a consciência jamais pode ser outra coisa que o homem consciente e o ser dos homens, é o seu processo de vida real (MARX E ENGELS *it.* MINAYO, 2006, p. 228).

Assim, as percepções dos sujeitos representam a vida real, sendo também essenciais em sua construção. O homem, então, não é apenas um produto da sociedade, mas é um sujeito situado no processo histórico e que tem possibilidades de intervir sobre ele a partir das experiências sensíveis, produzindo conhecimento, que vem de sua posição social, das suas experiências vividas e da sua situação no mundo.

As percepções ou representações das pessoas sobre as coisas refletem valores construídos a partir de variadas fontes que se articulam e compõem uma lógica própria.

As percepções não são expressões da realidade tal qual sua configuração, ou seja, a realidade não se reduz às concepções dos sujeitos sobre ela. Nem existem modos de pensar falsos, uma vez que todos respondem a necessidades da existência humana, de diferentes formas, segundo certas condições de existência (MANDÚ, 1995).

As percepções, entretanto, não são necessariamente conscientes, porque elas constituem uma naturalização de modos de fazer, de pensar e de sentir habituais, que se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações de grupos (MINAYO, 2006).

No processo de expressão e construção da vida, através das idéias, cabe considerar que algumas delas, são construídas socialmente, mais que outras, exercem uma peculiar coerção para que seus membros pensem e atuem em determinado sentido, constituindo um modo de pensar dominante (MINAYO, 2006).

Essas idéias, todavia, não são pura reprodução de um modo de pensar dominante, sendo marcadas também por outros modos de pensar, caracterizando-se por contradições e por um jogo de afirmação e negação, ou de absorção e recusa destas, que tendem a se apresentar no discurso de forma ambígua (CHAUÍ, 2000).

A partir dessa interpretação mais geral, consideramos que as percepções dos enfermeiros, assim como suas práticas, são produtos sociais e

históricos, sendo elaboradas e expressas, de forma ambígua, como partes de um conjunto amplo de influências de natureza material e simbólica: que abrangem processos sócio-culturais e inter-subjetividades humanas, ou seja, as percepções ganham sentido no âmbito das relações sociais; elas são produtos de contextos sociais e históricos; são produzidas no âmbito da estrutura social e de sua mobilidade, com a efetiva participação humana. As percepções são produzidas de forma social, compartilhada e dinâmica, em torno das práticas ou do trabalho humano.

Especificamente, as interpretações de enfermeiros referentes ao PSF e ao seu trabalho relacionam-se tanto com o cenário mais amplo como com o específico onde estes se inserem e com as características históricas dos processos de trabalho dos quais participam, isto é, relacionam-se com o contexto mais geral do mundo do trabalho, com os modelos e políticas de atenção em saúde em curso (concretos e projetados), e com a historicidade do trabalho de enfermagem e as especificidades que estes ganham através do labor cotidiano.

Tais interpretações são frutos dos projetos modelares em saúde em confrontação, de características históricas do setor saúde e também da profissão de enfermagem, e de como estas se efetivam e são pensadas no setor saúde e atenção básica em Cuiabá, ao que se somam as experiências de trabalho cotidianas daqueles, incluindo contradições em torno de processos de reprodução e confrontação ao que se encontra estabelecido (MANDÚ, 1995; 2002). Isto significa que o discurso dos sujeitos desta pesquisa abrange ou expressa as contradições em torno do modelo hegemônico de atenção básica à no setor saúde, ao tempo que também representa novas idéias articuladas em tono de outro projeto modelar que a este busca opor-se – o PSF (também com suas contradições), mediados por suas experiências. De igual modo, abrange interpretações predominantes no campo da prática de enfermagem, inovações propostas para esta, igualmente mediadas por sua trajetória na prática, sendo consideradas as articulações desta com o trabalho na atenção básica e no setor saúde.

2.1 O Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Para compreender o processo de trabalho no âmbito do sistema de saúde brasileiro, apoiamo-nos no conceito de Marx sobre o trabalho. Para este estudioso,

[...] antes de tudo, o trabalho é um processo de que participa o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza... Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1989, p. 202).

O autor afirma que a capacidade criativa e intencional humana é o que o dirige e diferencia-os dos outros animais, como motor da atividade produtiva dos homens. Para ele, todo trabalho envolve a transformação intencional de algo, pelo indivíduo para a satisfação de necessidades sociais. Nesse processo, o homem e a própria natureza mutuamente se transformam, sendo o trabalho constituído e constituinte de uma conjuntura sócio-histórica, efetivado através de um processo dinâmico.

Apoiado em Marx, Mendes-Gonçalves (1992) discute o processo de trabalho em saúde, compreendendo que os agentes constituem um dos elementos desse processo e que, portanto, devem ser compreendidos e apreendidos no interior das relações recíprocas com os demais elementos que o compõem: finalidades, objetos de trabalho, instrumentos ou meios de trabalho, e a atividade de trabalho em si. O objeto de trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do labor; não existe enquanto objeto por si; somente se constitui em objeto a partir de um projeto relacionado a dadas finalidades sociais. Os instrumentos de trabalho são os meios utilizados na apreensão e atuação sobre o objeto de trabalho; e estes também são articulados a

dadas finalidades sociais. No trabalho em saúde e, portanto, no de enfermagem/do enfermeiro, encontramos tanto instrumentos materiais, como equipamentos, por exemplo, quanto meios intelectuais, tais como os saberes técnicos e as relações, que informam e fundamentam imediatamente a ação realizada.

Considerando as características concretas do trabalho em saúde, ou sua inserção na sociedade capitalista, temos que este, na contemporaneidade, configura-se como institucional e com características de trabalho profissional, como a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho presente no mundo da produção, que não é somente produção técnica, mas social que reproduz as hierarquias sociais.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde compartilha características comuns a outras formas de atuação que se dão na indústria e em outros setores da economia, mas os resultados dos trabalhos não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas produzem serviços ou ações, pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato. Assim, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou objetos, como acontece na indústria; configura-se sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte dele e fornece valores a ele e, enquanto fornecedor de valores de uso substantivo, o usuário torna-se um copartícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um coresponsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica (LIMA, 2004).

Ao considerarmos o modelo médico-hegemônico, com base em Leopardi *et al.* (2001), podemos afirmar que, em nossa sociedade, o processo de trabalho em saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; tem como objeto indivíduos e/ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; incorpora, como meios de trabalho, instrumentos físicos e materiais e condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber em saúde; e gera, como produto final, a própria prestação da assistência à saúde.

Para Merhy (2003), no trabalho em saúde, obtemos como resultado, a construção do espaço intercessor entre o usuário e o trabalhador de saúde, onde este (trabalhador) satisfaz as necessidades daquele, sendo essas necessidades, muitas vezes, vistas como carência de saúde ou ainda como um

meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo. A finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, resultando na cura e na saúde do cidadão. A produção do trabalho em saúde se dá no momento exato do consumo, por isso a sua dinamicidade (MERHY, 2003).

Esse processo é atravessado por idéias e valores que se expressam e efetivam através das finalidades do trabalho, da eleição e aplicação das tecnologias ou, de forma mais abrangente, no todo da efetivação do trabalho. Ao considerarmos o processo de trabalho no PSF, devemos levar em conta que sua finalidade vai para além da cura e da terapêutica e é pautada na produção de um cuidado relacional, em espaços construídos entre usuários e trabalhadores, com vistas a atender às necessidades amplas de saúde.

Nesse diapasão, diferencia-se do modelo hegemônico, clínico-biológico, ancorado no conceito funcionalista o processo saúde-doença, e que tem o idealismo positivista como base teórico-filosófica e utiliza o método clínico-positivo para apreensão e análise da realidade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Araújo e Rocha (2007), tal como expressa Merhy (2003), observam que, para pensar um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental “re-significar” o processo de trabalho. Essa resignificação articula-se em torno de mudanças na predominante finalidade de promoção da cura para a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade. Esta idéia e seu desdobramento se aplicam ao modelo assistencial no setor saúde e, especificamente, em seu delineamento para a atenção básica. Neste sentido, o PSF vem-se apresentando como estratégia de reorientação tanto da atenção básica como do modelo assistencial em saúde como um todo. Para tal, é apontado como relevante a reorganização dos processos de trabalho a serem desenvolvidos enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva em saúde (BRASIL, 1997; 2001).

Cabe considerar, com base em Franco e Merhy (2003), que a implementação do PSF, tal como delineada na política de saúde ministerial, por si só não remeterá à mudança do modelo assistencial. Para mudar um modelo assistencial é preciso mudar, reordenar, reorganizar os processos de trabalho, instituindo uma nova prática, o que não é simples, pois Merhy (1997, p. 91) afirma que “mexer em processos de trabalho é mexer com cabeças e interesses”.

No processo de trabalho em saúde está em disputa um conjunto de autogovernos em constante operação, cabeças em um jogo de interesses

organizados como forças sociais (MERHY, 1997), constituindo um espaço político em que ocorrem disputas e composições, reiterando e/ou constituindo processos e práticas.

A reflexão crítica sobre o processo de trabalho, a produção de novos conhecimentos, o desenvolvimento e a reconstrução de práticas de saúde devem ter em perspectiva a compreensão de que as políticas de saúde se materializam na ponta do sistema, ou seja, mediante a ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO, 2003).

Para Marques (2003, p. 64), “em qualquer modelo de atenção à saúde, seja este tradicional ou o PSF, as disputas que ocorrem no trabalho em saúde estão diretamente relacionadas com o produto desse trabalho”, o que nos leva a considerar que mudanças na micropolítica do trabalho e, como parte desta, no modo de pensar o trabalho, são imprescindíveis.

Cabe ainda considerar que, a despeito das contradições presentes na política de saúde para o PSF, em face da proximidade que ainda mantém do modelo tradicional (FREITAS, 2008), o trabalho em Saúde da Família tem como intenção central a prestação de assistência integral e contínua, a partir das necessidades de saúde da população adstrita. Neste, propõe-se como objetos ou unidades do trabalho os sujeitos – indivíduos, famílias e coletivos territorializados. Para atingir tal finalidade e voltar-se a esses sujeitos, propõe-se, entre outros meios de trabalho, a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações e o trabalho em equipe (BRASIL, 2006b).

Essas proposições políticas nacionais feitas para o PSF constituem seus eixos centrais. Como já dito, estes eixos vêm sendo reafirmados e ampliados no debate acadêmico (entre outros), presente em torno da atenção básica, ganhando especificidade. Fazem parte dessas proposições aspectos de natureza assistencial e relativos à estrutura e ao gerenciamento do trabalho local, expressando diversas posições em relação ao processo de trabalho e a seus vários elementos (objetos, finalidades, meios, agentes) na Estratégia Saúde da Família.

Esses eixos e seu conteúdo são apresentados de forma sintética no quadro a seguir (Quadro 1), com base na PNAB (2006b) e no debate realizado por estudiosos (FORTUNA *et al.*, 2002; MATUMOTO *et al.*, 2001; FRANCO E MERHY, 2003; GIL, 2006), encontrando-se incorporados, de forma mais específica, na discussão do material empírico desta pesquisa. Estes dizem respeito, centralmente, à incorporação de famílias, indivíduos e coletividades como unidade

de ação do trabalho no PSF; apreensão e abordagem ampla das necessidades de saúde; planejamento e avaliação de ações; o trabalho autônomo, participativo, em equipe e instrumentalizado; co-responsabilização e vínculo; acolhimento e clínica ampliada; promoção da saúde.

QUADRO 1 - Eixos de qualidade para o processo de trabalho na saúde da família, apresentados na política nacional de atenção básica.

EIXOS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ELEMENTOS QUE COMPÕEM OS EIXOS DE QUALIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação de indivíduos, famílias e coletividades como unidades de ação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento dos sujeitos, famílias e outros grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. ▪ Consideração aos sujeitos, famílias e outros grupos em sua singularidade, integralidade e inserção sócio-cultural. ▪ Conhecimento da estrutura e funcionalidade das famílias, visando a intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. ▪ Atenção a indivíduos, famílias e outros grupos inseridos em seu contexto social, de forma humanitária, eficaz e com resolutividade, realizando a prática do cuidado ampliado.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apreensão e abordagem ampla das necessidades de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de práticas que implementem novas experiências, inaugurando novos processos de trabalho, humanizando o atendimento, acolhendo e resolvendo, de forma ampla, as necessidades de saúde da população. ▪ Ampliação do atendimento, no sentido de identificar e acolher as necessidades da população, o que remete a práticas de saúde e de enfermagem como processos de trabalho que se articulam para atender aos sujeitos, a partir das suas condições concretas de existência. ▪ Ampliação dos conteúdos e olhares que propiciem uma percepção e abordagem abrangente de necessidades, sendo estas essenciais à remodelação dos processos de trabalho e do modelo assistencial na atenção básica. ▪ Reconhecimento amplo das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, com a sua participação, comprometendo-se com o trânsito dos usuários pela rede assistencial e com respostas a elas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planejamento e avaliação de ações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento continuado das necessidades de saúde da população, identificadas a partir de diagnósticos realizados, das demandas, dos processos de participação social, de direitos, e do permanente acompanhamento das famílias do território. ▪ Planejamento coletivo, participativo, democrático e sistemático, direcionado à resolução dos

	<p>problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de PSF, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, com a participação da equipe e comunidade neste processo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho autônomo, participativo, em equipe e instrumentalizado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho em equipe multiprofissional, baseado em prática interdisciplinar, permitindo uma diversidade maior de ações, propiciando nova concepção técnica e relacional de trabalho. ▪ Mudança nas relações interpessoais, multiprofissionais e de poder, tanto entre os profissionais, quanto destes com a população, articulando novos modos de operar o processo de trabalho em saúde. ▪ Estimular a participação popular e o controle social; ▪ Ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida ▪ Valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação através da educação permanente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Co-responsabilização e vínculo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento, pelo usuário, do profissional como sendo responsável por seu tratamento, passando a tê-lo como uma referência. ▪ Criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento e clínica ampliada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanização das relações entre serviço, profissional de saúde e usuários. ▪ Condução da terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle da morbimortalidade. ▪ Incorporação dos usuários e de seu contexto de vida à prática. ▪ Realização de escuta qualificada das necessidades dos usuários e viabilização de todas as ações necessárias ao atendimento humanizado e com vínculo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização do trabalho no domicílio, envolvendo a família, para ações de promoção, prevenção, vigilância, educação em saúde e atenção clínica quando necessário. ▪ Integração das ações de promoção, prevenção e cura e viabilização da promoção da saúde mediante ações intersetoriais que dêem conta dos determinantes da saúde.

2.2 O trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

Neste estudo, consideramos a enfermagem como uma prática social e histórica, inserida no mundo do trabalho e no específico trabalho em saúde, como parte do trabalho coletivo, sendo por ele influenciado e nele influenciando (ALMEIDA E ROCHA, 1997).

Para compreendermos a inclusão do enfermeiro no PSF é necessário entender como tem ocorrido a participação deste trabalhador nas práticas em saúde e, diante disso, compreender sua inserção na proposta de um novo modelo assistencial como o Saúde da Família.

A prática de enfermagem/do enfermeiro se institucionalizou e desenvolveu no âmbito do modelo clínico de atenção à saúde, assumindo como objeto predominante de trabalho, tal como as demais profissões da saúde, a cura dos corpos individuais por meio do cuidado curativo (NASCIMENTO E NASCIMENTO, 2005), centrado especialmente no espaço hospitalar.

Na atualidade, dada a permanência da predominância desse modelo no setor saúde, suas características centrais se mantêm no trabalho de enfermagem/do enfermeiro (LIMA, 1998).

Nascimento e Braga (2004) afirmam que as práticas dos enfermeiros no PSF, muitas vezes, são baseadas na queixa clínica, ou seja, as ações de caráter curativo são dominantes. As atividades desses profissionais se voltam para a demanda clínica e tratamento das doenças. Esse tipo de atendimento é coerente com o modelo clínico biomédico, que privilegia a prática médico-curativa e assistencialista.

Cabe ainda considerar que forma de financiamento e organização dos serviços também influenciam nas práticas do trabalho do enfermeiro e dos demais profissionais, pois, a gestão central cobra produção, baseado em número de atendimentos, número de visitas, procedimentos, etc. Isso reflete nas organizações dos micro-processos de trabalho, que organizam a demanda dando ênfase ao modelo procedimento-centrado. Há com isso, pouco espaço para as novas práticas, para ações mais coletivas e de promoção da saúde.

A proposta de construção do SUS tem, contudo, propiciado mudanças no âmbito do modelo de atenção e de processos de trabalho dos vários profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros.

Nesse sentido, a prática do enfermeiro passa por algumas transformações, deslocando-se a sua atuação na área individualizada, curativa e hospitalar, em alguma medida, para as unidades básicas de saúde, que além das ações de cura, ocupam-se de ações preventivas coletivas (ARAÚJO, 2003) e são desafiadas à incorporação da prática de promoção e humanização da saúde.

Kubo *et al.* (2003) afirmam que aos enfermeiros que atuam em saúde coletiva são atribuídas responsabilidades, autoridade e certa autonomia para desenvolver diferentes atividades, entre elas, a coordenação e o gerenciamento das ações de enfermagem; a consulta de enfermagem; e atividades educativas. O enfermeiro participa da equipe multiprofissional atuando como um agente facilitador da comunicação e inter-relação dos trabalhos, propiciando a continuidade da prestação de cuidados aos usuários.

Com o PSF, essas ações e outras passaram a incluir o rol de responsabilidades do enfermeiro. Essas atividades vão desde a execução de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso, até a capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde. O enfermeiro deve estabelecer contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando à promoção da saúde, e desenvolver ações de educação em saúde, para a qualidade de vida e participação social, atuando também no planejamento das ações e na organização do processo de trabalho das unidades básicas de saúde (BRASIL, 1997).

Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b) são apresentadas atribuições referentes ao núcleo e campo de competências dos membros das equipes de saúde da família. Nessa política propõe-se que os profissionais atuem

“por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL, 2006, p. 42).

Em relação às atribuições do profissional enfermeiro, relativas às esferas do gerenciamento e assistência no PSF, nessa política (2006), temos aquelas relacionadas ao seu núcleo específico de trabalho e outras que partilha com outros trabalhadores e que dizem respeito a um campo comum de responsabilidades (Quadros 2 e 3).

QUADRO 2 - Atribuições específicas do Enfermeiro no Programa Saúde da Família, propostos na PNAB (BRASIL, 2006).

ATRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS	ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários quando necessário; ▪ Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; ▪ Realizar ações de prevenção e promoção; ▪ Atender à demanda espontânea; ▪ Realizar ações programáticas e de vigilância à saúde; ▪ Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações; ▪ Proporcionar atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; ▪ Responsabilizar-se pela população adstrita; ▪ Manter a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; ▪ Acompanhar o planejamento local e manter as informações atualizadas; ▪ Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos ; ▪ Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; ▪ Promover a mobilização e a participação da comunidade; ▪ Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; ▪ Participar das atividades de educação permanente;

QUADRO 3 - Atribuições comuns aos membros da equipe no Programa Saúde da Família, propostos na PNAB (BRASIL, 2006)

ATRIBUIÇÕES ASSISTENCIAIS	ATRIBUIÇÕES GERENCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários quando necessário; ▪ Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local; ▪ Realizar ações de prevenção e promoção; ▪ Atender à demanda espontânea; ▪ Realizar ações programáticas e de vigilância à saúde; ▪ Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações; ▪ Proporcionar atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo; ▪ Responsabilizar-se pela população adstrita; ▪ Manter a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos; ▪ Acompanhar o planejamento local e manter as informações atualizadas; ▪ Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos ; ▪ Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; ▪ Promover a mobilização e a participação da comunidade; ▪ Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; ▪ Participar das atividades de educação permanente;

A enfermagem está inserida em diferentes atividades de uma unidade de Saúde da Família, participando da organização do trabalho em equipe, gerenciando a unidade de saúde e o trabalho de enfermagem, desenvolvendo atividades de consulta, de educação e promoção da saúde e outras que são especialmente de sua responsabilidade, atuando diretamente com os usuários e com os demais trabalhadores.

Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro cumpre um papel fundamental. A função de gerenciar no SUS está relacionada à prestação e controle dos serviços e ações de saúde aos seus usuários, sendo de extrema importância para o exercício desta atividade o compromisso, a ética, a competência e o respeito (BRASIL, 2000). No PSF, por sua vez, a enfermagem é uma parcela do trabalho em saúde, cabendo ao enfermeiro as atividades de acompanhamento, capacitação, controle e coordenação do pessoal de enfermagem, o que caracteriza um trabalho predominantemente de cunho gerencial (CHIESA, FRACOLLI E SOUZA, 2004), porquanto, as funções gerenciais desempenhadas pelo enfermeiro devem voltar-se para a resolução dos problemas de saúde do indivíduo, da família e do meio ambiente (LAZZAROTO, 2001).

Quanto às funções gerenciais do enfermeiro, cabe aqui uma breve discussão em seu sentido mais amplo. Para isso, traremos Kurcgant e Ciampone (2005), que, ao estudarem, a prática do gerenciamento no Brasil, apontam que a Administração em Enfermagem constitui um instrumento do processo de trabalho do enfermeiro, sendo determinado pelas transformações históricas do processo de trabalho em saúde, advindas da instalação do modo de produção capitalista.

Essa abordagem administrativa, que predominou até quase o final do século XX, e que exerce, ainda, nos dias atuais, importante influência na prática administrativa dos enfermeiros, teve como embasamento a Teoria Geral da Administração (TGA), ancorada na vertente do pensamento funcionalista, sobretudo Taylorista (KURCGANT E CIAMPONE, 2005).

Nessa vertente, conforme refere o estudo realizado sobre a influência das teorias administrativas na prática gerencial da enfermagem, as variáveis enfatizadas no trabalho gerencial foram, em diferentes momentos, ênfase nas tarefas, nas pessoas, na estrutura e no ambiente. Segundo esse referencial, predominou na administração a abordagem prescritiva e normativa, caracterizando uma condução estritamente racional das atividades.

Mishima *et al* (1997) aprofunda a idéia de que a gerência na enfermagem constitui um processo de trabalho específico. Ressalta que é preciso

compreender as práticas de saúde enquanto práticas imediatamente sociais. Desse modo, essas práticas são historicamente estruturadas e socialmente articuladas. De acordo com esse entendimento, as práticas de saúde têm que ser concebidas de modo articulado às demais práticas sociais, sendo, assim, parte que contém as determinações da totalidade desse social. Nesta concepção a gerência constitui um importante instrumento para a efetivação de políticas, incorporando um caráter articulador e integrativo, ou seja, "a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais e, em específico, as de saúde" (MISHIMA *et al.*, 1997,p.266).

Além das atividades gerenciais, o profissional enfermeiro, no contexto do PSF, desenvolve ações específicas, como a Consulta de Enfermagem (CE), a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disposições legais da profissão⁸ (BRASIL, 2001).

A CE encontra-se listada entre as atividades privativas dos enfermeiros, sem possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem. Por isto, esta é uma atividade de responsabilidade única, que traz ao profissional uma importante possibilidade de atuar na produção de saúde do usuário.

Para Santos *et al.* (2008), a CE é uma atividade independente, privativa do enfermeiro, que, se realizada de modo contextualizado e participativo, e pode propiciar condições para melhoria da qualidade de vida do usuário do serviço de saúde. Além de competência técnica, o enfermeiro, por meio da CE, deve demonstrar interesse pelo ser humano, criando vínculo com o usuário.

Na consulta, o enfermeiro tem a possibilidade de lançar mão de novas tecnologias materiais e não-materiais, avançando da produção de procedimentos para à produção de cuidados.

Na produção centrada em procedimentos, a ação de saúde e enfermagem constitui-se somente de elementos, como consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas e curativos, com base, principalmente, em tecnologias duras e leve-duras.

Já a ação de saúde e enfermagem, centrada na lógica da produção do cuidado, traduz-se em trabalho orientado para os problemas, as necessidades e a qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos

⁸ As ações do enfermeiro na CE, como prescrição de medicamentos e requisição de exames, estão previstas na Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil e no Decreto Regulamentador Nº 94.406, de 8 de junho de 1987, conforme artigos 11, alínea "i," e 8º, alínea "e".

necessários a uma dada situação de saúde, como sutura, uma consulta, ou um curativo, por exemplo, centram a atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (MATUMOTO, 1998).

Ao produzir atos de cuidado em saúde, o enfermeiro encontra alguns “pontos de tensão” (MATUMOTO *et al.*, 2001 p.11) presentes na prática em saúde, que interferem no seu modo de prestar assistência. Um desses focos diz respeito à forma como o profissional reconhece o que é problema de saúde e como ele pensa em abordá-lo, uma vez que estes interferem diretamente na apreensão e satisfação da necessidade do usuário. Outro foco de tensão refere-se à produção do trabalho em saúde, através das ações de um conjunto de trabalhadores.

Para Matumoto *et al.* (2001, p. 12),

“... quando se trabalha através da ótica do modelo médico centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento médico subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo, assim, o espaço da dimensão cuidadora da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para a ampliação da ação clínica e o campo de busca de solução para os problemas, reforçando as competências específicas já tão valorizadas pelas especializações.”

Merhy (2003) afirma que essas tensões são intensamente vividas e sentidas pelo trabalhador de saúde, tanto ao realizar seu trabalho quanto nos momentos de reflexão sobre o mesmo e nos encontros de supervisão do trabalho da equipe.

Para que o processo de trabalho no PSF se efetive é proposto, na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), o trabalho em equipe multiprofissional, baseado na interdisciplinaridade, propiciando uma nova concepção técnica e relacional de trabalho.

A construção de um trabalho em equipe, que favoreça uma nova concepção e inovações nos processos de trabalho no PSF, pressupõe a construção de um projeto assistencial comum, com complementaridade e certa flexibilidade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários. O trabalho em equipe requer uma relação recíproca de comunicação e interação e a construção e efetivação conjunta e participativa dos projetos coletivos vinculados à realidade local (PEDUZZI, 1998).

A equipe de enfermagem no PSF, assim, precisa integrar-se entre si e com outros trabalhadores, constituindo uma equipe multiprofissional de enfermagem

e de saúde. Esta necessidade não é específica do PSF, mas é essencial à construção desse novo modelo assistencial e para a efetivação de seu trabalho com qualidade.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

3.1. O município de Cuiabá

Localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, Cuiabá teve sua origem na expansão das bandeiras, em busca de riquezas e conquista de novas fronteiras. É a capital do Estado de Mato Grosso, e tem um território de 3.971km². Enquanto macrorregião estadual, localiza-se na denominada Baixada Cuiabana. Além do distrito-sede, integram o município os distritos de Coxipó da Ponte, Coxipó do Ouro e Distrito da Guia, cujos limites geográficos são: Acorizal, Rosário Oeste, Chapada dos Guimarães, Santo Antonio do Leverger e Várzea Grande.

3.2. Assistência à saúde no município de Cuiabá

Cuiabá encontra-se habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal, desde 1998. Desde então, vem cumprindo seu papel frente ao SUS perante a população de Cuiabá e de municípios referenciados, conforme pactuação com a SES/MT.

Segundo os dados da Secretaria Municipal de Cuiabá (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2006), a atenção básica é composta por setenta e três (70) unidades de saúde (UBS), sendo 30 centros de saúde, 4 postos de saúde (área rural), 32 Unidades do Programa Saúde da Família (PSF) e 10 Clínicas Odontológicas.

Como referência secundária, conta com cinco Policlínicas, um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), cinco Centros de Testagem e Orientação em DST/AIDS (CTA), um Centro de Desenvolvimento em Terapia Psicossocial, três Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), dez Residências Terapêuticas, um Laboratório Central (LACEC), e seis Unidades de Reabilitação (5 em Policlínicas e 1 no CEM). Para o atendimento hospitalar e de urgência e emergência conta com o Hospital e Pronto Socorro Municipal Cuiabá (HPSMC), com 162 leitos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2006).

A rede assistencial pública, ainda, é composta por unidades sob gerência federal, o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), e unidades sob gerência estadual, um Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) e atenção hospitalar – Adauto Botelho, um Centro Estadual de Referência de Média e Alta Complexidade (CERMAC), um Hemocentro e um Centro de Reabilitação.

Para complementação da rede assistencial, serviços privados e filantrópicos são contratados nas áreas de apoio diagnóstico (principalmente na área de imagem) e atenção hospitalar. A rede de atenção secundária compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais (unidades assistenciais ambulatoriais especializadas). Além das unidades próprias, a rede ambulatorial complementar, conta com 29 estabelecimentos de saúde, contratados para atendimento ambulatorial especializado e serviços de apoio diagnóstico (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2008).

Os Centros de Saúde que compõem a Regional Norte contam com uma equipe composta por profissionais de enfermagem e médicos (clínico, pediatra e ginecologista). O horário de funcionamento é das 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, atendendo à demanda através da marcação diária de consultas médicas, segundo os dias, horários específicos e número de atendimentos por especialidade. Geralmente, os centros de saúde ficam responsáveis por atender às famílias que se encontram fora da área de cobertura dos PSF.

A rede hospitalar do SUS/Cuiabá detém treze hospitais, sendo dois públicos – 1 municipal e 1 federal/universitário, 9 privados e 2 filantrópicos. Existem ainda 2 hospitais sob gerência estadual, um na área de oncologia (privado) e um de psiquiatria (público). O total de leitos sob gestão municipal é de 1.046, onde 23,4% estão em unidades públicas, percentual inferior à média brasileira (36,8%) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2006).

A Atenção Básica vem sendo reorganizada na rede como estratégia para a reversão do modelo de atenção municipal. Nesta, a Estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a reorganização da atenção à saúde. Projeta-se que o PSF, em Cuiabá, seguindo diretrizes da política nacional, supere o modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, priorizando as ações de proteção à saúde dos indivíduos e das famílias (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2006).

Segundo dados da Coordenadoria de Atenção Básica em Cuiabá, a cobertura do PSF, em 2003, era de 15,7% da população, aumentando, em 2008, para 33,2%.

Cuiabá teve sua primeira equipe de PSF em ação em 1998, na Regional Norte de Cuiabá. Nesse mesmo ano, foram designadas outras três equipes, em outros pontos estratégicos da cidade, entendidos como mais carentes. Para a seleção de recursos humanos para estas equipes recém-inauguradas, optou-se pelo processo seletivo interno, por meio de análise de currículo e entrevista (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2006).

Hoje, Cuiabá conta com 33 equipes, divididas por suas quatro regionais. Cada regional possui de um a dois supervisores, ligados à diretoria de Atenção Básica, que acompanham os PSF, no sentido de estimular a realização de ações educativas privilegiadas pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como, na realização de planejamento. Outra função atribuída aos supervisores é a de controlar o fluxo de recursos humanos, com relação ao cumprimento da carga horária estabelecida, segundo dados informados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os PSF são considerados referência para as famílias dessas regiões e, portanto, porta de entrada do usuário para o sistema. Seu horário de funcionamento é de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 11:00 e das 13:00 às 17:00 horas. No caso de necessidade, o usuário deverá ser referenciado para os outros níveis de atenção pela equipe, via Central de Regulação.

As equipes são compostas por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos em enfermagem, 01 auxiliar administrativo e de 04 a 06 Agentes Comunitários de Saúde, e organizam seus serviços por meio de uma agenda de trabalho. As atividades desenvolvidas por essas equipes vão desde ações educativas na unidade e na comunidade, visitas domiciliares, vacinas, consultas médicas e de enfermagem que contemplem os principais programas, como: Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), Tuberculose, Hanseníase, Crescimento e Desenvolvimento (CD), pré-natal e coleta de exame de prevenção de câncer ginecológico (CCO). Ainda são realizadas, nas USF, coleta de exames laboratoriais e o teste do pezinho, que são reunidos e encaminhados para o laboratório municipal uma vez por semana, por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 A Regional Norte: características territoriais e assistenciais

Como assinalado anteriormente, a presente pesquisa centra-se na Regional Norte da cidade de Cuiabá, região que possui cerca de 115.868 habitantes, distribuídos em 39 bairros (Prefeitura Municipal de Cuiabá, 2006).

Os maiores bairros que compõem essa região originaram-se de populações ribeirinhas, que residiam no entorno do Rio Cuiabá e que, devido a uma inundação, foram remanejadas para esta localidade, dando origem ao bairro Jardim Vitória e adjacências.

Nos últimos 20 anos, a Regional Norte vem-se urbanizando de forma bastante heterogênea, compondo-se de bairros de características variadas, abrangendo conjuntos habitacionais, favelas, assentamentos, bairros e chácaras, acompanhando o crescimento de Cuiabá.

As comunidades são organizadas através de associações de moradores e de apenas 02 conselhos gestores locais de saúde. Possuem uma rede de suporte social importante, apresentando 14 escolas, 10 creches municipais, 09 creches filantrópicas conveniadas, 01 Centro de Convivência para Idosos, 02 núcleos de apoio a meninas adolescentes, denominados “Projeto Siminina”, 03 centros de apoio à recuperação de usuários de drogas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2008).

A rede assistencial pública de saúde é composta por 03 Centros de Saúde, 1 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), 1 Policlínica, e 12 diferentes Unidades de Equipes de Saúde da Família. Trata-se de uma das áreas do município com maior cobertura em equipes de saúde da família. Destas unidades, quatro são conjugadas, possuindo duas equipes funcionando no mesmo prédio; as outras oito equipes estão instaladas em unidades individuais.

Foi nesta Regional que surgiu o primeiro PSF de Cuiabá sob gestão municipal, implantado em agosto de 1998.

Atualmente, as equipes de saúde da família da Regional Norte atendem a uma média de 49.829 pessoas que aí residem, o que corresponde a um total de 11.104 famílias cadastradas no SIAB da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ, 2008).

As consultas médicas e de enfermagem são agendadas de um dia para o outro, seguindo uma programação mensal. Tanto os profissionais médicos como os enfermeiros, atendem a uma média de 10 consultas por período, existindo certa demanda reprimida para consulta médica, o que acaba limitando o acesso da população ao serviço.

No que diz respeito à referência e contrarreferência, as consultas para especialidades e internação são agendadas pela Central de Regulação, pelo membro da equipe cadastrado, dentro de um horário fixo e pré-estabelecido, via contato e repasse dos dados do paciente e a especialidade que foi encaminhada pelo

médico da USF, informando o paciente posteriormente através do telefone ou pelo ACS responsável.

Um dos problemas da rede de serviços da Regional Norte diz respeito a fragilidades presentes no sistema de referência e contrarreferência. Muitas vezes, o usuário encaminhado pela Equipe de Saúde da Família não retorna com uma contrarreferência adequada, apresentando pouca resolutividade nos serviços, contribuindo para a baixa qualidade no atendimento, descrédito por parte da comunidade e desmotivação por parte da equipe.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Natureza e abordagem do estudo

Este é um estudo de natureza exploratório-descritiva, em que focamos percepções de enfermeiros em torno do PSF, detendo-nos no trabalho do enfermeiro, realizado no PSF da Regional Norte do município de Cuiabá-MT, olhando para as potencialidades do pensar, enquanto um disparador possível para processos de transformação do modelo assistencial e do trabalho do enfermeiro.

Dado esse objeto, optamos pela abordagem qualitativa, por considerarmos, conforme Triviños (1994, p.128), que o significado é a preocupação essencial da abordagem qualitativa. De acordo com esse estudioso, “[...] uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a de sua atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas”.

Minayo (2006) também ressalta a preocupação da pesquisa qualitativa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais e históricos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 O local e os sujeitos do estudo

Como afirmado, o presente estudo desenvolveu-se nas unidades de PSF da Regional Norte do município de Cuiabá-MT e tomou como sujeitos os enfermeiros que nelas trabalham. Esta Regional possui 13 unidades de PSF e 13 enfermeiros nela atuando. Desse total, 02 enfermeiros não participam deste estudo, pois, no momento da coleta de dados, um encontrava-se de férias, e outro em licença médica. Assim, participaram desta pesquisa 11 enfermeiros, uma vez que todos os que estavam presentes no momento da coleta de dados se disponibilizaram a integrá-lo.

4.3. Aspectos éticos

A realização desta pesquisa, foi ela autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (Anexo 1) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, através do Parecer nº 545/CEP-HUJM/2008 (Anexo 2), cumprindo todos os preceitos éticos definidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Para todos os sujeitos participantes foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), antes da realização das entrevistas.

4.4. Procedimento da coleta de dados

Em função do objeto e da natureza qualitativa da pesquisa, optamos pelo emprego de entrevista semi-estruturada, na qual o entrevistado respondeu a questões com respostas previamente fixadas (questões fechadas), para sua identificação, e também a questões abertas, para discorrer livremente sobre o tema proposto.

A entrevista é compreendida não apenas como instrumento de coleta de dados ou como a coleta de uma verdade absoluta ou de algo oculto que o pesquisador deseja revelar, mas como um processo no qual entrevistador e entrevistado são sujeitos e, portanto, protagonistas na construção dos dados de pesquisa, que faz com que a entrevista “seja o lugar no qual se constroem possíveis versões da realidade” (ROCHA, DAHER E SANT’ANNA, 2004, p.166).

Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é adequada para a coleta de dados em pesquisa qualitativa, pois valoriza a presença do pesquisador em campo, oferece possibilidades para o informante se expressar com liberdade e espontaneidade, o que enriquece sobremaneira a investigação.

Assim, sua utilização foi adequada, uma vez que possibilitou obter, através do depoimento de cada um dos entrevistados, o conteúdo pretendido e necessário para a análise e interpretação do objeto à luz do referencial teórico considerados os objetivos formulados na pesquisa.

O instrumento elaborado foi testado (Apêndice II) e aplicado aos sujeitos do estudo, a partir de sua abordagem e consentimento individual. Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente e transcritas para a análise. O pré-teste foi aplicado a dois sujeitos que não pertencem ao grupo dos pesquisados, mas que vivem a mesma rotina de trabalho, tendo por intenção tanto a adequação do roteiro como a produção de um desempenho adequado pela entrevistadora.

O roteiro de entrevista aplicado abrangeu questões de identificação, como idade, sexo, tempo de formado, pós-graduação, tempo de atuação na atenção básica e no PSF, outros vínculos empregatícios. Englobou, também, uma questão específica sobre a trajetória profissional do entrevistado, com a intenção de caracterizá-lo como sujeito da pesquisa e de introduzir as questões específicas do estudo. A seguir, foi solicitado ao entrevistado que descrevesse como compreende o PSF; posteriormente, solicitamos que descrevesse as atividades que realiza rotineiramente em um dia comum de trabalho e, entre estas, o que ele identifica como sendo seu específico trabalho e o que partilha com os demais membros da equipe. Partindo do conteúdo apresentado nas questões, perguntamos o que ele julga ser importante para dar qualidade ao seu trabalho específico, tendo em vista a mudança de modelo, e, por fim, indagamos o que, para ele, diferenciava o PSF de outros trabalhos da saúde. A formulação desse conteúdo das questões, contudo, foi flexibilizada, uma vez que consideramos as idéias apresentadas pelos entrevistados também como um indicador para novas questões, tendo em vista a melhor compreensão do exposto.

Antes de iniciarmos a coleta de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá encaminhou um ofício comunicando da presença da pesquisadora nas USF e a necessidade de todos estarem participando da pesquisa. Em seguida, as entrevistas foram previamente agendadas pela pesquisadora com os participantes, respeitando-se a organização e disponibilidade destes. Com alguns entrevistados houve a necessidade de reagendar, por mais de uma vez, as entrevistas, devido a dificuldades relacionadas ao próprio trabalho do enfermeiro no PSF.

As entrevistas ocorreram em um lugar tranquilo na unidade, geralmente nos consultórios de enfermagem ou salas de reuniões, onde, praticamente, não houve interrupções.

Antecedendo as entrevistas, apresentamos o objetivo da pesquisa, garantimos o sigilo, anonimato e a isenção de quaisquer riscos aos participantes. Solicitamos autorização para efetuar a gravação, apresentamos e explicamos o termo de consentimento, e iniciamos as entrevistas somente após a assinatura deste.

4.5. Procedimentos de Análise

A análise do material empírico foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1997), através do qual buscamos apreender os conteúdos representacionais relativos ao tema em estudo – o trabalho no PSF e o trabalho do enfermeiro neste.

Com base em Bardin (1997) e Minayo (2006), operacionalizamos a análise temática, considerando as três etapas por eles sugeridas:

1) A etapa de pré-análise: na qual organizamos o material analisado; retomamos as questões e os objetivos iniciais da pesquisa, elaboramos referências que orientaram a análise e realizamos um reconhecimento do sentido inicial expresso em cada entrevista. Estas tarefas foram decompostas em: a) leitura flutuante de cada entrevista, quando tomamos contato exaustivo com o material, impregnando-nos com seu conteúdo, tornando a leitura, progressivamente, mais sugestiva dos sentidos expressos; b) revisão das questões e objetivos do estudo, explicitando-as, mais claramente, com o apoio no material empírico. Nesta etapa produzimos as unidades de registro e de contexto, reconhecendo os sentidos nelas expressos, e identificamos possibilidades de categorização, articuladas tanto ao material empírico como aos conceitos teóricos assumidos para a análise. Para organização do material, os relatos foram numerados de acordo com a ordem cronológica da realização das entrevistas, portanto, a primeira entrevista foi chamada de E₁ e assim por diante.

2) A etapa de exploração do material: nesta fizemos a classificação e a agregação dos dados, produzindo as categorias empíricas em uma rede de categorias e subcategorias, que se basearam em uma leitura transversal e mais aprofundada dos achados iniciais em cada entrevista.

3) A etapa de interpretação: realizamos, a partir das categorias traçadas, um aprofundamento das interpretações, com base no quadro teórico previsto e sugerido pela leitura do material empírico, processo este que, de fato, atravessa todos os processos de análise.

Segundo Gomes (1994), para analisar o conteúdo de uma mensagem pode-se optar por vários tipos de registros, denominados por ele de unidades de registros. Assim, no processo de leitura do material, considerou-se as mensagens presentes em suas palavras, frases, parágrafos, como também em seu todo, localizando-se os temas abordados e seus sentidos.

No processo de categorização, como orienta Gomes (1994), adotamos três critérios: inclusão dos elementos significativos de acordo com as questões de estudo e o referencial teórico em uma das categorias construídas (exaustividade); recorte do material com exclusividade, ou seja, de modo a não inseri-lo em mais de um tema ou subtema (mantendo-se as suas relações do ponto de vista analítico); sua representatividade no universo de categorias construídas.

Diante desse processo de análise, encontramos dois conjuntos: 1) Percepções acerca do trabalho coletivo na Estratégia Saúde da Família e 2) Percepções de enfermeiros acerca do seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O primeiro conjunto sintetiza uma união de categorias, que abrangem: o trabalho no PSF: ampliação da finalidade de cura à prevenção; o trabalho no PSF: espaço de ação sobre indivíduos e famílias; o trabalho no PSF: deslocamento da atenção à demanda para ações estratégicas; o PSF como espaço de atenção complexo: a exigência de novas práticas e dificuldades; o PSF como espaço de reprodução do modelo médico predominante: permanências x bons resultados; o PSF como espaço de atenção que requer mudanças da população: em suas demandas e participação social; o PSF como espaço de atenção que requer novos trabalhadores: comprometidos e preparados; o PSF como espaço de atenção que requer mudanças nas práticas de gestão: articulação, coerência e apoio às equipes locais, e o PSF como espaço de trabalho em equipe: integração, relações e tensões.

O segundo conjunto sintetiza as seguintes categorias: o trabalho do enfermeiro no PSF: centralidade das ações estratégicas; o trabalho do enfermeiro no PSF: cuidar/assistir, gerenciar e participar politicamente; o trabalho do enfermeiro no PSF: produção de novas interações com os usuários; o trabalho do enfermeiro no PSF: trabalhadores comprometidos e preparados.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1. Perfil sócio-demográfico, de formação e atuação dos enfermeiros participantes do estudo

Para melhor compreendermos as concepções sobre o PSF e o trabalho da enfermagem, apresentaremos, primeiramente, o perfil sócio-demográfico, de formação e atuação dos enfermeiros que participaram deste estudo, visto considerarmos que estes são “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados” (MINAYO, 2006, p. 22).

Sobre os 11 enfermeiros atuantes nas unidades de PSF da Regional Norte do município de Cuiabá, constatamos que 81,1% são mulheres; 0,9 % têm menos de 30 anos; 22% têm entre 30 e 40 anos; 77% possuem entre 40 e 49 anos e 0,9 % possui 50 anos ou mais.

Estes enfermeiros, em sua maioria, 72,7% (8), são graduados em universidades públicas, todos de instituições federais. Esses dados são compatíveis com os encontrados por Lanza e Mandú (2008), que, ao estudarem o perfil dos enfermeiros do PSF do município de Cuiabá, no ano de 2008, evidenciaram que 63,7% destes são graduados em universidades públicas.

Quanto ao tempo de conclusão da graduação, a maioria dos enfermeiros participantes deste estudo possui 16 anos ou mais de graduado, sendo que 18,1% (01) possuem até cinco anos; 36,3% (04), entre 11 e 15 anos, e 45,4% (5) apresentam 16 anos ou mais de tempo de graduação (Tabela 1).

Tabela 1 - Percentual de enfermeiros que atuam nas USF da Regional Norte de Cuiabá, por tempo de graduado, em 2008

Tempo de formação	Frequência	%
De 1 a 5 anos	02	18,1
6 a 10 anos	-	-
11 a 15 anos	04	36,4
16 anos ou mais	05	45,5
TOTAL	11	100

Dos enfermeiros participantes deste estudo, 18,1% (02) atuaram em outros níveis de atenção por mais de 10 anos antes de sua inserção na atenção básica. Os demais, 81,8% (09), sempre atuaram neste nível assistencial sendo que, em ambos os casos, o tempo de atuação no PSF é de 1 a 5 anos para 18,1% (02) dos enfermeiros; de 6 a 10 anos para 81,8% (9) dos enfermeiros .

TABELA 2 - Tempo de atuação no PSF dos enfermeiros participantes da pesquisa, no PSF do Município de Cuiabá- Regional Norte, 2008.

Tempo de atuação no PSF	N	%
De 1 a 5 anos	02	
6 a 10 anos	09	18,1
11 a 15 anos	-	81,8
16 anos ou mais	-	
TOTAL	11	100

Com base em outros estudiosos, Lanza e Mandú (2008) correlacionam o tempo de graduação e de experiência profissional com um possível acúmulo de conhecimentos, que favorece a prática, mas também chamam atenção para o fato de que enfermeiros formados há mais tempo não foram preparados na graduação para atuação específica no PSF, exigindo investimentos nesse preparo.

Esse aspecto, no caso dos enfermeiros participantes desta pesquisa, possivelmente vem sendo compensado, dentre outras formas, pela formação *lato sensu*, pois identificamos que 90,9% (10) deles possuem um ou mais cursos de especialização, uma vez que cinco relacionaram até dois cursos. Na especificação e distribuição desses cursos por profissional enfermeiro, encontramos que 72,7% (08) possuem especialização em Saúde Pública; 54,5% (06), em Saúde da Família; 18,1%, (02) em Administração Hospitalar; e esse mesmo percentual em especialização em Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); sendo que apenas 9,1% (01) não possuem pós-graduação (Tabela 2).

Tabela 3 - Percentual de enfermeiros que atuam nas USF da Regional Norte de Cuiabá, por curso de especialização realizado, em 2008 .

Cursos de Especialização	Frequência	%l
Saúde Pública	08	72,7
Saúde da Família	06	54,5
Didática do Ensino Superior	02	18,1
PROFAE	02	18,1
Não possui curso de especialização	01	9,1

Encontramos referência a especializações principalmente em Saúde Pública e em Saúde da Família, que totalizaram uma frequência de 14 cursos feitos por (9) enfermeiros. Com esse dado, podemos dizer que o perfil dos enfermeiros que participaram deste estudo é, sobretudo, de sanitarista, e que a maioria deles, 54,5% (06), possui formação específica em Saúde da Família.

Essa formação revela um perfil de comprometimento com o aperfeiçoamento e desempenho profissional, o que, em alguma medida, é favorável à incorporação dos preceitos e propostas da Saúde da Família e ao alcance de bons resultados nessa atenção.

Gil (2001), ao estudar a situação de médicos e enfermeiros vinculados ao PSF, aponta que a formação de pessoas para a atenção básica tem sido objeto de preocupação, tanto na esfera da gestão quanto no debate científico, que se sintoniza com a necessidade de qualificação dos profissionais e de sua preparação para atuar nesse novo modelo.

No que se refere à jornada de trabalho dos profissionais do PSF da Regional Norte de Cuiabá-MT, todos (100%) cumprem 8 horas diárias, o que equivale a 40 horas semanais, como proposto pela política de atenção básica. O vínculo empregatício da maioria, 90% (10), é o de estatutário, sendo que apenas 09% (01) trabalha como contratado. A maioria dos enfermeiros entrou no PSF a partir de processo seletivo interno, 64 % (7); os demais, através de indicações, 36% (4).

A maior parte destes profissionais possui outros vínculos empregatícios, 54% (6); cinco são estatutários estaduais e atuam em hospitais, no período noturno, em regime de 12 x 36 horas, apenas um outro enfermeiro atua no ensino em instituição privada no período noturno.

Em relação à disponibilidade de dedicação exclusiva ao PSF, observa-se que 72,7% (08) dos enfermeiros entrevistados trabalham em mais de uma instituição (no período noturno), ou seja, acumulam atividades profissionais.

Lanza e Mandú (2008) consideram que esses profissionais, possivelmente, vivem essa realidade, por não terem remuneração compatível com a formação, competência e necessidades, o que implica na assunção de um segundo vínculo de trabalho.

5.2. Percepções acerca do trabalho coletivo na Estratégia Saúde da Família

Nesta parte da pesquisa, buscamos retratar o que o PSF tem significado para os enfermeiros participantes deste estudo. Identificamos que os vários sentidos que atribuem a esta estratégia passam, inicialmente, pela interpretação de que ele é uma proposta para a atenção básica à saúde, que contempla inovações relacionadas aos processos de trabalho e às relações que aí se estabelecem entre os profissionais e entre estes e a população, ou seja, o PSF é vinculado à idéia do “novo” na assistência local à população, sendo esta idéia traduzida de forma peculiar pelos enfermeiros.

Nesse sentido, após análise do material empírico, encontramos vários significados acerca do PSF ou, mais especificamente, sobre os modos de organizar e efetivar o trabalho em saúde nesse espaço, classificados neste estudo através de dez categorias empíricas, nomeadas como:

- O trabalho no PSF: ampliação da finalidade de cura à prevenção;
- O trabalho no PSF: espaço de ação sobre indivíduos e famílias;
- O trabalho no PSF: deslocamento da atenção à demanda para ações estratégicas;
- O PSF como espaço de atenção complexo: a exigência de novas práticas e dificuldades;
- O PSF como espaço de reprodução do modelo médico predominante: permanências x bons resultados;
- O PSF como espaço de atenção que requer mudanças da população: em suas demandas e participação social;
- O PSF como espaço de atenção que requer novos trabalhadores: comprometidos e preparados;
- O PSF como espaço de atenção que requer mudanças nas práticas de gestão: articulação, coerência e apoio às equipes locais;
- PSF como espaço de trabalho em equipe: integração, relações e tensões;

5.2.1 O trabalho no PSF: ampliação da finalidade de cura à prevenção

Os enfermeiros concebem o PSF como um “novo” modelo, cuja tônica ou marca é dada pela realização das práticas preventivas. Identificamos que a concepção do PSF, como um espaço voltado, sobretudo à prevenção das doenças, está invariavelmente presente nas falas dos enfermeiros deste estudo.

Tal aspecto pode ser evidenciado nas afirmações a seguir:

“O PSF pra mim, visa mais a parte da prevenção, é uma maneira que você trabalha que não vê só o paciente, você trabalha com a família e com a comunidade... trabalha a prevenção com a família” (E₅).

“A forma de trabalho (no PSF) é diferente. A gente busca a prevenção, menos medicação possível... Nos outros trabalhos da saúde é muito curativista o agir” (E₉).

Essa percepção particular é parte de um conjunto de apropriações que encontra respaldo na política nacional vigente de atenção básica, em que também se identifica um destaque dado à proposição da prevenção em saúde como ação e como direcionalidade central para o PSF.

Freitas (2008, p.148), em seu estudo sobre referências de qualidade relativas ao PSF, ao analisar as políticas nacionais de saúde, relata que a promoção da saúde ainda é um grande desafio para o PSF, assim como a integração das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, pois, ainda que se evidencie onde se encontra a

[...] proposição de promoção da saúde, as ações voltadas para produção de qualidade de vida são atribuídas, sobretudo, aos ACS. Identifica-se, dessa maneira, que tanto a restrição das ações de vigilância quanto certa fragilidade das proposições frente a um conceito positivo de saúde. Assim, as ações de promoção não são destacadas tendo em vista interferir nos problemas estruturantes que estão imbricados com o processo de saúde-adoecimento.

O PSF constitui um modelo inovador, fundamentado numa nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva de vida da qualidade de saúde do povo brasileiro. Para tanto, como aponta Souza (2004) sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção à saúde.

Buss (2003), em seu estudo sobre os conceitos de promoção e prevenção à saúde, apontam, que a idéia da promoção da saúde traduz-se em expressões próprias na realidade atual, como “políticas públicas saudáveis”, “colaboração intersetorial”, “desenvolvimento sustentável”. Resgata-se a perspectivas de relacionar saúde e condições de vida, e ressalta-se o quanto múltiplos elementos: físicos, psicológicos e sociais estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais.

Nesse sentido, os sujeitos do estudo lançam mão de uma série de novas formas de exercer o seu trabalho no PSF, compreendendo-o como espaço de práticas preventivas, mesmo diante de vários desafios, como os expostos por Silva (2004, p.11), quando este apresenta a idéia de que o PSF, ao longo desses anos expõe muitos avanços, mas persistem algumas distorções, como:

Disparidade nos financiamentos para a assistência à saúde; o modelo clínico curativo é ainda dominante, baseada na visão mecanicista da saúde e da vida; a multiprofissionalidade, tratada com interdisciplinaridade, distorce a noção de integralidade; predomina na prática dos profissionais de saúde, a idéia de unicausalidade para a determinação do processo saúde-doença.

Diante disso, encontramos, nas expressões dos participantes do estudo a idéia de que a prevenção como finalidade do PSF se expressa de forma conjugada à finalidade de cura:

“Ah, eu acho que para o PSF se constituir um novo modelo, precisa a mudança (...), pois deve buscar a prevenção e não somente a cura das doenças.” (E₈)

Contrapõe-se também à cura, entendendo que a assistência oferecida nesse espaço assistencial não deve voltar-se ao tratamento de doenças instaladas:

“O nosso trabalho aqui é prevenir mesmo, não é a pessoa chegar aqui já com algum tipo de patologia não, isso não é o que a gente quer. A gente quer que ela venha sem patologia mesmo.” (E₆)

Nessa linha de interpretação, enfermeiros também expressam um entendimento de que o PSF não se constitui em espaço de atendimento de situações

de urgência ou emergência, pois estas deslocam a finalidade do PSF, que é a “prevenção das doenças”:

“A gente aqui trabalha com prevenção... é uma saúde que previne... prevenção mesmo, inclusive tem muita gente que vem passando mal daí a gente conversa: - Meu anjo, aqui é só Estratégia Saúde da Família, a gente vai encaminhar você pra policlínica, porque aqui a gente não trabalha com esse tipo de pessoa, é prevenir mesmo...” (E₆)

“A gente também preocupa assim... com a questão de emergência. Mas é que nem eu falei pra você a sala de espera e a informação é muito importante. Eu já explico que aqui é porta de entrada pra prevenção e promoção, nós não atendemos urgência e emergência... Então, a policlínica é secundária, o Pronto Socorro é terciário, de alta complexidade e internação. Então eu tento deixar bem claro pra eles essa diferença do nosso atendimento, pra não ter nenhum tipo de problema.” (E₈)

Ao analisarmos todas essas falas apresentadas, temos a considerar dois aspectos: 1) a necessidade de o PSF efetivar a prática de prevenção articulada a outras práticas, vinculando-se a finalidades mais abrangentes, coerentes com a concepção de atenção integral; 2) o fato de que o trabalho no PSF não pode desconsiderar a sua condição de porta de entrada e as demandas da população que a ele se colocam, sendo responsável pela saúde da população de sua área de abrangência.

Em relação ao primeiro aspecto, consideramos que a atenção básica deve envolver tanto ações de prevenção como de promoção, cura e reabilitação. Esta é uma proposição presente na própria política de atenção básica (BRASIL, 2006b) a despeito de qualquer priorização à prática da prevenção, associada ao preceito da atenção integral, sendo defendida por alguns estudiosos do PSF (AZEVEDO, 2007; SILVA *et al.*, 2001). No que diz respeito ao segundo aspecto, ao tratar o PSF como caminho para reorientar o modelo assistencial no SUS, através de diretrizes operacionais que priorizam apenas ações preventivas, limita-se, de certa forma, o acesso do usuário aos serviços de saúde. Isto, porque o foco nas ações preventivas não garante ao usuário a continuidade da assistência nem responde às demandas da população. Neste sentido, o PSF corre o risco de não apresentar efetividade, pois, considerando apenas a prevenção, não assiste o indivíduo na sua integralidade.

Em se tratando disso, Campos (1997) afirma que o direcionamento das práticas do PSF para ações coletivas pode dar margem a entendimentos abstratos em relação à representação e à demanda da população. A clientela adstrita ao PSF,

ao procurá-la, entendendo-a como porta de entrada do sistema de saúde, traz demandas semelhantes às que trazia (e geralmente não eram atendidas) para as unidades tradicionais de saúde. Além disso, a população busca respostas para necessidades singulares, como as expressas por angústias ou sintomas mal definidos, relacionados aos seus ambientes e relações sociais. Tais problemas, entretanto, têm pouca relação com os tradicionais indicadores de morbimortalidade.

Essas discussões em torno da abordagem das necessidades dos usuários que buscam o serviço têm sido enfaticamente discutidas por autores como Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (1997). Para estes autores, a idéia de “porta de entrada”, presente no sistema de saúde brasileiro apresenta-se inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude, ou seja, tanto nos aspectos de ambiente e epidemiológicos, como nos relacionais.

Particularmente, no que se refere ao PSF, apesar de este se constituir numa estratégia com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços (FRANCO E MERHY, 2003).

Esta crítica é compartilhada por outros autores, tais como Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) e Cecílio (2001), que veem na racionalidade gestora e produtora dos serviços uma atitude unilateral e estratificadora, que não leva em conta a “necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (CECÍLIO, 2001, p. 115).

Este autor elenca, como um grande problema, a falta de clareza sobre o papel das Unidades de Saúde da Família, que ora são vistas como espaços quase exclusivos de promoção e prevenção de doenças, com práticas orientadas pelo modelo ideal de “vigilância da saúde”; ora são tidas como espaços de pronto-atendimento de todas e quaisquer necessidades de saúde que se lhes apresentam, de modo “a não deixar ninguém sem atendimento”.

Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p.21), é apontado como uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, “a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas”; contudo, não se explicita no documento um esquema de atendimento para essas demandas de urgência.

Tal fato é criticado por Merhy (2003, p.103), quando afirma que nesse modelo,

[...] ao que parece, não há real desburocratização do acesso aos serviços, visto que ao atendimento às urgências, que é muito

importante do ponto de vista do usuário, não se torna ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários”

Cecílio (2001, p.477) propõe o sistema de saúde como círculo, colocando os serviços de saúde numa condição de horizontalidade, induz à percepção de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser acessível a todo cidadão. Por isso, explica o autor, “o que importa mais é a garantia do acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do serviço de saúde.”

Outro aspecto que identificamos no discurso de enfermeiros participantes desta pesquisa são interpretações de prevenção e promoção da saúde com sentidos semelhantes, apresentando-se a segunda, basicamente, como reforço da primeira, sem que a promoção da saúde adquira um significado conceitual ou operacional específico no todo de entrevistas:

“Olha...o PSF tem que estar voltando muito pra parte da prevenção. O pessoal insiste e te cobram, ainda hoje, muito, a visão anterior, que é a parte curativa. Não vê a promoção, com a parte de prevenir...prevenção..promoção da saúde [...]”(E₄).

“[...]A gente tenta mostrar pra comunidade que o nosso papel é esse na prevenção, na promoção dela e não tanto na cura.”(E₇).

Apesar de evidenciarmos certo vazio nas falas em relação ao PSF como espaço de promoção à saúde, também há quem o reconheça como espaço de parcerias, de estímulo à participação social, que possibilite ao sujeito autonomia e a construção de novos caminhos, que respondam a necessidades em saúde, como expresso na fala seguinte:

“A gente não trabalha sozinho, nós precisamos de parcerias e nem sempre a gente consegue apoio dessas parcerias. Aqui no nosso bairro, você percebeu que não tem saneamento básico. Então, assim é complicado porque nós aqui do PSF não temos como mandar asfaltar as ruas, nem como fazer saneamento básico. Nós precisamos de parceria, nós precisamos do pessoal da infra-estrutura pra estar mexendo com isso. E como a gente vai fazer isso? A gente depende... Daí entra também a nossa organização, junto com a comunidade, para participação deles, que é o caso do conselho gestor. Só que pra você também montar o conselho gestor pra estar conseguindo... pra lutar por essas coisas, vai tempo.” (E₁₀).

“O PSF tem uma visão maior, estimular a participação social (E₁)

Conceitualmente, a principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está na significação atribuída à saúde.

A prevenção à saúde, segundo Rouquayrol (1994), tem sido estabelecida em três níveis, com base na História Natural das Doenças (HND): a prevenção primária, como ações destinadas à inibição do desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra; a prevenção secundária, traduzida, principalmente, como diagnóstico e tratamento precoce de agravos; e a prevenção terciária, que trata da reabilitação ou prevenção de incapacidade total, possibilitando ao indivíduo uma recuperação, de maneira que possa manter uma vida satisfatória e auto-suficiente nos aspectos unicamente físicos.

A idéia da promoção da saúde, por sua vez, é bem mais ampla e resgata a relação entre saúde e condições de vida, ressaltando o quanto múltiplos elementos – físicos, psicológicos e sociais – estão vinculados à conquista de uma vida saudável, destacando-se, para isso, a importância tanto do desenvolvimento da participação coletiva quanto de habilidades individuais (CZERESNIA E FREITAS, 2003).

Segundo Buss (2003. p.32), as diversas conceituações disponíveis, bem como a prática de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. A primeira, mais focada no indivíduo, enfatiza que a promoção da saúde consiste em “atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando seus estilos de vida e localizando-os no seio de suas famílias, e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram”. Um programa que se baliza por este conceito tende a concentrar-se em atividades educativas, relacionadas com riscos comportamentais passíveis de serem mudados e que dependem do controle dos próprios indivíduos. A segunda conceituação, a que mais se aproxima da “nova promoção da saúde”, a define como “a constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida.”

Para a promoção da saúde, tanto o empowerment comunitário quanto o individual são considerados importantes, assim como a auto-estima, a legitimidade política, a coesão social, o pertencimento e redes de apoio (BECKER, 2004). A grande valorização do “conhecimento popular” e da participação social está na base da formulação conceitual da promoção da saúde (BARBOZA, TEIXEIRA, PEREIRA, 2007).

Podemos dizer que, no setor saúde e, especificamente, no PSF, estamos convivendo com novos e antigos conceitos, o que se reflete de algum modo em interpretações tais como as encontradas. Isto, porém, não significa que, para além das ações preventivas e de controle de saúde, o PSF deve abrir espaços, concomitantemente, para novas intervenções que se configurem como efetiva promoção da saúde.

Na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), a promoção da saúde é identificada como um dos novos elementos que compõem o conjunto de ações de saúde oferecidas pela Atenção Básica, embora não exista destaque a ela. Neste instrumento, encontra-se que a “Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2006b, p.12). Ainda neste documento, a promoção à saúde é apontada como uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, principalmente através do desenvolvimento de ações inter-setoriais que integrem projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.

No município de Cuiabá, dentre as principais atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, as ações de prevenção à saúde da família é que têm destaque, através da prioridade dada ao controle de grupos e situações específicas (como hipertensos, diabéticos, hansenianos e ao pré-natal e controle do crescimento e desenvolvimento infantil).

Nesse contexto, as responsabilidades do PSF com a prevenção, a promoção e a cura demandam reflexão sobre as finalidades do seu processo de trabalho, através de um novo olhar sobre a atenção básica. Este novo olhar deve, necessariamente, avançar no sentido de levar em conta os múltiplos fatores envolvidos no início, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas de saúde.

Isto é coerente com o que ora se reconhece, como na fala a seguir:

“No PSF, vê o problema como um todo, vê o ambiente, o indivíduo e a causa desse problema (...).” (E₂)

5.2.2 O trabalho no PSF: espaço de ação sobre indivíduos e famílias

Os enfermeiros entrevistados identificam o PSF com um trabalho dirigido, não apenas aos indivíduos, mas, sobretudo, à família em seu espaço de vida, aspecto este que se coloca como um incremento à qualidade de sua prática profissional. Neste sentido, não só se espera que os profissionais conheçam cada família, como se reconhece que essa aproximação permite identificar reais necessidades e características da vida das famílias.

Assim, enfermeiros referem que o PSF possibilita aproximação e um atendimento diferenciado, específico a cada família e a seus membros, devido à possibilidade de acompanhar todos na família e de conhecê-los e à sua realidade, relacionando-a aos problemas enfrentados:

“No PSF a gente fica sabendo de tudo, “dos mamandos aos caducandos”, porque tem acesso às famílias principalmente através dos ACS.” (E₇)

“...o profissional ele tem que ter um olhar diferente no PSF sabe, tem que olhar da criança até o avô da casa, a família inteirinha, é isso.” (E₈)

“Pra mim o PSF, o bom dele, é que você trabalha com a comunidade que você conhece, então você pode acompanhar não só a pessoa, (...) mas ver a família dele, como ele vive, de que ele vive, então é importante o trabalho do Estratégia Saúde da Família por que daí você compreende tudo..alguns fatores que levam ele a desenvolver determinado problema e pode estar ligado a esses fatores.”(E₂).

“No PSF você trabalha com a comunidade que você conhece, você não vê só a pessoa, você vai lá na casa dele, vê a família dele, como ele vive, de que ele vive, então é importante o trabalho no PSF, por que daí você compreende melhor alguns fatores que levam ele a desenvolver determinados problemas.” (E₂).

Apesar de essa interpretação colocar a família como uma unidade de ação central do trabalho no PSF, tal como identificamos em relação a suas expressões relacionadas à promoção da saúde, encontra-se um vazio conceitual e operativo em relação a esse trabalho em suas falas.

O PSF visa à reorganização da atenção básica através do cuidado dirigido a famílias e comunidades, além da atenção a indivíduos. Essa estratégia deve

atuar “buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população [...], desenvolvendo atividades de acordo com o planejamento, tendo como foco a família e a comunidade” (BRASIL, 2006b, p. 22).

Segundo o Ministério da Saúde, a família, como objeto de atenção, deve ser entendida a partir do ambiente onde vive, pois:

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares e onde se desenvolve a luta pela melhora das condições de vida permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompam os muros das unidades de saúde e se enraízem para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997).

Essa formulação encontra-se incorporada, em alguma medida, pelos enfermeiros, que apontam esta característica como um diferencial desse novo modelo, com implicações positivas na interpretação de necessidades em saúde e na formulação de respostas a elas. Ao evidenciarem, contudo, a família como unidade das ações do PSF, na relação com o seu trabalho, um aspecto encontrado diz respeito a certo receio enfrentado no envolvimento com necessidades demandadas pelas famílias, em virtude do vínculo e proximidade estabelecidos e da dificuldade de responder, com os recursos disponíveis, às suas demandas, identificando o que é de sua responsabilidade.

“[...] o PSF não vê o paciente só de quando ele chega aqui pra você, né, então você trabalha com a família. O PSF é isso é trabalhar a prevenção com a família, com o indivíduo e com a comunidade, você acaba se interagindo com os assuntos, acaba se envolvendo muito... é preciso ter muito equilíbrio pra saber diferenciar o que é trabalho seu, é... que você não consegue resolver todas as coisas.” (E₅)

Certamente, a construção histórica da atenção básica no Brasil, com sua tradução peculiar em Cuiabá, centrada no modelo de atenção individual e na cura e prevenção, associada às dificuldades em construir novos caminhos para o desenvolvimento de práticas inter-setoriais e inter-disciplinares no cuidado a famílias, dificultam a visualização da responsabilidade institucional frente a questões que extrapolam uma perspectiva individual relacionada à qualidade de vida.

A despeito da menção às vezes presente entre enfermeiros de que o PSF volta-se para os problemas de saúde como um todo, ocupando-se dos indivíduos, famílias e ambiente, a perspectiva apresentada, coerentemente com a interpretação

de que o PSF concentra-se na prevenção, é basicamente a da atenção individual, que se deve estender para além do serviço e alcançar a família, sem desconsiderar a sua inserção social, ou melhor, a de cada um de seus membros. As falas a seguir, entre várias outras, são elucidativas disto:

“No PSF o enfermeiro amplia suas ações para além do biológico, olhando a parte social, física e emocional do paciente.” (E₁)

“No PSF o profissional tem que ter um olhar diferente, tem que olhar a família inteira.” (E₅)

“No PSF o espaço de atendimento é ampliado para além do consultório.” (E₄)

Entendemos que, para atingir os objetivos propostos para o PSF, as equipes de saúde assim como os enfermeiros devem atuar com autonomia e responsabilidade, mas coletivamente, procurando interagir com as famílias, agindo com resolutividade de fato diante de seus problemas orgânicos, interacionais e sócio-ambientais, mediante a incorporação institucional de novos meios de trabalho. Assim, o profissional deve ter conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, buscando a prática do cuidado familiar ampliado, individual e coletivo, influenciando os processos saúde-doença das famílias através de parcerias com a própria comunidade e com diversos setores sociais e econômicos, para que seja possível avançar de uma prática que apenas olhe para cada membro da família, reconheça seu contexto de vida, mas permaneça atuando apenas na esfera individual.

Além de considerar e abordar questões relacionadas a condições sócio-econômicas de vida, um dos objetivos da assistência à família é identificar as suas dificuldades interacionais e auxiliar no enfrentamento de problemas relacionados, propiciando à família meios para que esta possa se comprometer com as necessidades de seus membros (MARCON, 2007).

Franco e Merhy (2003 p. 111) consideram importante eleger como foco de atenção o “indivíduo em relação” em oposição “ao indivíduo biológico”, alegando que, onde houver famílias, “a compreensão da dinâmica deste núcleo através da presença da equipe no domicílio é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde (...)”.

A prática com famílias deve ocorrer independentemente da forma como o grupo familiar está organizado, sendo este um modelo familiar tradicional ou não. Vasconcellos (1998) pontua que a família de que se fala no PSF deve ser compreendida historicamente, na especificidade de cada época e na correspondência

como os grupos sociais aos quais pertencem, pois há famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, há famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais e existem famílias nucleares e famílias por conveniência ou sobrevivência. Esse estudioso aponta que, em sociedades tão desiguais como a que vivemos, devemos primeiramente, esforçar-nos para incorporar, nas análises e propostas de trabalho, como essas relações vêm se transformando e ganhando novas significações.

5.2.3 O trabalho no PSF: deslocamento da atenção à demanda para ações estratégicas

Ao buscarmos compreender como os enfermeiros se apropriam do que vem sendo proposto para o PSF, também identificamos que estes o percebem como um espaço cuja inovação configura-se através da realização de ações programáticas, o que se mostra coerente com o realce dado às ações preventivas como finalidades do trabalho.

Enfermeiros representam o PSF como um espaço de efetivação de ações estratégicas estabelecidas, vocalizadas, por vezes, como “programas”.

Esses “programas” são destacados como constituintes do PSF, sem qualquer crítica, sendo que sua valorização articula-se especialmente a suas implicações para a organização do próprio processo de trabalho.

“[...] eu tenho toda uma agenda, tem toda uma programação, um planejamento. Eu tenho a agenda do enfermeiro e tem a agenda do médico. Então, a gente fez um cronograma básico que a gente passa pra população, então eles sabem quais os dias que eu vou atender adulto, criança, saúde da mulher... Então, tá tudo planejado, daí não torna aquela coisa tumultuada e corrida.” (E₈)

“[...] a gente tem a programação de atendimento. Então, assim, o enfermeiro especificamente, a gente tem assim...Eu divido todos os dias da semana com os programas. Então assim, nos dias que..durante as segundas-feiras, a gente trabalha os programas de hipertensos e diabéticos; na terça-feira nós trabalhamos as gestantes; na quarta-feira nós trabalhamos a saúde da mulher; na quinta-feira a saúde da criança; na sexta-feira a gente sempre deixa em aberto que é pra reuniões, discussões com a equipe e com os ACS que ficam sob supervisão do enfermeiro.”(E₃)

“Eu tenho uma programação de ações: na segunda-feira de manhã eu faço CD e já me programo se vou fazer visita domiciliar pra essa criança no outro dia, ainda mais se tiver de baixo peso, eu vejo que não ta sendo bem cuidado. Hoje é

terça-feira, não fiz porque to retornando de férias e também tenho outras atividades administrativas que é minha parte de TB, Hanseníase, quando não tem medicação. Então, eu tenho toda uma programação....terça à tarde eu faço atendimento à gestante; na quarta de manhã eu faço CCO; na quinta à tarde prevenção de incapacidades;, na quinta de manhã eu agendo com os ACS os pacientes que eu vi de diabetes, hipertensão, CCO, planejamento familiar, eu vejo aquele que tem mais necessidade da visita domiciliar e aí faço a visita, isso, priorizo...e na sexta novamente CD, e na sexta à tarde eu faço relatório.”(E₁)

Essas interpretações, porém, são acrescidas por outra, em que a valorização dos “programas”, como ações específicas para determinados grupos, vincula-se à geração de seus “bons resultados” para a população, como podemos identificar na fala abaixo:

“Eu trabalho com uma programação de ações aqui no Estratégia Saúde da Família. Vez ou outra faço palestra e a gente fala de um monte de coisa. Os programas e as atividades educativas dão muito resultado pra população viu?!”
(E₆)

Essas idéias correspondem a proposições apresentadas nas políticas de saúde vigentes no sistema brasileiro de saúde. A NOAS/SUS instituiu a definição de ações estratégicas mínimas como meios para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica. Essas ações foram reforçadas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), sendo previstas para o PSF. Cabe considerar, porém, que, a despeito de sua importância, a questão problemática encontra-se no destaque dado a essas ações na política e prática do PSF, em detrimento das ações programadas a partir da realidade de saúde local, atenta à diversidade.

Se, por um lado, a organização do trabalho no PSF, a partir das ações estratégicas predefinidas, é afirmada, seja em função do que isto representa para os trabalhadores e/ou para a população, identificamos que essa idéia é, em alguma medida, contraposta pelo entendimento de que o PSF não é espaço do “pronto” ou dos “programas” predefinidos pelo Ministério da Saúde, sendo compreendido como um espaço que deve viabilizar a elaboração de propostas assistenciais com a participação da população:

“[...] isso daqui não é um programa, isso daqui é uma unidade de saúde da família, o programa parece aquela coisinha programada, que vem num pacotinho, prontinho de lá do Ministério da Saúde, não é só isso, tem sim, programas de

Hansen, programas de TB, programas de imunização e o Programa Saúde da Família... eu não penso que seja assim, um programa, mas uma unidade onde você tá aqui pra sentar com a comunidade e elaborar estratégias de assistência à sua população adstrita, sabe? Dizer assim, vamos lá, quais são suas necessidades? E discutir seus problemas e juntos tentar resolver juntos.” (E₇)

“[...] porque nem sempre a população vai respeitar a forma de condução do trabalho, pode não ser a necessidade daquela comunidade isso, entendeu? Por isso não adianta impor, esses programas assim.”(E₃)

Como já dito, as ações estratégicas devem compor com a atenção planejada ou programada e com a atenção à demanda espontânea, como oferta organizada, com padronização de condutas e definição de protocolos e uso da epidemiologia para a priorização das ações.

Organizar os serviços através de ações estratégicas viabiliza o processo de trabalho da equipe, mas não considera, na sua totalidade, o conjunto de necessidades de saúde, cujo reconhecimento e definição de prioridades deve incluir a participação da comunidade.

Campos (2006) observa que essa forma de abordagem dos problemas de saúde da comunidade e dos indivíduos procura enfrentar a compreensão de que os serviços de atenção básica devem trabalhar segundo o recorte estrito de programas. Esta interpretação, segundo este autor, está muito presente no senso comum, em discursos políticos e mesmo no ideário que implantou a Estratégia de Saúde da Família como um Programa, representando uma ideologia de que o importante é investir em prevenção para resolver os problemas de saúde, e que esta seria uma maneira de se racionalizar os recursos investidos na saúde.

Franco (2006) evidencia que a organização da rede básica de saúde no SUS é excessivamente normatizada através da política de saúde federal e o PSF reflete muito as diretrizes normativas, operando sob a lógica das ações estratégicas e determinando horários específicos para atender certo tipo de clientela, disponibilizando certos procedimentos. Para o autor, a norma impõe amarras aos trabalhadores, que se veem constrangidos em produzir cuidados sob novas formas.

Isso representa certo aprisionamento do trabalho vivo, que dificulta a produção de inovações no PSF, conforme as diferentes necessidades de saúde de seus usuários.

Embora, entre as interpretações identificadas, se encontre certa apreensão dessas amarras, aspecto importante para sua superação e valorização de

uma prática centrada na atenção a necessidades de saúde concretas, tal como se prevê para o próprio PSF, é marcante, no discurso dos enfermeiros participantes desta pesquisa, a vinculação do PSF à prática preventiva, a ser realizada através de ações específicas predefinidas, o que reflete o modo de organização predominante dessa atenção em Cuiabá (assim como no Brasil), além das características contraditórias da política nacional e local de atenção básica.

Soma-se à valorização das ações estratégicas a importância atribuída à tecnologia da territorialização, que permite, a partir de áreas delimitadas, reconhecer e acompanhar, sistematicamente, moradores locais com problemas de saúde, reconhecidos como “hipertensos”, “diabéticos”, “hansenianos”, “gestantes”, “recém-nascidos”, entre outros, sob controle mediante as ações estratégicas estabelecidas.

A importância, todavia, que enfermeiros atribuem à territorialização no PSF também se configura em seu potencial para comprometer a unidade com as várias necessidades de saúde das famílias sob a sua responsabilidade, propiciando ações mais amplas (preventivas, assistenciais, educativas) à produção de saúde da comunidade, possibilitando o acompanhamento contínuo, a proximidade e o vínculo entre a equipe e a população. Isto pode ser evidenciado nas seguintes falas:

“[...] É colocado a unidade do PSF dentro do bairro, ali onde o usuário reside, então, há uma diferença muito grande, porque só de você trabalhar com um território delimitado, já tem como você também estar dando seqüência ao acompanhamento do paciente, aproximando dele, estabelecendo melhor suas ações, sabe, criando mais vínculo que numa unidade básica (...).” (E₁₀)

“Porque você tem um território definido, uma região adstrita... que está sob a sua supervisão, você tem tantas famílias cadastradas, tem que dar cobertura nesse atendimento, tem de atender a necessidade que aparece e desenvolver o trabalho nas ações educativas, preventivas e assistenciais.” (E₃)

Franco e Merhy (2003) afirmam que o PSF adota como uma estratégia a vigilância à saúde centrada no território, conforme indicação da proposta da Organização Panamericana de Saúde. De fato, do ponto de vista tecnológico, intenciona-se que a aproximação de necessidades de saúde abrangentes e peculiares seja propiciada pelo processo de territorialização das famílias e comunidades do PSF, dentre outras formas. A concepção é a de aproximação, reconhecimento e acompanhamento dessas necessidades, segundo o perfil homogêneo de condições

sócio-econômicas locais, processo este intermediado pelo vínculo e coresponsabilização pelos problemas de saúde da população.

As discussões acerca da territorialização tiveram início com o processo de distritalização, em que várias concepções sobre território foram construídas. Uma das concepções sobre este tema compreende o território “como produto de dinâmica social onde tencionam sujeitos sociais postos na arena política” (UNGLERT, 1993).

Mendes (1994) descreve a proposta de territorialização através da formação de distritos sanitários, áreas de abrangência e microáreas que delimitam certa responsabilidade do gestor local sobre o território em questão. As microáreas são limitadas de acordo com o perfil homogêneo de condição sócio-econômica da sua população, que definem o seu grau de risco aos agravos à saúde.

O PSF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita aos territórios. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL, 2000).

Pensar a territorialização pressupõe admitir que ela possibilita a interconexão com dimensões políticas, técnicas e ideológicas, que permitem o conhecimento da dinâmica concreta da realidade, em permanente construção e transformação.

A equipe de saúde da família deve apropriar-se deste espaço vivo e dinâmico, para estabelecer estratégias e ações que busquem intervir no processo saúde-doença da comunidade, a partir do reconhecimento de necessidades de saúde e também das potencialidades locais, valorizando a dimensão da co-responsabilidade.

Algumas críticas acerca da atuação da ESF no território têm surgido, questionando se esta prática, restritivamente centrada no território, de alguma forma, não tem contribuído para processos de trabalho de cunho “higienista”, dando pouca importância a uma rede básica de saúde integrada, como observamos nas contribuições de Franco e Merhy (2003, p.100):

Sem dúvida, o conhecimento articulado em torno da idéia de “território processo”, sobre o qual operam modelos assistenciais com bases exclusivas na vigilância à saúde, é importante e útil à produção do cuidado. No entanto, é limitante considerar que este conhecimento por si seja suficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde.

Isso significa que o processo de territorialização, tal como pensado e em efetivação, não é suficiente para a ampla abordagem de necessidades de saúde

da população e para a articulação do trabalho a finalidades que extrapolem a produção da cura e o controle das doenças via prevenção, tendo em vista a atenção integral.

A territorialização permite que a equipe conheça as necessidades locais da população sob sua responsabilidade; e reconheça os contextos familiares e a vida comunitária, propondo elementos importantes para a definição de atividades a serem realizadas.

Nesse sentido, percebemos, nas entrevistas, que os enfermeiros da USF buscam a reorganização de seus microprocessos de trabalho através de alguns aspectos; dentre eles, podemos citar a organização da demanda, por meio da atuação em um território, definido através de práticas de planejamento das ações, considerando a participação da comunidade como influente no direcionamento dos processos de trabalho.

Nas falas desses sujeitos, evidenciamos que as equipes de saúde da família em Cuiabá estabelecem suas ações com base em um território definido. Percebemos este como importante para o reconhecimento das necessidades das famílias, propiciando, na visão desses sujeitos, ações mais efetivas na busca pela saúde da comunidade e possibilitando a proximidade entre a equipe e a população, promovendo a criação de um vínculo mais efetivo entre esses sujeitos. Isso pode ser evidenciado nas seguintes falas:

“[...] então assim, é colocado a unidade do PSF dentro do bairro ali onde o usuário reside, então, há uma diferença muito grande por que só de você trabalhar com um território delimitado, já tem como você também estar dando seqüência ao acompanhamento do paciente, aproximando dele, estabelecendo melhor suas ações, sabe, criando mais vínculo que numa unidade básica, onde não tem como você atender...vamos supor uma unidade lá no CPAIII são mais de 20 mil habitantes, como você vai ter controle de 20 mil habitantes,né !? Aqui nós temos 3.200 pessoas, 850 famílias cadastradas.”(E₁₀)

“Por que você tem um território definido, uma região adstrita...que está sob a sua supervisão, você tem tantas famílias cadastradas, tem que dar cobertura nesse atendimento, tem de atender a necessidade que aparece e desenvolver o trabalho nas ações educativas, preventivas e assistenciais.” (E₃)

O PSF trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e, dessa forma, prevenir os agravos à saúde (FRANCO E MERHY, 2003). Aqui cabem algumas reflexões, como a

perspectiva de se trabalhar com a resposta ao sofrimento dos usuários e a necessidade de atuar dentro do seu “território”, tentando engessar ou negar essa demanda. Os enfermeiros partem do pressuposto de que, ao organizar a assistência no território e desenvolver ações de promoção, terá reduzida ou findada a atenção à demanda, como se esta fosse sinônimo de serviços desarticulados, quando, na maioria das vezes, o que acontece é o não reconhecimento das reais necessidades da comunidade, produzindo, assim, ações que não contemplem o objetivo, explicitado por essas famílias.

5.2.4 O PSF como espaço de atenção complexa: a exigência de novas práticas e dificuldades

O PSF é visto como um espaço assistencial envolto por uma dada complexidade, que advém da necessidade de produzir ações humanizadas (no sentido de novas inter-relações) e de promover acompanhamento contínuo, respondendo a necessidades dos usuários, mesmo quando há dificuldades no respaldo da rede para tal.

As falas seguintes demonstram a indicação dessa complexidade e a que a relacionam:

“[...] atender ouvindo realmente a pessoas, nas entrelinhas, ter ações humanizadas, acolher, Sabe.... É isso, sempre estar aberta, porque quando ele necessitar de alguma coisa... Às vezes quer conversar mais, não falou realmente o que o trouxe até você... Então sempre deve estar à disposição das pessoas... Pra ela deixar claro qual é a necessidade que ela tem, O PSF tem essas complexidades.” (E₂)

“O trabalho do enfermeiro no PSF é muito complexo [...] por causa dessas coisas... Desses problemas com a referência do paciente, de você ter que dar conta das necessidades dele sabe, A gente fazer a gente tem que fazer o acompanhamento, que é o que diferencia de outros locais,.. diferente das policlínicas, né? Ou o OS, que atendem, dá a medicação, mas, não tem como acompanhar.” (E₄)

Essa complexidade não remete à sofisticação tecnológica, ou à necessidade de dispor de determinadas tecnologias duras e saber utilizá-las, como requer, por exemplo, o espaço assistencial do hospital, mas diz respeito à elevada

complexidade de conhecimentos e relações necessários para que o PSF dê conta do que lhe é proposto (MERHY, 1997), o que é percebido e expresso por enfermeiros nesta pesquisa.

A política da atenção básica, também, evidencia que, no PSF, o profissional deve lançar mão de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que resolvam os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006b).

De forma oposta, contudo, entre os participantes deste estudo, existe, da mesma forma, o entendimento do PSF como algo que não exige “grandes sofisticções”, expressando uma simplificação atrelada à compreensão de que o PSF se restringe a consultas e ações estratégicas predeterminadas, coerentemente com a visão já evidenciada do PSF como espaço sobretudo de prevenção e de realização de ações estratégicas. Vejamos a seguinte fala:

“[...] É aquele trabalho de ações descentralizadas... Não tem sofisticação nenhuma, São basicamente as consultas e os programas, que já vem determinado pelo Ministério. Daí é você fazer o trabalho, todos os dias, durante todo o tempo com a comunidade [...] Não tem grandes ações, grandes sofisticções de trabalho não.” (E₃).

É uma compreensão, porém, que se expressa de forma contraditória no discurso do mesmo entrevistado, que, ao refletir sobre seu trabalho, também afirma que o PSF é um modelo complexo e diferente, a ser apreendido como tal em seus desdobramentos práticos, pelos vários profissionais, para que seus objetivos sejam alcançados:

“[...] É preciso que eles (a equipe) entendam que trabalhar no PSF é complexo. Você tem que entender toda uma estratégia, que é um modelo diferente, um modelo que vem de forma... Assim... A gente tem dificuldade... Nem todos os profissionais da equipe conseguem visualizar como que se dá no dia-a-dia esse trabalho, Entendeu? Então assim, eu acho que a consciência de cada profissional é que dificulta o trabalho e que faz com que às vezes a gente não alcance o objetivo do PSF.” (E₃)

Há consenso no Brasil de que o PSF deve conferir uma nova qualidade à atenção básica ofertada à sua população, sendo esta uma condição para sua sustentabilidade e para efetivação do SUS.

Como vimos na introdução desta pesquisa, o PSF pauta-se em um conjunto de eixos que representam elementos a serem reafirmados, incorporados ou

recolocados na prática da atenção básica, relacionados à estrutura, organização, gestão e assistência, tais como consideração aos indivíduos, famílias e coletividades como unidades de ação do PSF; apreensão e abordagem ampla das necessidades de saúde; prática sistemática e participativa de planejamento e avaliação de ações; trabalho profissional autônomo, participativo, instrumentalizado e em equipe; práticas de co-responsabilização e vínculo entre usuários e serviços/profissionais; práticas de acolhimento e implementação da clínica ampliada; além da valorização de ações de promoção da saúde.

Esses vários eixos têm profundas implicações para o trabalho no PSF e para os seus vários trabalhadores, requerendo um processo de mudança nas concepções e práticas dos profissionais e nas instituições em torno da complexidade envolvida.

Para que ocorra a substituição das práticas tradicionais dos serviços na atenção básica e se promova a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida, os profissionais devem ampliar a sua compreensão acerca do que é necessário mudar, para quê, envolvendo quem e como.

A complexidade relacionada à construção de uma nova atenção à saúde através do PSF é expressa de forma fragmentada e contraditória pelos participantes desta pesquisa, mas não só no momento que a nomeiam, como afirmado, mas ao falarem sobre o que o constitui como um “novo” modelo e, também, ao nomearem dificuldades relacionadas à sua efetivação.

Ao apontarem o PSF como um modelo complexo, parecem expressar, de algum modo, os desafios que vêm encontrando em suas experiências, derivada sobretudo da proximidade com as pessoas a que atendem e do encontro com as suas reais necessidades.

Tais aspectos tornam-se de alguma complexidade para os profissionais, pois estes precisam estabelecer outras conexões com os usuários e oferecer respostas a eles, precisando, para isso, mudar seus valores, ampliar seus conhecimentos e habilidades, suas relações com as equipes de saúde, com outras unidades e setores, dependendo inclusive da qualidade destes, o que torna o trabalho no PSF complexo.

O trabalho no PSF depende de outros níveis de atenção, para colocar em perspectiva a atenção integral e resolutiva à sua comunidade, para propiciar aos usuários a continuidade e longitudinalidade da assistência, assumindo a responsabilidade por respostas frente a suas necessidades de saúde.

Na leitura das entrevistas, percebemos que enfermeiros, à medida que passam a conhecer e participar do cotidiano da vida das pessoas em suas

comunidades, interando-se de seus problemas e de suas necessidades, trazem para si a responsabilidade de responder a estes, buscando abordar o indivíduo em sua complexidade, estabelecendo o que nominam como um atendimento integral.

Nos depoimentos, podemos perceber a compreensão do PSF como um espaço de atenção integral, identificado com o atendimento individual e familiar e com a longitudinalidade da atenção.

No primeiro sentido, apesar de o PSF ser identificado como um dos momentos de uma atenção que se deve processar em toda a rede (como porta de entrada), ele é expresso como espaço de atenção integral, na medida em que se dirige não só ao indivíduo mas também à sua família, que se realiza não só no espaço do serviço, mas, se necessário, também no domicílio, e que inclui uma abordagem do indivíduo que atente à sua complexidade.

“Eu acho que o PSF é importante pelo fato dele ser porta de entrada, para o serviço, para o sistema de saúde, e por ele estar oferecendo a atenção à saúde na sua integralidade.” (E₉).

“O PSF pra mim é o atendimento integral à família e a comunidade, é...quando eu faço um CD, eu não faço só o CD né? Eu não atendo só a criança...individual... Eu atendo a família como um todo, eu vejo o planejamento familiar, eu vejo a parte social dessa criança, eu vejo tudo nessa criança, né?...Eu falo com a mãe, eu falo com o pai e havendo a necessidade, conforme o caso, eu vou na casa dessa criança e faço atendimento integral mesmo de enfermagem.” (E₁)

No segundo sentido, a idéia de atenção integral articula-se à longitudinalidade da atenção prestada às famílias pelo PSF, constituindo-se esta uma de suas marcas, que o diferencia:

“No PSF a gente estabelece uma relação de longitudinalidade na atenção das famílias, sabe, é claro que pra estabelecer essa relação você precisa de tempo, é assim, ah! Eu acompanho essa moça desde criança, eu fiz o pré-natal dessa menina, agora atendo o filho dela, já fiz o atendimento dos outros da família, então é isso que diferencia o PSF, essa longitudinalidade... esse atendimento integral (E₁₁).

Ao mesmo tempo em que trazem para si, ou para o espaço do PSF, a responsabilidade pela atenção integral, entendem e evidenciam que o trabalho neste âmbito requer o respaldo de outros espaços assistenciais, para se garantir a longitudinalidade e continuidade da assistência com a participação de toda a rede de atenção à saúde.

A longitudinalidade diz respeito à relação do “paciente”, ao longo do tempo, com o profissional de saúde, ou uma unidade de saúde, já a continuidade é quando um paciente procura o mesmo profissional ou a mesma unidade de saúde em um determinado período de tempo:

A longitudinalidade e a continuidade diferem, porque na primeira a sucessão de eventos está relacionada ao tempo e ocorre no espectro completo de problemas ou motivos em potencial para consultas. Para a continuidade, a questão importante é a sucessão de eventos entre consultas sem importar onde ocorreram e por quais motivos (STARFIELD, 2002, p.390).

A longitudinalidade e continuidade permitem uma relação mais próxima do usuário com os serviços de saúde e os seus profissionais e implica, em certa medida, não só em acesso aos recursos disponíveis face aos problemas de saúde apresentados ao longo do tempo ou em um dado momento, mas em construção da integralidade da atenção, do que dependem do próprio PSF e da sua articulação aos recursos disponíveis no sistema de saúde.

Essa articulação e a garantia do acesso aos recursos de saúde em outros espaços assistenciais apresentam dificuldades em Cuiabá, além da existência de limites no acesso a dados recursos no próprio PSF, que se constituem em dificuldades para a produção da continuidade da atenção:

“... temos dificuldades de ter referência e contra-referência, porque assim eu vou mandar a mulher atrás de laqueadura lá pra policlínica, ela não tem condições financeiras, às vezes demora, é muita burocracia e ela acaba desistindo e voltando... às vezes não tem anticoncepcional, então vc vê... a falta de condições mesmo de a coisa ter uma continuidade.”(E₂)

“a maioria dos casos são referenciados, então você tem aquela dificuldade na demora da liberação de vaga, espera, agenda, cadastra aquele paciente, aí a Central de Regulação dá um determinado prazo, que também não tem prazo x, ou quando libera a vaga para aquela especialidade... temos pacientes com mais de ano de espera de encaminhamento.” (E₄)

Pensar a complexidade do PSF, por referência à construção da integralidade da atenção à saúde, portanto, implica em considerá-lo como parte de uma boa rede de atenção à saúde, que responda através dos recursos de saúde indispensáveis às necessidades das famílias cuja resolução não se pode dar apenas no espaço da atenção básica.

Para garantir que todos os indivíduos e famílias tenham atenção integral, o preceito da referência e contrarreferência, envolvendo os níveis de maior complexidade, deve funcionar de acordo com as necessidades de atenção à saúde de usuários territorializados, só assim é possível possibilitar a efetivação da longitudinalidade na atenção à saúde (NERY, 2006).

5.2.5 O PSF como espaço de reprodução do modelo médico predominante: permanências x bons resultados

Consideradas as dificuldades com as quais se deparam, enfermeiros identificam, para além de um modelo projetado, um PSF concreto, que vivenciam cotidianamente, que em sua interpretação, reproduz o modelo tradicional:

“O que eu penso é isso: que o PSF é uma estratégia de atendimento à saúde da população, é vc ter um trabalho com a comunidade, fazer grupo, não fazer o que funciona aqui, por que o que funciona em toda a Cuiabá é postão.” (E₇)

“A inversão do modelo é muito difícil, pois o foco ainda é curativista [...]” (E₄).

“[...] é muito complicado você trabalhar na Saúde da Família que tem uma lógica e toda a secretaria, toda forma de gestão funcionar dentro de uma outra lógica; ainda hospitalocêntrica, ainda centrada no médico, ainda dentro da doença.” (E₁₁)

Em alguns estudos realizados no Brasil, sobre o impacto do PSF enquanto mudança de modelo de atenção, HENRIQUE E CALVO, 2008; FACCHINI *et al.*, 2006; ESCOREL *et al.*, 2008; SOUZA, 2001, evidenciam algumas mudanças. Essas mudanças, promovidas pelo PSF, constituem inovações importantes nas esferas sociais, políticas e técnico-gerenciais, mas que dependem sobretudo dos sujeitos para se configurar como uma inovação.

O PSF necessita de estudos que identifiquem com mais propriedade seus resultados, que avaliem as ações oferecidas à comunidade e quais os impactos destas sobre o perfil de saúde da população

No que diz respeito à realidade de saúde de Cuiabá, apesar das evidências de que o PSF tem produzido ações que estão centradas na prevenção, várias dificuldades de saúde permanecem como problemas a serem superados. Como

prova disso, podemos citar o percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2500g) das mães residentes em Cuiabá, que tem-se apresentado em torno de 8,0% no período de 2000 a 2004. O índice aceitável pela Organização Mundial de Saúde é em torno de 6,0%, o que reflete que Cuiabá está acima do índice aceitável. Outro aspecto que também pode ser tomado como prova das dificuldades que Cuiabá ainda precisa superar diz respeito ao coeficiente de mortalidade infantil. Entre os anos de 2000 e 2003, Cuiabá apresentou uma redução significativa nos índices de mortalidade infantil de 21,6 para 16,6/1.000 nascidos vivos; contudo, no ano de 2004 essa taxa voltou a apresentar índices mais elevados (18,1/1.000 nascidos vivos). Deve-se, portanto, ater-se à cobertura e qualidade da assistência materno-infantil, assim como às condições de saúde, ou seja, de vida a que estas crianças estão submetidas após o nascimento, demonstrando ser necessário que o PSF avance na direção de um modelo mais centrado na promoção da saúde, na medida em que a saúde se relaciona entre outros aspectos à qualidade de vida.

Sem desconsiderar as contradições que envolvem o PSF, como projeto de um novo modelo e como prática, em seus problemas e conquistas, os participantes deste estudo afirmam que o PSF concreto também tem gerado bons resultados assistenciais, em comparação com experiências anteriores, como evidenciamos a seguir:

“[...] Eu acho que o PSF, apesar de tudo, tem dado bons resultados.” (E₃)

“Olha, o que eu consigo enxergar com a implantação do PSF é a resolutividade, melhorou em relação a muitas coisas, que você não via em antigos centros de saúde.” (E₅)

“É a estratégia do PSF que dá certo. Por exemplo, as nossas gestantes, pelo Ministério da Saúde, têm que ter seis consultas, nós temos dez consultas, não tenho nenhum abandono, nenhum abandono de TB. Não é fácil, mas, nós temos conseguido.” (E₁)

Um dos aspectos positivos diz respeito à ampliação da participação social e à proximidade do PSF de representantes das comunidades:

“O PSF estimulou a participação social aqui, a gente tá bem mais próximo do presidente do bairro, das associações, das redes de apoio da comunidade.” (E₁)

Coerentemente com a perspectiva preventiva assumida para o PSF, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, com a sua implantação, pode-se identificar melhora na promoção do aleitamento materno, aumento nos índices de

vacinação, com elevação dos percentuais de cobertura de imunização em crianças menores de dois anos de 86% para 98%, além de diminuição significativa da mortalidade infantil e materna, como se segue:

O PSF é um dos grandes responsáveis pela melhora nos indicadores de saúde da Capital, os resultados positivos aparecem na queda da mortalidade infantil e materna. Em 2004, o índice apresentado era de 99,2/100 mil habitantes, em 2006 percebe-se a redução para 54/100 mil habitantes. (CUIABÁ, 2006)

O Ministério da Saúde, em uma de suas produções, afirma que as equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001).

5.2.6 O PSF como espaço de atenção que requer mudanças da população: em suas demandas e participação social

Para enfermeiros, a construção do PSF como um novo modelo depende dos sujeitos nele implicados: da “conscientização” da população do que “é o PSF” e de sua maior participação social. Apontam que a efetivação do PSF está diretamente ligada à compreensão da população de que este não é focado na cura e prática médica, como tradicionalmente:

“[...] por que a comunidade insiste e te cobra ainda hoje, te cobra muito a visão anterior, que é a parte curativa, focado no médico.” (E₄)

Este aspecto gera tensões entre profissionais e usuários e dificulta a introdução de novas práticas, aspecto este entendem que deve ser superado pela “conscientização da população”, para que se adeque às mudanças:

“Eu penso que falta exatamente isso que já te falei, a população se conscientizar mais sobre o que é o PSF, sabe o que o Programa Saúde da Família, parar de chamar isso daqui de “postinho”, mudar o olhar... Sair desse modelo hospitalocêntrica.” (E₇)

“Para o PSF se constituir um novo modelo precisa a conscientização da população. Precisa a população compreender que o PSF não é apenas um “postinho”.” (E₅)

De outro modo, enfermeiros referem também a importância da participação social ou do envolvimento da população para que o PSF aconteça, processo este que, apesar de estimulado como essa estratégia, ainda precisa de ampliar-se:

“O PSF estimulou a participação social [...] Apesar de que com relação à participação social tem que se crescer muito mais ainda. Eu venho de UBS, de uma área que a comunidade participava, é igual aqui. A gente tá bem mais próximo do presidente do bairro, das associações das redes de apoio da comunidade, A gente tá bem mais próximo... mas precisa a comunidade se envolver mais.” (E₁)

Nesse sentido, o envolvimento com as redes sociais é importante para o PSF, pois, a partir disso, podem ser identificadas as potencialidades da comunidade e estimular o uso individual e coletivo da criatividade e a efetivação da participação popular. Além disso, coloca-se a necessidade de um envolvimento mais efetivo da população através dos Conselhos Locais de Saúde, para que estes possam interferir, com a participação da população, na efetivação do PSF.

O papel do profissional de saúde é de fundamental importância para estimular, mobilizar e qualificar a participação popular nos espaços de controle social e nas políticas de saúde, tendo como conquista a transformação da realidade, através da melhor utilização dos recursos disponíveis junto à comunidade em seu entorno imediato. Isto significa tornar-se um sujeito participativo do espaço, mas também envolver os demais sujeitos que compõem a rede social no processo.

5.2.7 O PSF como espaço de atenção que requer novos trabalhadores: comprometidos e preparados

No que diz respeito aos profissionais do PSF, enfermeiros concebem que estes também devem comprometer-se com esta estratégia, integrando mais ativamente as atividades de participação social.

No âmbito das políticas de saúde, as idéias de participação vêm se apresentando de várias formas, a depender do contexto histórico, político, econômico, social e cultural presente no momento. Uma das formas de participação do cidadão “é através de representação dos diversos segmentos da sociedade nos conselhos de educação, saúde, entre outros” (NERY *et al.*, 2003, p.2), incluindo-se a participação dos trabalhadores de saúde.

Nessa direção, encontra-se referência à importância dessa participação envolvendo toda a equipe, reconhecendo que nem todos se envolvem com atividades de participação social, sendo o enfermeiro o profissional mais presente:

“O enfermeiro tem que estar presente na questão do conselho, da participação social também, apesar de que eu acho que tem que ser a equipe toda não tem que ser só um, agora com relação à participação social é mais o enfermeiro que ta na frente, aqui mesmo só vai eu.” (E₂)

Para Sicsú e Vieira (2008), a consolidação do comprometimento do profissional enfermeiro nas atividades que envolvem a comunidade transcendendo o "espaço físico" do serviço de saúde, efetivando a prática do controle social, possibilita transformações efetivas na realidade dos serviços.

Essa participação, porém, não pode resumir-se a esse profissional, existindo a necessidade de envolvimento de toda a equipe com este importante eixo de transformação do modelo assistencial em saúde.

Para mudanças no trabalho no PSF é necessário, conforme afirmam Franco e Merhy (2003), novos sujeitos operando nos microprocessos de trabalho em saúde ou nos fazeres cotidianos como protagonistas:

Não é a mudança da forma ou estrutura de um modo médico-cêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado, como núcleo da produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos

que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência (Merhy, 2003 p.115)

Esses autores compreendem que há necessidade de rever a micropolítica de trabalho da equipe em seu cotidiano, onde os membros da equipe, comprometendo-se com seu meio, atuem como autores e atores, envolvendo-se criativamente na construção do trabalho coletivo. Julgam isto importante, frente às fortes amarras aos trabalhadores que diretriz normativa do PSF representam e que aprisionam o trabalho vivo. Segundo Franco (2006), o trabalho vivo em ato é “autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa”.

Enfermeiros se aproximam dessa idéia, de certa forma, ao referirem que o compromisso, novos conhecimentos sobre o próprio fazer e a identificação e aposta no PSF, por parte da equipe, são importantes à sua efetivação como um novo modelo:

“Eu acho que realmente o que precisa é o compromisso dos profissionais, é aquela pessoa que não vê o PSF como um cabide de emprego, que não vê o PSF como um bico pra estar fazendo.” (E₅)

“Os próprios trabalhadores da saúde que muitas vezes não pensam e não entendem o seu fazer, o próprio trabalhador muitas vezes não acredita naquilo que ele faz...não acredita no PSF.” (E₇)

“O profissional tem que gostar muito daquela profissão que ele ta fazendo, porque assim... mexer com pessoas é muito complicado, então, o enfermeiro tem que gostar muito, tem que ter conhecimento daquilo que ele ta fazendo.” (E₄)

Os profissionais que atuam no PSF devem ter atitudes diferenciadas, pautadas no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis, atuando de forma participativa na produção da saúde (BRASIL, 2001).

Para tal, é necessário que os profissionais tenham perfil adequado e que se identifiquem com a proposta do PSF. Além disso, existe a necessidade de preparo adequado desses profissionais, para que deem conta das implicações para o seu trabalho dos vários eixos de mudança propostos ao PSF. Esse preparo deve perpassar o desenvolvimento deste profissional enquanto trabalhador do PSF, através de ações de educação permanente, bem como mediante mudanças na formação dos cursos da saúde/enfermagem.

Para Campos (1994) e Merhy (1994), a participação e efetivação dos trabalhadores como agentes transformadores é de importância fundamental na [re] construção dos serviços de saúde.

Como o PSF propõe o enfrentamento dos problemas de saúde diretamente na comunidade, o profissional precisa de uma preparação especial, completamente diferente daquelas exigidas em sua prática profissional anterior.

Rosa e Labate (2005) afirmam que, para haver mudança no modelo de atenção, existe a necessidade de formar um novo profissional, salientando que, se a formação dos profissionais não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do dia-a-dia. O PSF trata de resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada e não da adaptação de novos padrões de excelência. Há, portanto, que se conceber um novo perfil de profissionais, que atenda às necessidades emergentes.

5.2.8 O PSF como espaço de atenção que requer mudanças nas práticas de gestão: articulação, coerência e apoio às equipes locais

Para o PSF efetivar-se como um novo modelo é preciso práticas de gestão que se sintonizem com esse novo modelo. É desse modo que enfermeiros interpretam a necessidade de participação dos gestores em relação ao PSF:

“Para o PSF se constituir um novo modelo é importante que se pense sobre a forma de gestão, se você fala em inversão do modelo é importante que o gestor pense na inversão desse modelo para que o PSF não seja só discurso, mas, seja a prática do que está proposto, é muito complicado você trabalhar Saúde da Família, que tem uma lógica, e a gestão funcionar ainda num modelo médico-centrado.” (E₁₁)

Segundo o Ministério da Saúde, os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis pelo cumprimento dos princípios, pela organização e execução das ações básicas em seu território. É responsabilidade das secretarias municipais de saúde, através de suas equipes de gestão, definir e aplicar medidas com vistas à implementação da atenção básica conforme os novos eixos propostos pela política para esse nível de atenção via ESF (BRASIL, 2006).

O cumprimento dessa responsabilidade depende de inúmeros fatores, entre eles, as concepções que os gestores têm acerca do PSF, do que deve mudar e como nesse espaço de atenção, e acerca de sua participação, dos demais

trabalhadores e da própria população. Além disso, depende da efetiva implementação de novas práticas de planejamento, avaliação, programação, produção e uso de informações, investimento nas equipes de PSF, supervisão local, entre outras.

O profissional da equipe do PSF, segundo normas do Ministério da Saúde, precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar situações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da Saúde.

Dentre esses vários aspectos, um dos destacados pelos enfermeiros diz respeito à interface gestão-PSF, remetida à importância do desenvolvimento de um trabalho articulado, coerente e de apoio às equipes locais, por parte da gestão, à construção dos vários eixos que integram o PSF como um novo modelo.

Essa articulação, coerência e apoio são vistos como comprometidos em função da troca frequente de gestores na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá nos últimos anos. Essa troca constitui uma dificuldade com implicações para o processo de trabalho da equipe, pois dificulta a integração, o planejamento e a continuidade do trabalho:

“O que dificulta muito hoje é a mudança de secretário, quebra muito a rotina de trabalho. Então, quando você já tá naquela versão... naquele modelo, tentando mudar o modelo. Igual eu te falei, é difícil pra você quebrar isso daí, é muito complicado [...] A mudança de secretário quebra muito a rotina de trabalho, só que quando muda o secretário vem outras formas de trabalho, roda todo o pessoal da secretaria e que tá trabalhando com vc, o pensamento vem diferente, as cobranças vêm diferente, acaba você indo num ritmo, aí você tem que parar ver o que o outro pretende, pra ver se vai continuar naquele ritmo ou se vai mudar. Normalmente todos mudaram, os formulários pra preencher mudaram, cada vez que entrava um secretário..é...não sei...só sei que atrapalhou muito o trabalho da gente, né?”(E₄)

“Mudou demais o gestor, mudou demais mesmo! A gente teve muitas mudanças uma atrás da outra e toda mudança tem um novo começo e é aí que está a dificuldade.” (E₂)

Ainda, nos discursos dos sujeitos, a construção do PSF é identificada com um trabalho de gestão, baseado em uma nova prática de supervisão, que se preocupe não só com a direcionalidade técnica mas com a integração com os profissionais, com a produção conjunta, com a atualização da equipe em função de

mudanças na qualidade da atenção e que fomenta e apóie, estrategicamente, mudanças:

“O enfermeiro tem que estar atualizando, e às vezes a gente tem muita dificuldade nisso, por que a SMS não consegue fazer isso, eles não conseguem... Assim... ter uma boa equipe de supervisão, eles não tem uma equipe de profissionais a nível central que venha trabalhar com a gente de forma conjunta, não só uma supervisão técnica, mas poder tá ajudando a melhorar a qualidade do serviço. Entendeu? Então, assim, a grande dificuldade desses cinco anos que eu estou e que eu ainda não vi é assim...a junção de uma equipe técnica de nível central fazendo um elo, uma ligação direta com os enfermeiros das unidades, até pra estar melhorando a qualidade da assistência, em todos os programas.” (E₃)

“[...] tem que ter uma supervisão que pense além de mim e além das equipes, que traga propostas, que traga estratégias novas, coisas que a gente não consegue pensar pra superar problemas do dia- a- dia, então acho que isso é uma das coisas que mais carece, é uma das carências maiores, então, acho que é isso aí o ponto de partida, eu acho que na verdade é o que precisam todas as equipes, é o suporte... e esse suporte seria uma assessoria da supervisão da gestão central, da Secretaria de Saúde.”(E₄)

Reis e Hortale (2004) afirmam que a supervisão apresenta-se como elemento viabilizador da política de saúde, à proporção que repassa conceitos, redefine procedimentos, dá mobilidade entre os vários níveis do sistema e orienta a execução dos serviços. Ela assume uma dimensão política à medida que interpreta os interesses dos níveis periféricos e procura reforçar o processo de descentralização (e, diríamos também, de atenção integral). Embora a supervisão valha-se de conteúdos técnico-administrativos, definidos em consonância com os objetivos da política de saúde, a supervisão deve rever tais conteúdos com base nas necessidades reais, face o caráter dinâmico da realidade de saúde enquanto parte da estrutura social e política.

Para esses autores, a supervisão deve ser encaminhada de forma coerente com a proposta do PSF e com a nova forma de planejar e agir em saúde, que propicie aos atores envolvidos suplantarem a alienação, conscientizando-se e envolvendo-se na reconstrução do processo de trabalho e no próprio processo de supervisão de forma compartilhada.

5.2.9 O PSF como espaço de trabalho em equipe: integração, relações e tensões

No que se refere à Saúde da Família, não podemos deixar de considerar a importância da articulação dos diferentes trabalhos e saberes, tendo em vista a atenção a necessidades de saúde que apresentam um caráter multidimensional.

O trabalho em equipe, no processo de produção em saúde, é uma modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de distintas áreas profissionais. Desta forma, existem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: uma que se refere à articulação das ações e a que se relaciona à interação dos diversos profissionais (PEDUZZI, 1998; 2001).

Esta autora defende a idéia de que a participação de todos os profissionais e a presença de um projeto de trabalho comum são condições indispensáveis para que haja um trabalho em equipe verdadeiramente integrado. Tais condições, porém, por si só, não são suficientes. Ela refere que é preciso que os trabalhadores estejam dispostos a flexibilizar a divisão do trabalho, compartilhar conhecimentos, interagir no cotidiano, ou seja, valorizar o caráter de complementaridade e interdependência dos diferentes trabalhos.

Para enfermeiros que, atuam em Cuiabá, trabalhar em equipe possui um significado de trabalho integrado, no qual todos os profissionais envolvidos devem partilhar compromissos, responsabilidades, confiança, diálogo e objetivos comuns.

“O trabalho da equipe tem que ter bastante integração, sempre repito a mesma coisa....é a integração da equipe, responsabilidade, compromisso e a confiabilidade, né, que você tem que ter. Primeiramente sempre existir diálogo, compromisso e respeito, você tendo isso, você forma uma boa equipe e assim... a partir do momento que você conseguir diferenciar que amizade é amizade, compromisso profissional é compromisso profissional, lá fora sou sua amiga, mas aqui dentro sou uma profissional, daí dá certo. Então, temos que trabalhar com essa visão de bastante seriedade, que daí vc constitui realmente o que é uma equipe pra trabalhar.” (E₅)

“A equipe no PSF, tem que entender que ela está ali pra trabalhar em prol de um objetivo comum, com honestidade e respeito, e que se dar bem é uma consequência disso.” (E₁₁)

Enfermeiros consideram que o trabalho em equipe envolve encontro para planejar, analisar e avaliar o realizado:

“[...] Assim, a diferença que tem no PSF é que tem as reuniões de equipe onde planeja as ações, onde analisa, avalia o que aconteceu dentro daquele planejamento que fizemos. Então há uma reunião onde todo mundo (...) participa, onde desde a pessoa da limpeza se envolve no trabalho da gente, então, equipe é isso é envolver todo mundo: o vigilante, a faxineira, os ACS, o médico, a enfermagem, tudo que envolve o processo de trabalho no PSF: o administrativo, a copa tudo (...).” (E₅)

O trabalho em equipe, no processo de produção em saúde, é uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de distintas áreas profissionais. Desta forma, existem duas dimensões inerentes ao trabalho em equipe: uma que se refere à articulação das ações e a que se relaciona à interação dos diversos profissionais (PEDUZZI, 1998; 2001).

Peduzzi (2001) apresenta duas concepções de trabalho em equipe: a equipe como agrupamento de agentes caracterizado pela fragmentação, e a equipe como integração de trabalhos, caracterizado pela articulação e em consonância com a integralidade das ações.

Ao relacionar esses conceitos com as interpretações dos enfermeiros apresentadas, podemos localizar expressões que correspondem a características de uma “equipe integração”.

Essa complementaridade diz respeito a ações que devem ser planejadas e implementadas em conjunto e que dependam uma da outra, no âmbito dos diferentes trabalhos, a fim de que se obtenha um resultado final satisfatório.

Entre os enfermeiros entrevistados, há quem diga que um bom relacionamento entre os membros da equipe é importante para que o trabalho no PSF se efetive.

“Olha é até engraçado eu falar isso mas, na minha equipe não tem nenhum problema, tanto com o médico, com as técnicas de enfermagem, as agentes de saúde, nunca... eu tô aqui há um ano e seis meses e nunca tive problema assim, com ninguém, sempre foi muito bom meu relacionamento com a equipe. Aliás, eu acho que isso é muito importante para que o trabalho do enfermeiro no PSF dê certo.” (E₆)

Nesse sentido, enfermeiros consideram que o trabalho em equipe não desconsidera a autonomia de cada profissional e a liberdade de falar:

“[...] Aqui a gente divide as atividades, porque eu acho que numa equipe não tem líder centralizador, eu acho que na equipe cada um tem seu conhecimento específico, o seu limite, como coloquei lá no começo.. cada um tem sua autonomia até onde começa a do outro e deve se preocupar em resolver o problema do seu cliente. (...) Então há uma reunião onde todo mundo tem a liberdade de falar (...).”(E₅)

No trabalho em equipe o profissional de saúde atua segundo suas competências específicas:

“[...] o que é trabalhar em equipe no PSF? É integralizar todas as ações, que todas as atividades da atenção básica estejam sendo desenvolvidas de forma que cada membro da equipe: O ACS, o médico, o enfermeiro, possa estar integralizando o trabalho e dentro das competências de cada um. Tanto na área de prevenção, de cura, ser responsável naquilo que lhe compete dentro da Atenção Básica. (E₃)

Conforme Peduzzi (2001), no trabalho em equipe, não se deve ignorar as especificidades dos trabalhos, pois, cada diferença técnica, de alguma forma, contribui para a complementaridade das ações e permite que se aprimore o conhecimento em determinada área de atuação. Para esta autora, porém, é necessário que exista flexibilidade na divisão dos trabalhos, ou seja, os profissionais devem realizar ações específicas de sua área de atuação, mas também executar atividades comuns, provenientes da integração dos diversos saberes, tais como a formação de grupos educativos, as visitas domiciliares, entre outras.

Os Enfermeiros concebem que trabalhar em equipe é imprescindível, mas apontam também que isto é difícil no cotidiano do trabalho, particularmente porque a equipe atua em um campo relacional permeado por inúmeras tensões derivadas dos diferentes interesses e subjetividades dos sujeitos.

“Pra trabalhar no Programa de Saúde da Família, primeiramente você tem que trabalhar realmente em equipe. E assim, a gente sabe que trabalhar em equipe não é fácil porque aqui a gente tem poucos funcionários, somos uma equipe multiprofissional, mas cada um tem o seu pensamento.” (E₁₀)

“Outra coisa, pensando agora nas dificuldades, eu acho que o trabalho da equipe também é difícil, vc tem que aprender a lidar com sua equipe. Eu, por exemplo, estou com 41 anos, sou de temperamento difícil, e estou aprendendo a lidar com minha equipe, tentando envolvê-los em todas as atividades.” (E₇)

Entrevistados apontam como um aspecto importante no trabalho em equipe a troca em torno de dificuldades e a divisão de responsabilidades ou tarefas:

“Nós, aqui, temos uma reunião semanal pra justamente a gente estar sentando e vendo junto como vamos trabalhar com as famílias da nossa comunidade. O que a gente tem de dificuldade a gente estar colocando em equipe e procurando fazer, realizar as ações. Tudo em equipe porque onde centraliza o trabalho de um profissional não dá certo, então a gente tem que aprender a dividir as ações que tem dentro da unidade com os outros profissionais todos tem que fazer parte.”
(E₁₀)

No espaço em que realizamos este estudo, constatamos que cerca de 80% dos seus trabalhadores atuam juntos há mais de cinco anos. Na interpretação de enfermeiros, a proximidade decorrente desse contato permanente de trabalho favorece e, ao mesmo tempo, dificulta o trabalho no PSF. Um aspecto positivo, de seu ponto de vista, diz respeito ao fato de que a proximidade favorece o reconhecimento e entendimento dos limites de cada um. Já a dificuldade corresponde ao fato de que a convivência prolongada, por vezes, causa resistências a propostas de inovações nos processos de trabalho.

“Nós somos uma família, cada qual tem o seu jeito de ser. Como nós já estamos há oito anos juntos, nós somos a única equipe do município de Cuiabá que está médico, enfermeiro e AE juntos esse tempo todo, já saíram alguns ACS..entraram outros...mas a gente se dá bem, a gente se respeita, cada qual na sua individualidade,né? Tanto tempo assim é bom porque cada um sabe o limite do seu colega.” (E₁)

“eu não sou muito de ficar pedindo as coisas, as vezes eu imponho e sou até autoritária demais, e a minha equipe não gosta muito desse meu jeito, é que eu acho que a gente está há muito tempo junto, sabe? Acaba que cai na rotina as coisas...daí tudo que você propõe eles (a equipe) já falam que não vai dar certo... então uma vez, eu pedi pras ACS comparecerem pra gente organizar os arquivos, e falei isso de forma muito impositiva, por que nunca dava certo de todas estarem, sempre alguém tinha alguma coisa pra impedir o serviço, daí eu dei uma intimada nelas e elas não gostaram foram la na SMS reclamar de mim... pensa bem, que situação.”
(E₇)

Em relação à flexibilidade na divisão das tarefas, enfermeiros estabelecem uma relação de troca com os demais membros da enfermagem, realizando atividades que lhes são pertinentes e exigindo a sua participação em tarefas administrativas, como fechar os relatórios, por exemplo:

“Por exemplo, eu aqui na equipe faço o serviço também do Auxiliar de Enfermagem, eu tiro ponto, eu faço curativo nos pacientes de hanseníase e em outros. Daí o Auxiliar de Enfermagem também me ajuda porque eu pedi e ajudei eles também nas atividades que são deles, aí eles aceitaram na boa fazer, por que não vou dar conta de fazer tudo e eu falei pra eles: não vou fazer(os relatórios), não vou fazer mesmo sozinho!! Aí eles fizeram na boa.” (E₂)

De outro modo, trabalhadores de enfermagem “aceitam” que o profissional médico se recuse a realizar trabalho administrativo, para que as relações na equipe não fiquem tensas:

“Cada equipe tem o seu perfil de trabalho, é... o nosso médico aqui, o jeito dele é de não fazer relatório, mas o administrativo, a funcionária lá da frente, da recepção faz pra ele e pra gente se dar bem nós acabamos concordando, senão, alguém de nós já teria saído daqui. Porque nós somos a única equipe em que há oito anos nós estamos juntos, por exemplo a PMA2, a ficha D do médico quem faz é o administrativo, é a funcionária da recepção, porque ele não tem, ele não gosta de relatórios, ele não gosta de papéis, ele não gosta.” (E₁)

Fica evidente que a forma como o enfermeiro estabelece relação com o profissional médico influencia o como as relações acontecem no interior da equipe. Para não se indispor, o enfermeiro acaba aceitando a posição do médico em não se envolver com as atividades do PSF, entendidas como administrativas, que fogem ao que lhe é peculiar, como a assistência. Assim, outros membros da equipe absorvem tal postura e, em alguma medida, “contribuem” para que não haja conflitos na equipe.

Apesar das tensões existentes no exercício da autonomia e divisão de tarefas no PSF, evidenciamos, em alguns discursos, que o trabalho dos profissionais médico e enfermeiro complementa-se, num sentido de troca e reciprocidade para com o atendimento das necessidades dos usuários, sendo considerado de extrema importância para o bom funcionamento do PSF:

“Eu o médico a gente trabalha bem junto, sabe, e quando eu tenho alguma dúvida eu recorro a ele e ele também sempre recorre a mim, quando tem alguma coisa lá ele trás pra mim, e a gente vai batendo bola. Eu acho que uma das coisas mais importantes que tem que ter numa equipe do PSF é quando o médico e o enfermeiro conseguem fazer este bate bola, por que se eles não fazem, existe uma dificuldade, uma barreira muito grande, por que a gente precisa assim... a minha porta com a dele é só eu bater e entrar e ele também na minha, isso

facilita muito o atendimento e facilita muito a resolutividade para o paciente, entendeu?”(E₃)

Lima e Almeida (1999, p. 88) observam que, embora exista um parcelamento do trabalho em saúde em várias atividades fragmentadas, exercida por vários trabalhadores, também ocorre uma inter-dependência entre estes, de modo que cada um complementa o trabalho do outro. Assim, um trabalho não se realiza sem o outro, e todos os profissionais atuam de forma complementar, ainda que, em alguns momentos, as relações não sejam harmoniosas e horizontais:

Esses trabalhos têm uma autonomia relativa, mas seus espaços, que não são predeterminados só pelo conhecimento técnico-científico, são ampliados ou reduzidos em decorrência de como os saberes, outros instrumentos e as práticas são explicitados enquanto poderes.

Silva e Trad (2005) consideram que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo, assim, o risco de os profissionais se isolarem em seus núcleos de competência, ou de que as ações sejam realizadas de forma isolada e/ou justapostas.

Nesse sentido, a Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum, com complementaridade dos trabalhos especializados, em que os agentes envolvidos estabeleçam interação entre si e com os usuários. O trabalho em equipe pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação e a construção participativa em projetos coletivos vinculados à realidade local.

Alguns autores, como Silva e Trad (2004) e Araújo e Rocha (2007), ao analisarem o trabalho em equipe, apontam alguns fatores restritivos entre os profissionais, com vistas à construção de um projeto comum. Destacam que o fato de a equipe ter sob sua responsabilidade quase o dobro do número de famílias preconizado pelo Ministério da Saúde, isto afeta a sua dinâmica, uma vez que acaba sobrecarregando excessivamente todos os membros.

A realização de um projeto comum ainda é um desafio para a ESF, uma vez que ainda há “sobreposição da razão instrumental” nas situações em que deveria predominar a razão comunicativa (ALMEIDA E ROCHA, 1997). É necessário reconhecer que a construção de um projeto comum no PSF depende, não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição do poder nas ESF. Para Araújo e Rocha (2007), o estabelecimento de uma relação dialógica no

interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas.

Sendo parte do trabalho coletivo em saúde, devemos lutar para que o foco de nosso trabalho seja, efetivamente, as necessidades dos usuários, da família e da comunidade. Para isso, precisamos articular novos modos de operar o processo de trabalho em saúde, o que implica em mudar as relações interpessoais, profissionais e de poder, tanto entre os profissionais quanto destes com a população.

Tanto no PSF como nos outros trabalhos em saúde, a construção do trabalho em equipe ainda é um desafio. Constituir projetos comuns e compartilhados é a busca do trabalho coletivo em saúde, respeitando e valorizando as competências de cada trabalhador da equipe, “para, com base nas diferenças e na pluralidade das intervenções, contemplar mais ampla e apropriadamente as demandas de saúde da população” (PEDUZZI, 2000, p. 15).

Temos, ainda, por outro lado, o predomínio de processos de trabalho que refletem a resistência em fazer uma busca diferente para a melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde. Um deles é o da enfermagem, que organiza o seu trabalho assistencial de forma compartimentada, com ausência de espaços de planejamento e debate coletivos.

Contudo, segundo Pires (1999), é possível encontrar algumas tendências inovadoras. Uma delas passa pela idéia de que a enfermagem, para operar mudanças na fragmentação da sua prática, precisa buscar o cuidado integral, considerando que a superação da dicotomia entre concepção e execução do trabalho poderia ocorrer em uma situação de definição de um projeto coletivo em defesa da saúde e da vida (LIMA 2004). Outra tendência estaria consubstanciada no trabalho cooperativo, de caráter interdisciplinar, desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, sem, contudo, especificar em torno de que projeto esta interdisciplinaridade se concretizaria.

5.3 Percepções de enfermeiros acerca do seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família

Nesta parte da pesquisa, buscamos retratar as percepções dos enfermeiros sobre o seu específico trabalho no âmbito do PSF, a partir de suas interpretações sobre essa estratégia como um novo modelo, considerando as contradições expressas. Neste sentido, a partir da análise do material por nós coletado, encontramos diversas expressões, organizadas através das categorias relacionadas e discutidas a seguir:

- Trabalho do enfermeiro no PSF: centralidade das ações estratégicas.
- Trabalho do enfermeiro no PSF: cuidar/assistir, gerenciar e participar politicamente.
- Trabalho do enfermeiro no PSF: produção de novas interações com os usuários.
- Trabalho do enfermeiro no PSF: trabalhadores comprometidos e preparados.

5.3.1 Trabalho do enfermeiro no PSF: centralidade das ações estratégicas

Anteriormente, apresentamos neste estudo que uma das concepções dos enfermeiros acerca do PSF é a de que sua condição de “novo” modelo vincula-se, entre outros aspectos, à incorporação de ações estratégicas, que são destacadas, coerentemente, com a interpretação de que a sua finalidade é a de promover a prevenção à saúde.

Assim, os discursos desses sujeitos, ao tratar de seu específico trabalho, relatando-o e/ou emitindo julgamentos a seu respeito, reforçam essa perspectiva, ou seja, o seu trabalho é concebido de forma articulada à finalidade destacada da prevenção à saúde e às tecnologias correspondentes – a execução do conjunto do trabalho através das ações estratégicas.

Esse destaque não representa pura escolha dos profissionais, mas abstração que deriva de uma lógica que predomina no setor, articulada à racionalidade

da atenção à saúde, que, por sua vez, articula-se às características estruturais da sociedade, ao perfil das políticas sociais vigentes, a aspectos ideológicos, entre outros.

De acordo com as narrativas dos enfermeiros, o seu trabalho, sobretudo o de natureza assistencial, se organiza e efetiva no cotidiano do PSF com base em uma agenda semanal que prioriza as ações estratégicas incorporadas, que em Cuiabá, correspondem às ações propostas pelo Ministério da Saúde. Essa agenda é afirmada e, em torno dela, não se tem qualquer crítica.

O planejamento de seu trabalho assistencial restringe-se, assim, à construção de uma programação semanal de atividades, de forma articulada ao do profissional médico, que se torna rotina conhecida pela população.

“Eu tenho toda uma agenda, tem toda uma programação, um planejamento, eu tenho a agenda do enfermeiro e tem a agenda do médico, então a gente fez um cronograma básico que a gente passa pra população, então eles sabem quais os dias que eu vou atender adulto, criança, gestante... então tá tudo planejado, daí não torna aquela coisa tumultuada e corrida.” (E₈)

Enfermeiros consideram que esta forma de organizar a assistência, com base em uma agenda “fechada” em ações ou “programas” específicos, em que se inserem as atividades desenvolvidas no interior da unidade, no domicílio e em outros espaços, é importante para a organização do próprio trabalho e o da equipe, evitando tumultos e contribuindo para que prazos, metas e atividades propostos/estabelecidos pelo nível central sejam respeitados:

“Eu acho bom trabalhar com programas, com os agendamentos, isso evita os tumultos, sabe? Porque a gente se organiza pra dar conta das metas e dos relatórios... a gente se programa.” (E₂)

Essa visão subverte, de certo modo, a necessária compreensão de que a organização do trabalho e o seu desdobramento em uma agenda de atividades devem também levar em consideração o conjunto e a dinamicidade das necessidades de saúde locais, para além dos aspectos relacionados ao encaminhamento das ações estratégicas.

Para Viegas (2005), ações centradas em “programas” são rotineiramente desenvolvidas pelas equipes de PSF; entretanto, as atividades a serem pensadas e desenvolvidas necessitam considerar o conjunto das informações de

saúde das comunidades territorializadas, o que também é preconizado pelo Ministério da Saúde

A política nacional de atenção básica, apesar de privilegiar as ações estratégicas (FREITAS, 2007) a partir de uma perspectiva de risco fortemente incorporada em sua política, não deixa de projetar como constituintes das ações do PSF as de atenção à demanda e as ações programadas a partir do reconhecimento das condições de saúde locais, em sua diversidade e sentido amplo.

Ações programadas constituem-se também em uma ferramenta útil e coerente com as noções de território em um modelo que priorize, não só a cura, mas a prevenção e a promoção à saúde; Também estas, apoiadas na epidemiologia para identificar problemas e seus determinantes, resultam em limitações que, para Campos (1997), decorrem de sua limitação para observar a subjetividade e a individualidade dos usuários, processos esses fundamentais na percepção e abordagem dos problemas de saúde no PSF.

Cabe também considerar que as ações estratégicas, no Brasil, foram instituídas para possibilitar o aumento da cobertura do atendimento a grupos de risco, na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação de sua saúde (NASCIMENTO E NASCIMENTO, 2005), componente este da atenção básica à saúde que não deve ser negligenciado pelo PSF e seus vários trabalhadores.

O enfermeiro participa das ações estratégicas através de acolhimento, da consulta de enfermagem, de ações educativas e da visita domiciliar, dirigidas sobretudo a determinados grupos: a crianças, para acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento; a gestantes e puérperas de baixo-risco; a mulheres, para controle do câncer mamário e cérvico-uterino; a portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes. Essas ações ocorrem no interior da unidade e no espaço da comunidade e seu conteúdo se vincula especialmente às ações estratégicas. As falas a seguir são elucidativas da constituição de uma agenda de trabalho, de seu conteúdo e dessa vinculação:

“Bom, segunda-feira eu atendo criança de manhã; na parte da tarde atendo TB e Hansen; na terça-feira eu faço CCO, preventivo de manhã e à tarde, isso só eu colho. Na quarta-feira eu atendo gestante no período da manhã, e se tiver bastante gestante eu atendo também à tarde, sempre antes de atender as gestantes eu reúno, faço palestra, converso bem informal mesmo, pra acolher sabe?... quando não eu faço CD, quinta-feira, que nem hoje, atendo hipertenso, diabéticos, também faço palestra nas escolas, sexta-feira faço visita domiciliar, mas isso não impede que se tem algum paciente, igual hoje que tive que me ausentar e ir lá fazer, eu vou sem

problemas, mas é nas sextas-feiras que tenho as visitas marcadas né, as puérpera, que dá pra gente organizar e à tarde eu sempre deixo pra demanda espontânea, ou então pra fechamento de relatório, ou alguma conversa com as meninas (ACS)... a comunidade já sabe que aqui funciona assim e até facilita o contato com eles.” (E₆)

Essas ações assistenciais se estendem à execução de atividades gerenciais, relacionadas à supervisão do trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS, à execução de relatórios (como indica a fala anterior), que se articulam às primeiras:

“[...] Eu também supervisiono as agentes comunitárias de saúde, e os técnicos de enfermagem, que me passam todas as ações, conversamos e trocamos opiniões para a melhora de cada caso de cada família. [...]” (E₉)

Percebemos, a partir dessas falas, que a organização do processo de trabalho do enfermeiro na ESF é pautada sobretudo nas ações estratégicas em saúde, seja através das práticas de assistência ou de gerenciamento. Estas se alinham com a concepção que têm acerca da finalidade do trabalho coletivo no PSF e com o que concretamente orienta este trabalho – a prevenção à saúde. Assim, são atividades que permitem a efetivação dessa finalidade, que constituem a prática dos enfermeiros e, ao mesmo tempo, são por eles valorizadas, chancelando a sua parcela na produção do “novo” no PSF.

Certa flexibilidade nessa agenda e práticas de acolhimento e de visita domiciliar certamente contribuem para a identificação e abordagem de problemas de saúde que não se limitam à finalidade de cura e prevenção ou às ações estratégicas estabelecidas, através da aproximação da subjetividade, individualidade e realidade de vida dos usuários.

Nascimento e Nascimento (2005) chamam a atenção para o fato de que as ações rotinizadas no PSF devem ser flexíveis, para adaptar-se às demandas sociais feitas aos serviços de saúde, uma vez que elas não dão conta de atender às várias necessidades de saúde, comprometendo o direito ao acesso universal a cuidados de saúde.

Então, para captação e resposta abrangente a necessidades de saúde das pessoas que vivem nas áreas de responsabilidade do PSF, o enfermeiro deve articular as suas práticas assistenciais a um planejamento mais abrangente, realizado a partir de informações em saúde advindas de fontes diversas (epidemiológicas, das reivindicações, do normatizado na política, de suas experiências

de aproximação com a população, entre outras), o que certamente implicará em maior flexibilidade na oferta de cuidados, em novas agendas de trabalho ou em novas ações.

Essa prática não deve configurar-se de forma descolada do trabalho em equipe e de uma prática coletiva de planejamento, avaliação, tomada de decisão que inclua inclusive a população, mas, nesse sentido, sabe-se que o enfermeiro pode ocupar um espaço ímpar no sentido de sua mobilização, por exercer articulação entre a equipe de enfermagem, os ACS, os demais profissionais de saúde e, inclusive, a população.

5.3.2 Trabalho do enfermeiro no PSF: cuidar/assistir, gerenciar e participar politicamente

Podemos considerar que o trabalho do enfermeiro é valorizado pelos informantes desta pesquisa em três dimensões articuladas: assistencial (incluindo ações individuais e coletivas), gerencial, e de participação social e política. Vejamos:

[...] Também faço visitas domiciliares, não todo dia, quando dá e de acordo com a programação da unidade, saio na companhia das agentes e dos técnicos pra ver as famílias, conversar, ter mais vínculo, sabe? É o que mais... Faço palestras nas escolas, nas comunidades, faço curativos mais complexos e acompanho todos os da unidade... Certo?.. Acho que é isso(...)." (E₉)

"O trabalho do enfermeiro no PSF, pra mim, tem a parte assistencial, que a gente atende os programas, né, e a parte administrativa, além da comunidade que a gente também tem que trabalhar." (E₇).

"Eu acho que o enfermeiro no PSF deve fazer as palestras, fazer educação em saúde nas escolas, creches, como a gente faz em centros comunitários, reuniões de gestantes, DST/Aids, palestra com usuários de drogas, as consultas e alguns relatórios." (E₆)

[...] no meu trabalho como enfermeiro no dia-a-dia... eu deixo as manhã mais livres, pra mim estar acompanhando o ACS, na visita domiciliar, naquela puericultura, né? Aquele nenzinho que nasceu ali e que precisa daquela primeira orientação quanto a sua mamada, ou o asseio do corpo, aquela orientação toda que a gente faz no pré-natal e que a gente vê que o blá, blá, blá é muito mas na hora do vamos ver, esquece um pouquinho, então, é naquele momento que a gente tá ali na casa, ajudando naquela questão do aleitamento materno, da higiene, orientando. Faço o curativo do coto umbilical... e tem

também os idosos que a gente visita, pra orientar quanto à dieta... um monte de coisas, as consultas que a gente atende a criança, a gestante, pede exames.” (E₄)

“[...] Ah sim, também tem as reuniões do conselho gestor, que eu vou pra discutir com a comunidade o que podemos melhorar.” (E₉)

Essas diferentes dimensões do trabalho do enfermeiro são traduzidas, por alguns estudiosos, como correspondentes a processos de trabalho específicos e históricos da prática do enfermeiro/enfermagem, nomeados como: assistir ou cuidar; gerenciar; educar (LEOPARDI *et al.* 2001); e participar politicamente.

De fato, como evidenciado, essas faces do trabalho do enfermeiro aparecem nos depoimentos dos participantes deste estudo, constituindo o cotidiano de seu trabalho em ato, de forma articulada a outros trabalhos desenvolvidos pela equipe do PSF, incluindo atividades tanto de seu núcleo específico de competências como do campo que partilha com outros profissionais. Todas essas atividades são por eles valorizadas como constituintes do que é/deve ser o trabalho do enfermeiro nesse espaço de atenção.

Consideramos que esses quatro aspectos fazem parte de um mesmo processo de trabalho desse profissional, caracterizando-se como dimensões e especificidades que o compõem, vinculadas a uma mesma finalidade – no caso deste estudo, sobretudo à promoção da cura-prevenção.

Isso que apreendemos, correspondente ao que os entrevistados julgam como constituintes do trabalho do enfermeiro no PSF, também vêm sendo apontado por outros estudos.

Costa *et al.* (2000), em relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro no PSF em Sobradinho II (Distrito Federal), mencionam que o trabalho do enfermeiro desenvolve-se em dois campos essenciais: na unidade de saúde junto à equipe e na comunidade, listando as atividades a serem realizadas em cada campo e apontando como práticas realizadas por este profissional, visita domiciliar, consulta de enfermagem e atividades educativas.

Costa e Silva (2004) apontam que, com a Saúde da Família, as atividades realizadas pelos enfermeiros quanto à assistência, educação em enfermagem e ao gerenciamento dos serviços de saúde foram intensificadas.

Teixeira (2002), em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, verificou que o trabalho do enfermeiro na Saúde da Família não apresenta configuração

uniforme e que, apesar de estar em conformidade com o SUS, as ações de enfermagem/do enfermeiro diversificam-se, já que são concebidas a partir de um contexto local específico.

Em Cuiabá, localizamos, nas entrevistas realizadas, que os enfermeiros entendem como seu trabalho específico no PSF a consulta de enfermagem, a coleta de material para exame colpocitológico, além da supervisão e acompanhamento dos ACS e da equipe de enfermagem:

“As consultas de enfermagem são minhas, a coleta do preventivo só eu que faço. As primeiras consultas do pré-natal só se eu não estiver, se eu estiver de férias o médico é que faz, tem que fazer todo o cadastro das gestantes, sabe, a organização dos trabalhos também sou eu, que divido as funções e organizo a dinâmica da equipe (de enfermagem e dos ACS).” (E₂)

“No pré-natal, por exemplo, as gestantes de baixo risco, as primeiras consultas, já é determinado é só do enfermeiro...as crianças pra fazer CD, é só comigo, entendeu? Então, além do CD eu faço também a consulta dependendo da necessidade. O CCO também tá sendo só do enfermeiro, e... a supervisão, acompanhamento e orientação das visitas e dos programas que os ACS fazem também é só o enfermeiro que faz, além dos técnicos de enfermagem que a gente acompanha.” (E₃)

As ações do enfermeiro no PSF concentram-se, conforme pudemos apreender do conjunto das entrevistas, na esfera assistencial, através de consultas, de práticas de acolhimento, atividades educativas com grupos, e/ou realização de procedimentos, diferentemente da prática desses agentes na atenção básica tradicional, realizada em Centros de Saúde.

Em relação às ações educativas, entendidas neste estudo parte das ações assistenciais, enfermeiros consideram como importantes a realização de palestras e outras ações educativas para a prevenção de doenças, de uma perspectiva impositiva.

“Agora a gente precisa fazer a população entender melhor, através das palestras e ações educativas, que o PSF vem pra isso, pra gente tentar evitar que eles futuramente venham a adoecer.” (E₄)

“A dificuldade maior é essa, colocar na cabeça da população o que é o PSF, qual é o nosso objetivo, conscientizar o que é melhor pra saúde deles e eles aceitarem que o nosso trabalho é prevenir mesmo.” (E₇)

O educar é visto sobretudo pela perspectiva da “transformação das consciências”, de forma impositiva, preocupada com a alteração do jeito dos usuários de viverem a vida.

Essa perspectiva deve ser superada pela prática de produção de autonomização. Esta pressupõe a participação, o engajamento e a parceria entre profissionais de saúde e usuários, no momento de definição de responsabilidades entre os atores envolvidos no encaminhamento de qualquer projeto terapêutico (LIMA, 2006).

É necessário que enfermeiros (assim como toda a equipe do PSF) questionem suas posturas autoritárias, outorgadas pelo conhecimento oficial, em que o saber científico se sobrepõe ao saber popular, desconsiderando-se os diferentes conhecimentos envolvidos no encontro educativo.

Chauí (1982) chama atenção sobre esse aspecto, ao afirmar que o discurso dos trabalhadores de saúde é carregado do imaginário de que, como pessoas da ciência, eles sabem tudo, e que o saber popular ou não existe ou é de segunda categoria. Assim, o pensar consciente do educador sobre o seu trabalho deve rever e renovar a sua prática, criticando-a. Essa prática não pode estar voltada à dominação de um grupo social sobre outros, mas deve estimular a autonomia e responsabilização das pessoas.

Como já dito, os enfermeiros no PSF também realizam ações de gerenciamento da prática de enfermagem e do conjunto do trabalho coletivo. A primeira parece ser bem aceita por enfermeiros, mas a segunda gera tensões e conflitos que atravessam seu trabalho, envolvendo-os, com outros membros da equipe e com a gestão central. Para alguns participantes deste estudo, as atividades administrativas do PSF não são responsabilidade exclusiva do enfermeiro, mas estas lhes são impostas pela gestão central e provocam sobrecarga em seu trabalho:

“tem a parte burocrática, que acaba que ninguém gosta e fica para o enfermeiro, mas, não é que ela é só do enfermeiro, ela é de todos, mas quem tem que estar respondendo pela parte administrativa é a gente, e a secretaria te cobra essa função, acaba sobrando, acaba ficando atribuição do enfermeiro. E isso sobrecarrega muito o enfermeiro, e aí assim, alguma coisa que todos são capazes de ver, sempre acaba esperando ação do enfermeiro pra resolver.” (E₄)

“A parte toda burocrática fica para o enfermeiro, o médico fica de santinho, o resto todo da equipe fica de santinho se deu alguma coisa errada é culpa do enfermeiro... o enfermeiro do PSF sim tem que fazer a parte burocrática sim, mas não só ele, toda a equipe, e não responsabilizar o enfermeiro do PSF como se ele fosse um administrador de tudo, o gerente, nós

não temos gerente, somos uma equipe, eu tenho meus deveres tanto como o do médico, então tem todas aquelas atribuições sobre o que é do enfermeiro organizar, planejar o serviço da enfermagem, os atendimentos de enfermagem, por que a assistência de enfermagem é do enfermeiro, é esse o papel do enfermeiro.” (E₃)

“Porque na maior parte das vezes, a gente faz tudo sozinho, tem que fazer planejamento de ações é o enfermeiro tudo sozinho, se tem que fazer não sei o que é o enfermeiro sozinho, se tem uma reunião de planejamento na SMS é o enfermeiro que tem que ir, o médico nem vai, ele nem é convocado, quem é convocado é o enfermeiro, então é uma coisa que não tá muito dentro das diretrizes do PSF, o que é preconizado pelo ministério não é só o enfermeiro fazer, mas sim todos fazerem, participarem. Acumula função em cima do enfermeiro, a gente até esquece coisas que realmente devemos fazer, às vezes eu mesmo, deixo de realizar o que é meu para fazer coisas que outros da equipe poderiam fazer. Ou se não vc faz correndo, ainda tem que levar na secretária, por que até isso é função do enfermeiro.” (E₇)

Estudos têm evidenciado a tensão existente entre a prática de assistir e gerenciar de enfermeiros. Sobre isso, Almeida *et al* (1997) referem a contradição e tensões existentes no seu trabalho, face a maior proporção de atividades administrativas que realizam em detrimento das assistenciais, que consideram conferir identidade à profissão.

Isso não é, propriamente, o que ocorre no PSF em Cuiabá, pois, neste, as ações assistenciais são predominantes nas práticas dos enfermeiros; contudo, a divisão de tarefas de forma desigual é vista como um problema que interfere no resultado de seu trabalho, particularmente pela sobrecarga que provoca.

Em relação ao gerenciamento, a proposta colocada especificamente para os enfermeiros no PSF é a de genericamente organizar o espaço terapêutico, para que o cuidado se realize; isto, além de organizar, distribuir e controlar o trabalho da equipe de enfermagem e dos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

Já para toda a equipe de saúde, as responsabilidades com o gerenciamento abrangem: manter atualizado o cadastramento das famílias, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

Um aspecto que dificulta a articulação dos vários trabalhadores em torno dessa tarefa é a inexistência de um trabalho em equipe. Outro aspecto diz respeito ao fato de que não há no PSF, em Cuiabá, o cargo de gerência ou a figura do gerente. Na medida em que este não existe, e que não há também um agente responsável pelo gerenciamento local na organização do trabalho do PSF, a fragmentação e as hierarquias no trabalho existentes no PSF acabam por gerar as tensões e dificuldades mencionadas.

Assim, ao apontarem as dificuldades vivenciadas em seu trabalho em relação ao gerenciamento da unidade, os enfermeiros acabam por destacar a necessidade de articulação dos vários trabalhos, de divisão equitativa de tarefas e de superação de imposições existentes como condições importantes à realização de seu trabalho e do trabalho coletivo no PSF.

Em síntese, podemos dizer, diante dos elementos encontrados em torno dos vários aspectos que compõem o processo de trabalho do enfermeiro no PSF, que este possui um volume e um conteúdo de trabalho bastante denso, que o desafiam.

5.3.3 Trabalho do enfermeiro no PSF: produção de novas interações com os usuários

O PSF desafia o trabalho da enfermagem/do enfermeiro, no sentido da construção de uma prática assistencial e gerencial que seja coerente com a mudança do modelo assistencial pretendida, tanto em seu núcleo específico de competências quanto em relação ao que partilha com outros profissionais.

O enfermeiro no âmbito do PSF deve repensar e recriar a forma de cuidar e gerenciar o cuidado, considerando como unidades de ação em seu trabalho, além do indivíduo, as famílias e outros grupos de sua área de abrangência, projetando como finalidade a construção da atenção integral.

Nessa direção, identificamos que os enfermeiros projetam como parte das mudanças a serem construídas/em construção em seu trabalho no PSF a humanização, a sensibilidade, a escuta qualificada, o espaço para a conversa ou o acolhimento e vínculo, tomando o sujeito e a família como objetos de cuidado.

“[...] É aquele trabalho que deve ser humanizado, aquela busca da família, aquela conversa, a orientação, saber escutar a pessoa de verdade.” (E₄)

“A gente tem que mudar nossa forma antiga de trabalhar, a consulta de enfermagem. Assim, antes a gente só via a queixa, agora gente tem que ser mais sensível... sabe? Tem que ter mais vínculo, saber atender a família, tem que ter acolhimento.” (E₈)

“Uma coisa que nunca pode faltar no nosso trabalho é a humanização, o acolhimento, então eu faço assim, eu consulto as gestantes e as crianças, converso, escuto o que elas têm pra me dizer, procuro sempre acolher mesmo sabe.” (E₆)

Podemos considerar que a interação entre profissional e usuários é valorizada pelos enfermeiros entrevistados como parte das transformações que identificam com a construção de um novo modelo para a atenção básica.

A produção de interações efetivas entre trabalhador e usuário/família/coletividade tem sido continuamente afirmada como um novo modo de encaminhar as práticas no PSF, permitindo aos envolvidos construções conjuntas e inúmeras possibilidades de intervenção.

Interações efetivas entre usuários e trabalhadores de saúde propiciam a produção do cuidado e a satisfação de demandas e necessidades de saúde, em especial daqueles que necessitam da atenção de enfermagem/do enfermeiro.

No processo de trabalho em saúde, dentre as várias tecnologias utilizadas, as relações são denominadas de tecnologias leves (Merhy, 1997), operando certo modo de agir para produzir bens e produtos, os bens da relação (MATUMOTO, 1998), essenciais para o ato de cuidar em saúde e, em especial, no realizado pelo enfermeiro/enfermagem.

Um novo modelo de atenção requer que

[...] a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas (FRANCO; MERHY, 2003, p.103).

Teixeira (2000) é um dos autores que trabalham com a abordagem do acolhimento enquanto um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. Esse autor propõe a adoção do termo acolhimento-diálogo para definir um tipo especial de conversa que se dá (ou deveria se dar) no interior dos serviços de saúde e que ele considera como “uma espécie de mola mestra lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom

desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde” (TEIXEIRA, 2002, p.99).

Conforme Teixeira (2003), o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Esse entendimento aproxima-se do que Silva Jr. e Mascarenhas (2004) denominam de acolhimento como postura, que pressupõe uma atitude de equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação do mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, estruturada enquanto “relação de ajuda”.

Existe ainda outra possibilidade de entendimento do acolhimento que Franco *et al.* (2003) definem como a possibilidade de olhar para o processo de produção da relação entre usuário e serviço por intermédio da questão da acessibilidade, das ações de recepção dos usuários no serviço de saúde. Nesse sentido, o acolhimento aparece como uma etapa do processo, “um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários”.

Os objetivos do acolhimento seriam assim: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho.

De acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004), o acolhimento, entendido como reformulador do processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários com os trabalhadores, rearticulando o serviço em torno delas.

Nesse sentido, o enfermeiro deve estabelecer formas de trabalhar que potencializem o processo terapêutico através da ampliação da qualidade relacional e da reorganização do processo de trabalho a partir de necessidades e prioridades dos usuários (CAMPOS, 2006)

O acolhimento introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e/ou no controle das morbi-mortalidades.

Como vimos anteriormente, os enfermeiros julgam que o trabalho no PSF deve perceber o indivíduo em sua integralidade, deve identificar as reais necessidades dos usuários, propiciando a continuidade da assistência.

Para isso, é importante que ocorra uma aproximação entre usuários dos serviços e trabalhadores de saúde. Segundo Franco e Merhy (2003), essa aproximação se dará em um espaço intercessor do trabalho em saúde sustentado na tecnologia das relações. Estas são definidas como tecnologias que se configuram em processo de interação, envolvendo o vínculo, a escuta, a intersubjetividade e humanização, dentre outros processos (MERHY, 1997).

Hoje, em vários países, “o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referências nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde”. (FRANCO E MERHY, 2003, p.102)

Nesta direção, apontamos que o PSF adota a diretriz de vínculo, mas Franco e Merhy (2003) dizem que enquanto o modelo de atenção não for “usuário-centrado”, apenas a modificação na estrutura não irá garantir que

A relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas. (FRANCO; MERHY, 2003, p.103)

Teixeira, Mishima e Pereira (2000), em estudo sobre o trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde, referem que estes trabalhadores apontam que, para que haja o estabelecimento das relações de vínculo, é importante a confiança necessária, e que esta ocorre muitas vezes depois do “reconhecimento do profissional como sendo aquele indivíduo responsável pelo seu tratamento, passando a tê-lo como uma referência. É aquele que vai cuidar da saúde, que se preocupa, se responsabiliza pela atenção do outro.” (TEIXEIRA E MISHIMA, 2000, p.202)

Para os enfermeiros entrevistados, o PSF é percebido como uma nova forma de efetivar a atenção à saúde baseada na construção de vínculo e responsabilização com a população atendida, na medida em que se disponibiliza para a população, cria laços com ela, e a acolhe em seus sofrimentos:

“Porque o PSF é essa responsabilização, que faz com que o usuário crie um vínculo de respeito de consideração pelo profissional, por que na verdade a gente tá aqui oito horas e são oito horas disponibilizadas a essa população.” (E₃)

“Hoje eu vejo o paciente como um todo, como um ser inserido numa comunidade, que nós estamos aqui..eu to responsável por aquela família, não que lá eu não era responsável, mas aqui a gente cria vínculo...assim..é muito diferente, muito.” (E₁)

“Aqui no PSF as pacientes estão acostumadas comigo e eu vejo nelas dificuldades que vivencio ou vivenciei em minha vida que na nossa troca de experiências contribui para nós duas, cria vínculo entre a gente...eu tenho um exemplo pra te dar: um dia, uma moça chegou aqui no PSF e me parou no corredor e me abraçou chorando muito, eu fiquei sem reação, fiquei parada, ela mal conseguia falar. Então, trouxe ela pra minha sala e comecei a conversar, ela me disse que só eu poderia ajudá-la naquele momento...eu pensei: “ Meu Deus! O que eu vou dizer? É muita responsabilidade, viu. Aí ela foi me falando que ela estava desmamando a criança e que isso estava sendo muito difícil pra ela, ver a criança chorando, sabe? O seio dela endurecido e doloroso, a família na cabeça dela...e de repente ela se lembrou de mim como a única pessoa que podia ajudá-la... isso é a responsabilidade do profissional da família sabe? É isso, o vínculo, o acolher, as coisas importantes que a gente tenta fazer pra promover e prevenir, essa troca é muito boa. ” (E₇)

Enfermeiros entrevistados expressam que, no seu cotidiano, buscam desenvolver uma visão ampliada das necessidades de saúde, escutando tanto os usuários quanto as suas famílias, estabelecendo, assim, um elo com estes e uma coresponsabilização frente a seus problemas.

O PSF, além de produzir vínculos que favorecem a aproximação de necessidades, produz responsabilização ou comprometimento, com respostas a necessidades enfrentadas pelos usuários:

“[...] eu mesmo fui atrás do material na SMS, me responsabilizei pelo problema dele, sabe, fiz um processo de solicitação com Dersane, porque a gente não tem o Dersane esterilizado... aí eu fui atrás da secretaria... teve um envolvimento de toda a secretaria, com secretário, coordenadoria, almoxarifado, com ouvidoria do SUS, pra que me liberassem... se eu fosse ficar quieta como os outros no não tem acabou, mas não, eu fui atrás do direito do cliente, do paciente...eu fiz todo o processo e consegui caixas de soro....esse aqui é só para o curativo, mas se tiver outro caso pode até usar, eu libero..o Dersane é só pra ele, a gaze só pra ele, a luva estéril só pra ele...eu me responsabilizei...antes o paciente vinha de carro, maior dificuldade para conseguir carro aqui, por causa da carência dele...e agora ta um sucesso por que o homem ta vindo à pé.”(E₁)

Identificamos, através dos depoimentos, que enfermeiros expressam uma visão positiva em relação ao componente de interação com a comunidade e seus membros, considerando importante, em seus processos de trabalhos, o uso de tecnologias leves, vistas como diferenciais do trabalho no PSF em relação a outros trabalhos da saúde.

Essas compreensões são importantes, pois indicam construções diferenciadas acerca das relações entre usuários e trabalhadores de saúde, para a produção de cuidados e a satisfação ou não das demandas e necessidades dos usuários.

5.3.4 Trabalho do enfermeiro no PSF: trabalhadores comprometidos e preparados

Os enfermeiros participantes deste estudo concebem que a qualidade de seu trabalho no PSF requer “gostar do que faz”, “ter compromisso” e “receber capacitações” para atuar no PSF:

“Primeiro a gente tem que gostar do que a gente faz é de suma importância, segundo você tem que receber as capacitações adequadas para trabalhar. Todo o profissional quando vai trabalhar em determinado local ele tem que ter as capacitações, não ser jogado no local e nem saber como desenvolver as atividades ali.” (E₁₀)

“O profissional tem que ter compromisso, o profissional, tem que gostar daquilo que ele faz pra desenvolver o trabalho dele com qualidade, pra isso não adianta eu me matar de capacitar se não tem compromisso, é lógico que é bem vindo, a sua capacitação, o seu auto-conhecimento, estar sempre estudando, estar sempre aprimorando seus conhecimentos, e não ficar parado esperando cair do céu vc tem que correr atrás também.” (E₅)

Essas falas revelam uma preocupação com a aquisição de conhecimentos necessários para a realização de suas atividades, que, certamente, deve relacionar-se a mudanças pretendidas nos processos de trabalho, como afirma Alves (2004, p.42),

Há uma necessidade emergente de estimular-se a criação de espaços de escuta e de reflexão sobre o cotidiano dos trabalhadores da saúde, pois de nada adianta a realização de cursos e encontros de qualificação se não forem reservados espaços para olhar, escutar, refletir e reconstruir uma nova forma de trabalhar, na qual os conteúdos teóricos possam subsidiar a prática diária. Articular a teoria

com a prática é a melhor forma de criar condições para que habilidades e atitudes sejam discutidas e modificadas com vista à qualificação do processo de trabalho.

Todos os entrevistados desta pesquisa referiram ter participado de “capacitações” referentes à Estratégia Saúde da Família, sobretudo relacionadas às ações estratégicas, reconhecidas como positivas para seu trabalho.

Enfermeiros devem ter acesso contínuo à educação.

“Eu penso que através das ações de educação continuada, tem que estar atualizando, tem que estar trocando experiências e às vezes a gente tem muita dificuldade nisso, por que a SMS não consegue fazer isso, eles não conseguem assim.. (...) a grande dificuldade desses cinco anos que eu estou e que eu ainda não vi é assim...a junção de uma equipe técnica de nível central, fazendo um elo uma ligação direta com os enfermeiros das unidades, pra estar melhorando a qualidade da assistência em todos os programas através das capacitações.” (E₃)

“Precisava estar mais se reciclando, precisava estar mais avaliando o que a gente faz... as condutas do enfermeiro no dia a dia, e a gente precisava ter evoluído mais pelo tempo que a gente tem de PSF aqui em Cuiabá... já tem quase 10 anos..eu to apenas com cinco..mas, eu sinto a necessidade de melhorar na qualidade assistencial técnica do enfermeiro...por que a gente fica buscando muito a gente sozinho..não sabe como que o outro ta fazendo aqui do meu lado e que talvez pudesse estar me enriquecendo e o meu enriquecendo ele.. então quem teria que estar fazendo isso era a secretaria, era a coordenadoria, através de uma equipe técnica que pudesse pensar em como todos poderiam caminhar no mesmo nível, proporcionando momentos de educação permanente.”(E₆)

“Eu acho que precisa muito ter... não sei o nome pra isso , mas um seminário sabe, ou uma mostra ,não sei, acho que poderia existir um trabalho com não só Cuiabá mas, o Estado estar assumindo isso com parecerias entre as universidades em pelo menos uma vez por ano a gente poder mostrar, realizar um troca de experiências nos PSF (...).”(E₅)

Esta é uma prática a ser especialmente conduzida pela gestão, que deve dar suporte às equipes, para que possam dar qualidade ao seu trabalho cotidiano, ao que se acresce a importância das parcerias.

O Ministério da Saúde, através da PNAB (BRASIL, 2006) aponta que esta tem como um de seus fundamentos a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e

capacitação. Inclusive estabelece, como atribuição das demais esferas gestoras, que sejam estabelecidas diretrizes e que se disponibilizem instrumentos técnicos e pedagógicos que propiciem a capacitação e educação permanente dos profissionais da atenção básica (BRASIL, 2006b). Neste documento, afirma-se que a educação permanente dos profissionais da atenção básica é de responsabilidade conjunta da Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, e que os conteúdos mínimos devem priorizar as áreas estratégicas dessa atenção.

Ao longo dos anos, têm sido observados vários problemas educativos nas práticas dos serviços de saúde. Souza *et al.* (1991, 247) destacam que os mais evidentes são “a formulação de programas educativos desvinculados da prática concreta, a inserção casuísta dos trabalhadores, a fragilidade de elementos de infra-estrutura dos serviços e a utilização de metodologias tradicionais”.

Esses autores acreditam que capacitações desvinculadas dos problemas concretos, além de não serem efetivas, oneram o sistema e dificultam a resolução dos seus problemas. Além disso, consideram que a utilização de metodologias tradicionais, de caráter transmissor, não tem garantido o questionamento e a crítica do trabalho. O caráter normativo do ensino, construído a partir da prescrição de normas de conduta, reforça estereótipos de comportamento e não faz avançar a qualidade dos serviços de saúde nem a relação dos trabalhadores da saúde com os usuários.

De certo modo, essa aproximação com o mundo da prática é valorizada entre enfermeiros:

“Eu acho que precisa muito ter... não sei o nome pra isso, mas um seminário sabe, ou uma mostra, não sei, acho que poderia existir um trabalho com não só Cuiabá mas, o Estado estar assumindo isso com parecerias entre as universidades em pelo menos uma vez por ano a gente poder mostrar, realizar um troca de experiências nos PSF, sabe, eu ver como é o seu trabalho vc ver o meu a gente conversar, e muitas vezes a gente sair da nossa realidade e ver como funciona a realidade do outro colega, eu acho que isso vem muito a contribuir com mudanças a ajudar a gente reavaliar o nosso trabalho.”(E₅)

Enfermeiros entendem que a participação nas discussões teóricas e na troca de experiência entre os demais profissionais é importante para mudanças no cotidiano do trabalho.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) vem questionando a forma como as práticas educativas têm sido desenvolvidas, uma vez que são trabalhadas de forma acrítica e fragmentada, centradas na doença e no doente e no modelo

microbiológico. Essas práticas têm utilizado as metodologias tradicionais da educação, que, via de regra, não dão espaço para a reflexão e fragilizam e coíbem a participação social.

A análise dessas falas revela como um dos desafios do PSF o desenvolvimento de ações de educação permanente para a reflexão do cotidiano do trabalho, com participação de toda a equipe de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde desde 1998, vem buscando formas de promover a capacitação para a atuação em saúde da família, mediante: Pólos de capacitação em Saúde da Família, cursos de especialização em Saúde da Família, criação das residências multiprofissionais em Saúde da família. Assim, efetivou como uma nova criação para o SUS os “Pólos de Educação Permanente” a ser efetivado mediante colegiado de gestão. Esses Pólos se configuraram em estratégia para a reconstrução das práticas de formação, atenção, gestão e controle social (BRASIL, 2004c).

Os pólos de educação permanente são instâncias de articulação que tem por intenção empreender um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, propondo agregação entre o desenvolvimento individual e o institucional, com vista à implementação dos princípios do SUS. Para a sua constituição são considerados, como atores fundamentais, os gestores de saúde estaduais e municipais, as universidades, escolas técnicas, hospitais de ensino, estudantes na área da saúde; conselhos estaduais e municipais de saúde e os movimentos ligados à gestão das políticas públicas. Essas instâncias devem ser constituídas nos espaços locais, regionais e estaduais, com autonomia para pensar e executar a formação profissional, o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros inter-setoriais. Entre as prioridades do processo da educação permanente estão as equipes que atuam na atenção básica/PSF.

Contraopondo-se à educação tradicional e seus pacotes programáticos e pontuais, a educação permanente, ao referenciar as necessidades locais, deve ser um recurso estratégico que possibilita debater e implementar a ação mais adequada, em relação ao conteúdo, à forma, metodologia e responsabilidades, de forma a garantir maior impacto na atuação (FREITAS, 2008).

Germano *et al.* (2005), ao estudarem a educação permanente no PSF em Natal-R.N., evidenciaram, pela fala da maioria dos profissionais, que as capacitações têm trazido contribuições para mudanças na prática, porém nem sempre vem sendo possível efetivá-las, em decorrência da interferência de outros fatores. Entre os mais citados, estão as condições de trabalho e a infra-estrutura deficiente dos serviços. Neste estudo, estes autores identificaram que os profissionais de nível

superior (médico, enfermeiro e dentista) apontavam, como principais estratégias de capacitação adotadas pela unidade e pela SMS, as reuniões periódicas de equipes para avaliação e planejamento, destacando-as como momento de aprendizagem e construção coletiva. Acrescentaram, ainda, a participação em cursos de atualização, bem como em seminários/oficinas sobre temas diversificados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender como os enfermeiros que atuam no PSF em Cuiabá, copartícipes do processo de configuração de um novo modo de atuar na atenção básica, apropriam-se do que está sendo proposto para o PSF e de que forma identificam e articulam essas propostas ao seu específico trabalho e ao trabalho da equipe local de saúde.

Nesse sentido, evidenciamos que os enfermeiros participantes deste estudo concebem a Estratégias Saúde da Família vinculado-a a idéia do “novo”. Os sentidos a ela atribuídos passam pela interpretação de que esta deve contemplar inovações relacionadas aos processos de trabalho locais de toda a equipe, em outros níveis assistenciais, no âmbito da gestão central e nas relações que se estabelecem no PSF, entre os profissionais e destes com a gestão central e com os usuários.

Encontramos nesta pesquisa a expressão de elementos contraditórios em torno do que deve ser o PSF e acerca da forma como este vem se efetivando, que ora se aproximam do modelo biomédico predominante em saúde, ora deste se distanciam sintonizando-se com eixos de mudanças em discussão e/ou propostos para a atenção básica.

De forma geral, os enfermeiros concebem essa estratégia como um modelo que deve avançar e/ou que vem avançando na direção da produção da prevenção em saúde, para o que consideram centrais as tecnologias das ações estratégicas e da territorialização. A valorização das ações estratégicas manifesta-se em contraponto à responsabilidade do PSF com ações curativas e com ações planejadas e executadas a partir do reconhecimento sistemático das condições locais de saúde, que extrapole o contato com hipertensos, diabéticos, gestantes, hansenianos, entre outros grupos privilegiados através das ações estratégicas. Embora a territorialização seja apontada em seu potencial inovador de comprometimento do PSF com as necessidades de saúde das famílias locais. Outro contraponto identificado diz respeito ao destaque dado à prevenção comumente desacompanhado da vinculação do PSF à promoção da saúde, mediante ações voltadas á produção de qualidade de vida e da prática intersetorial.

Os enfermeiros entrevistados consideram que no PSF não só os usuários que buscam individualmente cuidados em suas unidades devem ser objetos-sujeitos de sua atenção, mas que esta deve se estender às famílias em seus espaços

de vida, mediada pelo vínculo e por uma aproximação e reconhecimento de suas várias necessidades em saúde e características. Ou seja, reconhecem que o PSF se compromete ou deve se comprometer com os moradores dos territórios pelos quais são responsáveis e com suas necessidades de saúde, embora isto seja considerado de difícil execução e não evidenciem práticas de cuidado a famílias que extrapolem cuidados individuais e clínico-educativos aos seus membros realizados no espaço dos domicílios.

Existe um grande desafio para a Estratégia Saúde da Família, no que diz respeito em articular práticas que permita aos usuários e profissionais, o conhecimento dos aspectos que condicionam e determinam formas de se organizar o trabalho nas USF, lançando mão de recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação e a partir daí estabelecer ações que favoreçam apreender as necessidades locais.

Para os participantes deste estudo, a compreensão do PSF como nova estratégia possui certa complexidade. Nesta, estão implicadas novas finalidades e objetos de trabalho mais abrangentes (como a promoção à saúde) e novas tecnologias que apontem para a aproximação da realidade local, para necessidade do trabalho coletivo e o seu gerenciamento. Essa complexidade apontada na fala dos participantes, ainda remete a necessidade de novos sujeitos implicados com o seu fazer, o que se traduz como a necessidade de novas formas de gestão e a ampliação do olhar para o PSF como parte integrante da rede de saúde e não descolada desta.

Nesse sentido, este estudo nos leva a considerar que o PSF é parte de uma rede de serviços de saúde, que deve ser efetiva, que deve atuar não só junto ao indivíduo, mas, também à sua família e à população territorializada, garantindo a integralidade da atenção.

Leva-nos a considerar, ainda, que a gerência do cuidado e da unidade encontra-se em um contexto complexo, instigante, dialético e repleto de diversidades. Mesmo que tenhamos levantado estas reflexões, focalizando separadamente a gerência da assistência com a gerência do serviço, evidenciamos nas análises que ambas encontram-se integradas onde muitas vezes uma está contida na outra.

Com relação ao seu específico trabalho, o enfermeiro o valoriza em três grandes dimensões: o cuidar, o gerenciar e o educar. Este fazer específico é organizado com base em ações estratégicas, compreendendo estas, como essenciais para a organização de seu trabalho no cotidiano. O enfermeiro participa em suas ações estratégicas através do acolhimento, da consulta de enfermagem, da visita domiciliar, das atividades educativas voltadas à grupos específicos.

Ainda em nossos achados, encontramos que os enfermeiros concebem como essencial para o seu específico trabalho, o atendimento integral ao indivíduo, família e comunidade, através da escuta qualificada, da humanização e do acolhimento.

Verificamos que o trabalho projetado para o PSF, da equipe e especificamente do enfermeiro, é atravessado pelo trabalho real, vivido cotidianamente pelos enfermeiros, uma vez que este exige que se dê conta de uma realidade complexa, repleta de situações muitas vezes não previstas ou prescritas, que demandam mais do que novas referências, que requer construção/reconstrução interna e externa ao PSF, que passam por investimentos contínuos na produção de novos sujeitos, na estrutura de trabalho, e na articulação dos processos de cuidar e gerenciar.

Nesse sentido, a aproximação reflexiva entre o trabalho projetado e o cotidiano é um caminho necessário para melhorar a prática, para aproximação do que se projeta como um novo modelo para a atenção básica, requerendo tanto dos enfermeiros como de outros profissionais que tenham acesso às novas proposições, que sejam instrumentalizados para a sua abordagem crítica, para que as tomem como uma referência para a construção/reconstrução cotidiana do trabalho.

O material empírico deste estudo demonstrou que o trabalho do enfermeiro no PSF vivencia um momento de transição, o que sugere a necessidade de se valorizar a produção de processos crítico-reflexivos sistemáticos sobre a prática desses trabalhadores e de toda a equipe de saúde nesse contexto, tendo em vista o investimento na produção de uma nova subjetividade e na apropriação de novos instrumentos coerentes com os eixos de mudanças propostos para os processos de trabalho locais.

É importante valorizar a subjetividade do trabalhador enfermeiro, assim como dos demais integrantes da equipe de saúde do PSF, bem como a geração de condições de trabalho coerentes.

Pelo que evidenciamos nas falas dos enfermeiros a subjetividade do trabalhador é pouco valorizada ou não é valorizada.

O PSF apóia-se em novos princípios, valores, modos de pensar a prática, que redirecionam o cuidado humano para além do biológico, elementos esses que perpassam conhecimentos, práticas e inter-relações entre trabalhadores, gestores e entre estes e os usuários, em uma realidade concreta.

No que diz respeito a condições de trabalho, enfermeiros referem-se a uma sobrecarga de trabalho que precisa ser considerada, analisada e enfrentada, uma vez que estes têm que corresponder à demanda de consultas, ao trabalho

domiciliar e coletivo no território, ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, e a atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento da unidade. Essa diversidade de responsabilidades, embora gere a produção de alternativas importantes à organização do trabalho, como a criação de protocolos, produz inúmeras tensões na equipe e para os enfermeiros e vazios em torno de práticas fundamentais a mudanças nas práticas da atenção básica.

As transformações do processo de trabalho no PSF demandam um de um movimento de articulação entre a produção do cuidado em saúde, a participação social e a gestão de serviços na direção de uma lógica da integralidade da assistência. Nesse sentido, é imprescindível o desenvolvimento de ferramentas que possam dar sustentação ao novo trabalho, que possam levar à reflexão sobre outras formas de encaminhá-lo, que aproxime gestores, trabalhadores e usuários, favorecendo os processos de participação e co-responsabilização, possibilitando escutas qualificadas entre esses diversos agentes.

Uma ferramenta essencial para mudar o processo de trabalho com certeza é o trabalho integrado e articulado da equipe multiprofissional, incluindo a participação dos gestores e usuários. O trabalho em equipe facilita a apropriação dos objetos de trabalho no PSF, permite que os gestores e trabalhadores direcionem seu trabalho para pessoas e suas necessidades, e não para procedimentos em si permite ainda, a superação de tensões, a canalização de esforços para objetivos comuns e a potencialização das forças existentes.

Por fim, cabe destacar que não podemos considerar encerrada uma discussão como a que levantamos ao longo deste trabalho, pois isto desfiguraria o caráter dinâmico das idéias apresentadas e a necessidade de abordar os processos de trabalho no PSF a partir de outros ângulos de análise. Entendemos que a elaboração teórica construída ao longo deste estudo revelou-nos a necessidade de empreender novos esforços nos sentido de aprofundar a reflexão e de ampliar a discussão, cada vez mais, acerca do tema aqui tratado.

Assim, outros estudos que aprofundem as questões referentes ao processo de trabalho no PSF e do enfermeiro neste âmbito precisam ser feitos. O PSF é hoje uma realidade que necessita ser explorada, conhecida e avaliada, pois, concordamos com Favoreto (2002, p. 109), quando diz que “este modelo (PSF) pode trazer, em seu bojo, oportunidades ímpares para o desenvolvimento destas mudanças no cuidado individual e na prática clínica.”

7 BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Maria C.P. de; ROCHA, Semiramis M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

AYRES, José R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n.14, p.73-92, set. 2003.

ALMEIDA, Maria C.P.; MISHIMA, Silvana M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p.150-3, 2001.

AGUIAR, Dayse Santos. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma**. Rio de Janeiro, 1998. Dissertação. (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

ARAÚJO, Marize B. S.; ROCHA, Paulo M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

ARAÚJO, Maria F. S. O enfermeiro no programa saúde da família. **Teor. Pesqui.**, n.40-41, p.57-71, 2002.

ARAÚJO NETTO, L. F. S.; RAMOS, F. R. S. Para compreender a identidade do enfermeiro: situando o objeto na produção científica da enfermagem. **Rev. Bras. de Enf.**, Brasília, DF, v. 55, n.5, p. 580-5, set. 2002.

ASSIS, Marluce M. A. et al. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p.58-66, set. 1996.

AZEVEDO, Ana L. M. **Acesso à atenção à Saúde no SUS: O PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. 177 f. Dissertação (Mestrado) -. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

ALVES, Gehysa G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa-ação como estratégia educativa. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, jan./jun., 2004.

BARBOSA, Maria A. R. S; TEIXEIRA, N. Z.F.; PEREIRA, W. R. Dialogue between nurses and mothers during the mother-child binomial consultantion. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.20, n.2, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARBOSA, Simone de P. **Permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga – MG**. 2008. 238 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

BENITO-VÉLEZ, Gladys Amélia; BECKER, Luciana Corrêa. Atitudes gerenciais do enfermeiro no programa saúde da família: visão da equipe saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 3, jun., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2008.]

[BECKER, Daniel](#) et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1534/GM, de 27 de fevereiro de 2002; **Norma operacional da Assistência à saúde** (NOAS 01/2001), Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do PSF em 10 grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. In: ESCOREL, Sara (Coord.). Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373/GM, de 04 de setembro de 2001; **Norma operacional da Assistência à saúde** (NOAS 01/2002), Brasília, DF, 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária. **CONASS – Documenta**, Brasília, DF, n. 2, abr., 2004.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária. **CONNAS-Documenta**, Brasília, DF, n. 7, dez., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 23 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga Pacto pela Saúde**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Básica/ Saúde da Família. Legislação**. Brasília, DF, 1994/ 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 25 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios 2º seminário de gestão participativa;

Cadernos Metropolitanos: Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, vol. II, Brasília, DF, 2004(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004(b).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. **EducarSUS:** notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Brasília, DF.

BARBOSA, Simone P. **Permanência dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Ipatinga – MG.** 2008. 238 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2008.

BENIGNA, Maria J. C.; NASCIMENTO, Wezila G.; MARTINS, João L. Pré-natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **COGITARE Enf.**, v. 9, n.2, p. 23-21, 2004.

[BENITO - VÉLEZ, Gladys A.](#) et. al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 635-640. 2005. ISSN 0034-7167.

BUSS PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERINA D; FREITAS, C.M. (Org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1998.

CAMPOS, Gastão W. S: Clínica e Saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, Gastão W.S. et al.(Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2006(c). p. 53-92.

CAMPOS, Gastão .W.S.; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Jan/mar, 1997.

CAMPOS, Gastão. W. S.Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: L. C. O. Cecílio (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, Gastão. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec,1992.

CECÍLIO, Luis C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Os Sentidos da Integralidade:** na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CAMPOS, Gastão W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Gastão.W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2000.

CECÍLIO, Luis. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 151-167.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p.113-126.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA, Maria Iracema Tabosa. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm.**, v.12, n.3, set/dez, 2004. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttxt&pid=S0104-35522004000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2009. ISSN 0104-3552.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. esp., p.143-7, fev. 2000.

CHIESA, Anna M.; FRACOLLI, Lislaine A. O trabalho dos agentes de saúde comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial naperspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano v, n.7, p. 42-49, jan. 2003.

COSTA, A. R. C., R.N. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família em Sobradinho II. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, p. 127-30, dez. 2000.

COSTA, A.R.C et al. Atuação do Enfermeiro no PSF em Sobradinho II. **Rev Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, dez. 2000.

COSTA, A. R. C., R.N. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família em Sobradinho II. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, p. 127-30, dez. 2000.

COSTA, A.R.C et al. Atuação do Enfermeiro no PSF em Sobradinho II. **Rev Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, dez. 2000.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba, **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, p. 149-152, dez. 2000.

CUIABÁ. Câmara Municipal. Lei 3.262 de 11 de janeiro de 1994. Regulamenta o art. 74 da Lei Orgânica do município e dá outras providências. **Gazeta Municipal [da] Prefeitura Municipal de Cuiabá**, Cuiabá, n. 184, 17 jan. 2006.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Estimativa populacional do município de Cuiabá**. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Planejamento, 2008.

CUNHA, Gustavo T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHIESA Anna M.; FRACOLLI E A; SOUSA M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Rev. Bras Saúde Fam.**, 2004.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr.2009.

CZARINA, Dina; FREITAS, Carlos. M. de (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DANTAS, R. A.; PAGLIUCA, L. M. F., CARDOSO, M. V. L. A saúde Ocular de Crianças e Adolescentes de Grupo de Risco. Esc. Anna Nery. **Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.85-92, abr. 2001.

DUARTE JUNIOR, Sebastião Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, v.10, n. 1, p.121-125, 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2009. ISSN 1414-8145.

EGRY, Emiko Y Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 34, n.3, p. 233-9, 2000.

SCOREL, Sara M. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Facchini Luis A..et al. **Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf)**. Pelotas: UFPel; 2006.

FAVORETO, César A. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 205- 219.

FERREIRA, A. M.R. **Hanseníase: representações sociais de enfermeiros do PSF do município de Belém**. 2003. 120f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, 2003.

FORTUNA, Cinira M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.81, p. 272-81, mar. 2002.

FRACOLLI, Lisleine A.; ZOBOLLI, Elma L. C.: Descrição e análise do acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-151, jun., 2004.

FRANCO, B. Túlio; MAGALHÃES JÚNIOR, M. Helvério. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003;

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança no modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe – bebê – família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FREITAS, Maria L. A. **Referências de qualidade relativas ao Programa Saúde da Família: um estudo em documentos da política de saúde nacional**. Cuiabá, 2008, 231 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

GERMANO, Raimunda M. et al. **Capacitação das equipes de PSF: Desvendando uma realidade**. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Capacitacao%20das%20equipes%20do%20PSF%20para%20publicacao%20no%20site.pdf> Acesso em: 29 dez. 2008.

GUEDES JUNIOR, Robeto; GUIMARÃES, Sueni Gomes. O tripé da assistência do enfermeiro de PSF ao portador de transtorno mental: equipe, família e comunidade. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, v. 2, n. 1 p. 181-194, 2007.

Gil, Célia. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cader. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p.1171-81, jun. 2006.

GOMES, R., 1994. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

HENRIQUE, Flávia.; CALVO, Maria C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, v.4, p.809-819, abr. 2008.

KURCGANT, Paulina.; CIAMPONE, Maria H.T. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.2, p.161- 4, mar/abr.; 2005.

KAKEHASHI, Tereza Y; SILVA, Conceição V. O cuidar da criança e da família: das

reflexões teóricas à sua aplicação na prática profissional do cotidiano. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.1, p.15-20, jan./jun. 2001.

LAZZAROTTO, Elizabeth M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Florianópolis. Dissertação (Mestrado) -. Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LEITE, J. C. A.; MAIA C. C. A.; SENA, R. R. Acolhimento: perspectiva de reorientação da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. de Enfer.**, Brasília, DF, v.52, n. 2, p.161-68, dez.1999.

LEITE, Juliana C. A. **O trabalho da enfermeira na equipe de saúde da família: em busca da interdisciplinaridade**. Belo Horizonte, 2001. 234 f Dissertação (Mestrado).- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

LEOPARDI, Maria T.; GELBCKE, Francine L.; RAMOS, Flávia.R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem?. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n.1, p. 32-49, abr. 2001.

LEOPARDI, Maria T. (Org.) Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. In: PIRES, D. A. **Estrutura objetiva do trabalho em saúde**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LIMA, Maria A. D. et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. **Rev. Bras. de Enferm.**,v. 53, n.3, p.343-54, dez, 2000.

LIMA, Maria A. D. da S.; ALMEIDA, Maria C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.86-101, 1999.

LIMA, Maria A. D. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1998.

LIMA, Viviane A. **O processo de trabalho da enfermagem na atenção primária**. Campinas, 2004. 285 f. Tese. (Doutorado) - Escola de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

MANDU, Edir N. T. **Saúde no olhar de mulheres: afirmação e negação do saber e prática dominantes no campo médico**. 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola Enfermagem, USP, 1995.

MANDU, Edir. N. T.; ALMEIDA, Maria C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. de Enfer.**, Brasília, DF, v. 52, n.1, p. 54-66, Brasília, DF, 1999.

MANDU, Edir N. T. **Dimensões político-éticas na atenção básica à saúde sexual e reprodutiva em Cuiabá**. Ribeirão Preto, 2002, 289 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MARX, Karl **O capital**: crítica da economia política. Livro 1 - O processo de produção do capital. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

MARQUES, D. **A trajetória do Programa Saúde da Família em Campinas e a contribuição da enfermagem**. Dissertação. (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MARCON, Sonia S.; LOPES, Mislaine C. L.; LOPES, Mariana B. . Facilities and difficulties observed by nurses in assisting families. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, p. 22, 2008.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, S. M.; PINTO, I.C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2001.

MATUMOTO, Silvia; **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de saúde. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2002.

MENDES, Eugenio. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, Eugenio.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.233-300.

MERHY, Emerson E. Em busca de da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MERHY, Emerson E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. IN: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica, e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p.177-184, 1993.

MERHY, Emerson E. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

MOURA, Escolástica R. F.; RODRIGUES, Maria do Socorro P.; SILVA, Raimunda M. Perfil das enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família em uma microregião do Ceará, Brasil. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 49-56, 2003.

MISHIMA, Silvia. M. et al. **Trabalhadores de saúde**: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 137-56.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo, 1992.

MISHIMA, Silvana M. et. al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida M.C.P.; Rocha S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-296.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

NASCIMENTO, Elisabet P. L. **As enfermeiras e suas práticas na rede básica de saúde de Campinas nas décadas de 70 e 80**. Campinas, 2002. Dissertação. (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas.

NASCIMENTO, Maristella S.; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 2, p. 333-345, 2005,. ISSN 1413-8123.

NASCIMENTO, Adair A. M.; BRAGA, Violante A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de caucaia-ce. **Rev.Cogitare Enfermagem**, v.9, n1, p.84-93, 2004.

NERY, Sonia R. O acolhimento no cotidiano dos profissionais das unidades de saúde da família em Londrina - PR. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.

NERY, Sonia Regina et. al. Desafios na mudança de modelo de atenção em uma cidade de grande porte a partir da Estratégia da Família. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 5, 2003, Londrina. **Anais do V Congresso Nacional da rede Unida**, 2003. v. 1. p. 173-173.

ROUQUAYROL, Maria Z., FILHO NAOMA, A. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

ROCHA, Décio; DAHER, Mário D. C.; SANT'ANNA, Vera L .A. **Pesquisa acadêmica**: reflexões numa perspectiva discursiva. Disponível em: <<http://cpd1.ufmt.br/meel/arquivos/artigos/24.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2008.

ROSA, Walisete A. G., LABATE, Renata C. **Programa Saúde da Família**: a construção de um novo modelo de assistência. v.13, n.6, p.1027-34, nov./dez. 2005.

[REIS, Marcos Aurélio Seixas dos](#) et. al. **A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família**: desafios para a mudança das práticas, v. 11, n. 23, p. 655-666. 2007. ISSN 1414-3283.

REIS, Valéria M. **O trabalho do enfermeiro no PSF e a vivência de situações de prazer e sofrimento no trabalho**. Rio de Janeiro, 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

REIS, Cláudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 3 abr. 2009.

SEVERINO, Antonio J. **Filosofia**. São Paulo: Cortez, 1992.

SILVA, Ieda Z. Q. J.; TRAD, Leny A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set. 2004.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G.; MASCARENHAS, Mônica T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Hucitec; 2004. p. 241-57.

SICSÚ, José S.; VIEIRA, Jonilda H. S. **Contextualização da prática do enfermeiro de psf com enfoque na participação popular**. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/contextualizacao-da-pratica-do-enfermeiro-de-psf-com-enfoque-na-participacao-popular-542647>>. Acesso em: 10 jun. 2008

OLIVEIRA, Raquel G.; MARCON, Sonia. S. Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. **Revista Lat-Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, maio/jun., 2007.

PAIM, Jairnilson S.; FILHO, Naomar A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, Jairnilson S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v., p.143-145, mar. 2001.

PEDUZZI, Marina. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção de saúde. In: SEMINÁRIO ESTADUAL, 1: O ENFERMEIRO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, São Paulo. **Anais...**São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000. p.1-11

PEDUZZI, Marina.; ANSELMINI, Maria. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p.392-408, jun. 2002.

PEDUZZI, Marina. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.35, n. 1, fev. 2001.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PERET, T.C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas: a experiência desenvolvida no município de Campina Grande-PB (1994-1999).** Rio de Janeiro, 2001. 243 f. Resumo. (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://capes.gov.br>> Acesso em: 05 jan. 2008.

Pinheiro R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEM**, v. 31, p. 8-11, 2003.

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n. 1/2, p. 83-92, abr/out. 2000.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, 1999.

LANZA, Renata A.; MANDU, Edir N. T. **Perfil de enfermeiros que atuam em pré-natal no programa saúde da família.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso-2008.

SÁ, Lenilde D. E. A enfermagem no século XXI? **Rev Bras. de Enfer**, Brasília, DF, v. 52, n.3, p. 357-84, mar.1999.

SANTOS, Adriano M.; ASSIS, Marluce M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2008.

SILVA, Eliete M.; NOZAWA, Márcia R.; FREITAS, Joyce L. D. Formação de enfermeiros e a municipalização da saúde no Brasil: a importância das políticas e das práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n.2, p. 275-82, jul./ago. 2001.

SILVA, Ieda. Z. Q. J; TRAD, Leny. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface**. Botucatu, v. 9, n. 16, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2008.

SOUZA, H. M. O futuro tecido no presente: **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília, DF, n.1, p.7, nov.1999.

SOUZA, Maria F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no Programa Saúde a Família. **Rev Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 53, p.25-30, dez. 2000.

SOUZA, Maria F. **A cor-agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002.

SCHERER, Magda D. A. **O trabalho da equipe no Programa Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** 2005. 226 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHIMIDT MD, Lima Mads. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1487-94, nov./dez. 2004.

SCHRAIBER, Lilia L. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p.221-242, 1999.

TAKAHASHI RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. In: Brasil. Instituto de Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**, Brasília, DF, p.43-6 2001.

TAKEMOTO, Maíra L. S.; SILVA, Maria E. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 331-340, fev 2007.

TEIXEIRA, Rafaela A. **O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem?.** 2002. 163 f. Dissertação. (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

TEIXEIRA, E. R. A subjetividade na enfermagem-o discurso do sujeito no cuidado. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v.53, n.2, p. 233-9, dez., 2000.

TEIXEIRA, Rafaela A.; MISHIMA, Silvana M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no programa de saúde da família. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v.53, n.3, p.386-400, dez. 2000.

TRAD, Leny. A . B.; BASTOS, A . C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, abr./jun., 1998.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E V (Org). **Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1993.

WEIRICH, Claci F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, 2004. Disponível em: < www.fen.ufg.br > Acesso em: 23 jun. 2007.

VASCONCELLOS, Maria P. C. Reflexões sobre a Saúde da Família. In: MENDES, Eugenio V. (Org). **A organização da saúde no nível local.** São Paulo: Hucitec, 1998. p.155-172

VIANA, Ana. L.A.; DAL POZ, Mario R. Reforma em saúde no Brasil: programa saúde da família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, jun.

2005.

VIEGAS, Maria F. **O cuidado na Estratégia Saúde da Família: a vivência do enfermeiro como cliente.** Belo Horizonte, 2005, 159 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

VILLA, Tereza C. S.; MISHIMA Silvana M.; ROCHA, Semiramis M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. de; MELO, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

VENÂNCIO, Vilma R. **O enfermeiro no programa saúde da família: reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contingência.** São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado) -. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro para entrevista dirigida aos enfermeiros do PSF

I. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

1. Dados de Identificação:

1.1 Ano Nascimento: [_____]

1.2 Local de Nascimento (UF): [____]

1.3 Sexo: [1] Masc [2] Fem

1.2 Estado Civil atual:

[1] Solteiro

[4] Viúvo

[2] Casado

[5] Separado Judicialmente

[3] União Estável

1.3 Tem filhos: [1] Sim [2] Não

1.6 Número de Filhos: [_____]

2. Dados de formação profissional

2.1 Ano Graduação: [_____]

2.2 Natureza da Instituição: [1] Pública [2] Privada UF: [____]

2.3 Possui outra Graduação: [1] Sim [2] Não

2.4 [1] Área da Saúde [2] Outras Áreas Qual?

3.5 Pós-Graduação Lato Sensu:
2] Não

[1] Sim [

3.5.1 Área: _____
[_____]

Ano conclusão:

3.5.2 Área: _____
[_____]

Ano conclusão:

3.5.3 Área: _____
[_____]

Ano conclusão:

3.6 Pós-Graduação Stricto Sensu:

3.6.1 Mestrado: [1] Sim [2] Não

3.6.2 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.6.3 Doutorado: [1] Sim [2] Não

3.6.3 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.7 Participou de Capacitações referentes à saúde da família nos últimos cinco anos

(C.H. > 40 horas): [1] Sim [2] Não

3.7.1 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.7.2 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.7.3 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.7.4 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

3.7.5 Área: _____ Ano conclusão:
[_____]

4. Dados de vínculos profissionais:

4.1 Vínculo Principal SMS:

4.1.1 Natureza Vínculo:

[1] CLT

[4] Contrato Temporário

[2] Estável

[5] Comissionado

[3] Efetivo (concurso)

4.1.1.1 CH Semanal: [_____]

4.1.2 Turno de trabalho:

[1] Manhã

[4] Integral Dia

[7] noite 12/36

[2] Tarde

[5] Dia 12/36

[8] noite 12/60

[3] Noite

[6] Dia 12/60

4.2 Possui um segundo vínculo? [1] Sim [2] Não

4.2.1 Natureza Instituição: [1] Pública [2] Privada [3] Filantrópica

4.2.1.1 CH Semanal: [_____]

4.2.2 Natureza Vínculo:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| [1] CLT | [4] Contrato Temporário |
| [2] Estável | [5] Comissionado |
| [3] Efetivo (concurso) | |

4.2.3 Ramo Atividade local de trabalho:

- | | |
|---|--------------|
| [1] Assistência à saúde individual – Hospital | [2] Ensino |
| [2] Assistência à saúde individual – Atenção básica | [3] Outros |
| [3] Gestão serviço saúde | |

5. SOBRE O TRABALHO

5.1 Tempo de atuação na Enfermagem

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| [1] 1 a 5 anos | [3] 10 a 15 anos |
| [2] 5 a 10 anos | [4] 15 anos ou mais |

5.2 Tempo de atuação na Atenção Básica

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| [1] 1 a 5 anos | [3] 10 a 15 anos |
| [2] 5 a 10 anos | [4] 15 anos ou mais |

5.3 Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| [1] 1 a 5 anos | [3] 10 a 15 anos |
| [2] 5 a 10 anos | [4] 15 anos ou mais |

Questões abertas:

5.4 Conte o percurso de vida e profissional que o (a) aproximou da atuação no PSF.

5.5 Defina como você compreende o PSF.

5.6 Como é o seu trabalho no dia a dia? O que você faz? Como você faz?

5.7 Quais os limites e dificuldades que você encontra?

5.8 Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores que você identifica no seu trabalho?

5.9 Quando você pensa no seu trabalho, quais finalidades você acha que ele tem?

5.10 Como é a equipe que você trabalha no PSF?

5.11 Você identifica no trabalho do PSF alguma característica que o diferencia de outros trabalhos da saúde? Justifique

5.11 Há alguma coisa que você gostaria de deixar registrado? Sobre seu trabalho, sobre sua vivência, sobre seus desejos? Alguma recomendação, mensagem, conselho?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO FACULDADE DE ENFERMAGEM MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa "Percepções de enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família". Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que está vinculado. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller- UFMT- pelo telefone (65) 36157254. O objetivo deste estudo é compreender as concepções dos enfermeiros sobre seu trabalho em Saúde da Família, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em atenção primária. Para isso, os dados serão coletados através de entrevistas individuais e em reuniões de grupo focal, seguindo as normas determinadas pela resolução 196/96 que prevê a obrigatoriedade do consentimento dos sujeitos envolvidos na pesquisa e a sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa.

O desenvolvimento deste estudo não implica nenhum risco ou desconforto para as pessoas envolvidas.

Entre os benefícios pode se destacar uma melhor compreensão sobre a atuação do enfermeiro, através do reconhecimento de concepções e expectativas sobre o seu trabalho, o que contribuirá para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família e das práticas de saúde em atenção básica.

Os dados pessoais somente serão utilizados dentro das finalidades da pesquisa, não sendo permitida sua identificação em nenhuma publicação ou encontro científico. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone da pesquisadora responsável, para que você possa localizá-la com liberdade para perguntar e questionar a pesquisadora sobre o andamento da pesquisa.

Considerando os dados acima, CONFIRMO estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa, declaro que entendi os objetivos desta pesquisa e CONCORDO em participar.

Assim _____ sendo, Eu, _____, identidade nº _____, após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar da pesquisa “Percepções de enfermeiros acerca de seu processo de trabalho em Saúde da família no município de Cuiabá-MT”.

Cuiabá, _____ de _____ de 2008.

Assinatura

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C

CARTA CONVITE

Para o PSF _____

A/C Enfermeira (o) _____

Gostaria de lhe convidar para participar da pesquisa intitulada “Percepções de enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no município de Cuiabá-MT”, realizada pela mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso Márcia Goulart de Souza, sob a orientação da Prof.^a Dra. Edir Nei Teixeira Mandu, cujos objetivos são: compreender as percepções dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho; e descrever as adesões e divergências frente aos eixos estratégicos do PSF.

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizaremos como técnica de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. A realização destes será em data a combinar.

Sua participação nesta pesquisa não acarretará quaisquer ônus ou prejuízos pessoais, sendo garantido sigilo e privacidade, como também, a plena liberdade de desistir desta pesquisa em qualquer momento se assim lhe for conveniente.

Para esclarecer quaisquer dúvidas, coloco-me à disposição para contato pelo telefones: 3028-3719, 84095424.

Agradeço sua atenção e entrarei em contato para confirmar sua participação,

Atenciosamente,

Márcia Goulart de Souza

ANEXOS

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 545/CEP-HUJM/08

“Com pendências”

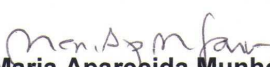
Aprovado “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

Não aprovado

O projeto de pesquisa intitulado: “Percepções de enfermeiros acerca de seu processo de trabalho no Programa Saúde da Família,” encaminhado pelo (a) pesquisador (a) **Márcia Goulart de Souza** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, sendo aprovado “Ad de referendum”.

Cuiabá, 25 de Julho de 2008.


Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)