



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS - MA
NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

TERESINA (PI)
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS - MA
NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí – UFPI como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA: Políticas e Práticas sócio-educativas de Enfermagem

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira

TERESINA (PI)
2009

C172e Câmara, Joseneide Teixeira,

A expansão da estratégia da saúde da família em
Caxias - Ma na percepção da equipe de saúde. / Joseneide
Teixeira Câmara. Teresina- PI. 2009.

145 p.

Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Piauí.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira.

1. Saúde da Família 2. Saúde Pública 3. Avaliação de
Serviços.

I. Título.

JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS - MA
NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 28/05/2009

Profa. Dra. Lídyia Tolstenko Nogueira
Universidade Federal do Piauí-UFPI
Presidente

Prof^a. Dr^a Liberata Campos Coimbra
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
1^a Examinador

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Universidade Federal do Piauí - UFPI
2^a Examinador

Suplente:

Prof^a. Dr^a. Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí - UFPI

DEDICATORIA

Ao Leônidas

Companheiro e amigo em todos os momentos, que durante esse percurso me proporcionou estímulo, segurança, carinho e compreensão.

À Catharina e Marília

Minhas filhas, minhas paixões e razão do meu viver, pelo incentivo, apoio. E por souberam ser compreensivas, em todos os momentos que precisei me ausentar de suas presenças para o desenvolvimento deste estudo. Que este trabalho seja um exemplo que a vida é um contínuo desafio, aos que desejam vencê-la. Amo vocês.

À minha Mãe

Pela presença constante, incentivo e apoio no desenvolvimento dessa trajetória e que me ensinou exemplos de luta e conquista...

Aos meus irmãos e sobrinhos

Que este trabalho sirva de exemplo de perseverança e de estímulo para buscar o conhecimento como fonte de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com sua proteção e fonte de suprema sabedoria e inspiração, conduziu-me a este caminho e permitiu mais esta conquista.

À Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira, que me acolheu como orientanda. Quero agradecê-la pela confiança, pelos momentos de reflexão que muito contribuíram na realização deste trabalho, principalmente, por ter aceito o desafio de seguirmos juntas neste caminho. Serei sempre grata pela demonstração de amizade, incentivo e estímulo. Todo o meu respeito e admiração.

Ao Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, pela demonstração de amizade, pela disponibilidade, pela leitura do material e da imensa contribuição com as valiosas sugestões.

À Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha que, durante as apresentações deste estudo, instigou-me a buscar um maior aprofundamento na fundamentação teórica e metodológica, indicando caminhos que me fizeram repensar o encaminhamento inicial desta investigação.

À Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, por fazer parte da minha banca examinadora e por despende o seu tempo para contribuir na realização deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Caxias, em especial à Mônica Cristina Santos Melo e ao Francisco da Costa Gomes Filho, pela compreensão e autorização deste estudo.

Aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e médicos, pela sua valiosa contribuição como sujeitos e tornando possível a realização desta pesquisa.

A todas as docentes das disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFPI, que contribuíram com seus ensinamentos para a minha formação.

A todas as minhas colegas do Curso de Mestrado, especialmente, Patrícia, Cleidiane, Rita e Ayla pelo companheirismo, por me permitirem compartilhar as

minhas vivências, pela cumplicidade nos diferentes momentos e por participarem da construção desta trajetória.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFPI, especialmente, a Valdira Soares Ribeiro Tajra, por sempre estar disposta a colaborar.

A todos os Professores do Departamento de Enfermagem da UEMA, principalmente, ao Prof. José de Ribamar Ross em ter cedido o espaço para realização das reuniões dos grupos focais.

À acadêmica Francisca Werlanice por sua grande colaboração e ajuda inestimável durante a realização da pesquisa

A Diretoria do Hospital Municipal de Caxias Gentil Filho, em especial a Jefferson Franklin Almada Coutinho.

Aos demais amigos, pelo incentivo e torcida, no decorrer desta caminhada.

"Se um só ponto situado em um círculo pode ser origem de infinitas linhas, e se o limite das infinitas linhas que divergem de tal ponto constitui infinitos pontos que, somados, voltam a ser um, concluiremos que a parte é igual ao todo."

Leonardo da Vinci

RESUMO

CÂMARA, Joseneide Teixeira. **A expansão da Estratégia da Saúde da Família em Caxias - MA na percepção da equipe de saúde**. Teresina, 2009 (145 páginas). Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI -Teresina, 2009.

No campo da saúde pública, a avaliação de programas e serviços de saúde é uma área de extrema relevância, pois viabiliza diretrizes e opções para o processo de planejamento das ações de saúde prestadas à sociedade. Contudo, apesar do aumento de pesquisas nesse âmbito, nos últimos anos, ainda é escassa a produção científica enfocando a percepção dos profissionais de saúde em relação à Estratégia Saúde da Família (SF), que vem sendo discutida na literatura sob as perspectivas de sua consolidação após o processo de expansão, e dos seus possíveis avanços em nível local. Partindo desses enfoques, esta é uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, cujo objeto de estudo consistiu na percepção da Equipe Saúde da Família (ESF) sobre sua prática cotidiana de trabalho, após a expansão da SF em Caxias - MA. Os objetivos foram: conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre mudanças em sua prática cotidiana de trabalho após o processo de expansão da SF, em Caxias – MA; e analisar a percepção dos profissionais da ESF sobre a aproximação ou distanciamento da SF às normas, diretrizes e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, após o processo de expansão. Os grupos focais foram desenvolvidos com os 35 profissionais de saúde que acompanharam a expansão da SF no município de Caxias – MA. Para análise dos dados empíricos, empregou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin. A compreensão das falas resultou na formação de três categorias temáticas, que foram: mudanças ocorridas após a expansão da Saúde da Família, com subcategorias relacionadas à estrutura, ao processo e aos resultados, baseadas no modelo de avaliação de programas e serviços de saúde proposto por Donabedian; avanços do modelo de assistência; e desafios para consolidação da Saúde da Família na perspectiva da melhoria da assistência à saúde na prática cotidiana da equipe. Por meio das categorias, pôde-se apreender que na implementação da estratégia, a partir de 2005, houve uma adequação e ampliação de recursos em relação à estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, aumento da cobertura populacional e contratação de mais recursos humanos, ganhos significativos para a política de saúde local. Entretanto, nesse período de 2005 a 2007 constatou-se que não houve uma completa adesão dos profissionais das ESF, principalmente devido à formação e à necessidade permanente de capacitação dos trabalhadores da saúde, que interferiu diretamente no processo de trabalho na prática diária da equipe de saúde, assim, minimizando o cumprimento das diretrizes e objetivos da estratégia propostos pelo Ministério da Saúde na práxis das equipes de Saúde da Família.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Avaliação de serviços; Equipe de saúde.

ABSTRACT

CÂMARA, Joseneide Teixeira. **The Strategy Expansion of Family Health in Caxias – MA in the perception of health staff.** Teresina, 2009 (145 pages). Dissertation (Course of Master's in Nursing) - Federal University of Piauí - FUPI - Teresina, 2009.

In the public health field, the programs and services of health assessment compose an area of extreme importance, for make visible directives and options to the planning process of actions rendered to society. However, it is still scarce the scientific production turned to these professionals opinion in relation to the services of basic attention to health, in special, the Strategy Family Health(FH), that it has been discussed on literature about the prospects of its consolidation after the expansion process, and its possible advance, at local level. It is about an evaluative research with a qualitative approach and its study object is the perception of Staff Family Health (SFH) about their work every day practice after the expansion of FH in Caxias – Ma. The objectives were: to analyze the professionals perception of the SFH on the approximation or distance of FH to the rules, directives and recommended guidelines for Health Department, after the expansion process; and to know the professionals perception of SFH about changes in their work everyday practice after the expansion process of HF in Caxias – Ma. The study used as technique of data collection the focal group that was developed with 35 health professionals that they followed the expansion of HF in Caxias – Ma, and to analysis of empirical data the analysis technique of thematic categorical contents for Bardin. The comprehension of speeches resulted in formation of three thematic categories, that were: changes occurred after the expansion of Family Health, with subcategories in relation to the structure, process and result, based on assessment model of health services and programs proposed by Donabedian; advances of assistance model; and challenges to Health Family consolidation on perspective of the improvement of the assistance to health in the everyday practice of staff. Through these categories can be learn that the strategy implementation, in 2005, there was an adequacy and an enlargement of resorts in relation to the structure of the Health Basic Unit, increasing of the populational covering and employment of more human resources, that were significant gains to the policy of local health, however, it didn't permit the complete adherence of professionals, mainly due to their permanent necessity of vocational training aiming the improvement of work process in the everyday practice of the health staff, thus, minimizing the fulfillment of strategy guidelines and objectives proposed by Health Department in the praxis of Family Health Staff.

Key-words: Family Health Strategy; Assessment of service; Health staff.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

ESF - Equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

MS- Ministério da Saúde

NOAS -Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002)

NOB - Norma Operacional Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS - Programa Agentes de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF - Programa de Expansão da Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Departamento de Atenção Básica

SF - Estratégia Saúde da Família

SIAB - Sistema de informação da Atenção Básica

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Recursos existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Caxias em 2004.....	59
QUADRO 2 -	Recursos existentes na Secretaria Municipal de Saúde de Caxias em 2007.....	61
QUADRO 3 -	Ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família, em dezembro de 2004 e dezembro de 2007, Caxias–MA	66
QUADRO 4 -	Procedimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família, em dezembro de 2004 e dezembro de 2007, Caxias – MA.....	67
QUADRO 5 -	Indicadores de consultas pré-natal, incidência de internações por Diarréia e IRA, em 10.000 crianças menores de 5 anos em 2004 e 2007.....	68
QUADRO 6 -	Coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal, e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos em 2004 e 2007.....	69

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Mapa da zona urbana das UBS existentes no município em dezembro de 2007.....	63
FIGURA 2 -	Mapa da zona rural das UBS existentes no município em dezembro de 2007.....	64

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Número de UBS do município, por tipo, em dezembro de 2004 e 2007.....	64
TABELA 2 - Características dos profissionais atuantes das Equipes Saúde da Família, Caxias - MA, 2008.....	71

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1.	Construção do objeto de estudo	12
1.2.	Questões norteadoras e objetivos do estudo.....	20
1.3.	Relevância e contribuições do estudo.....	21
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Estratégia Saúde Família: histórico, bases conceituais e operacionais	23
2.2	O processo de trabalho e a prática cotidiana da equipe Saúde da Família.....	29
2.3	A avaliação de programas de saúde e a estratégia Saúde da Família.....	36
3.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.2	Cenário do estudo.....	47
4.3	Sujeitos do estudo.....	49
4.4	Obtenção de dados.....	49
4.5	Análise dos dados.....	53
4.6	Aspectos éticos.....	55
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1.	Contexto do processo de expansão da Saúde da Família em Caxias	58
4.2.	Caracterização dos sujeitos.....	70
4.3.	Mudanças em relação à estrutura, processo e resultados ocorridos após a expansão da Saúde da Família em Caxias.....	72
4.3.1.	Mudanças em relação à estrutura.....	73
4.3.2.	Mudanças em relação a processo.....	81
4.3.3.	Mudanças em relação à resultados.....	103
4.4.	Desafios para consolidação da Saúde da Família na perspectiva da melhoria da assistência a saúde na pratica cotidiana equipe assistência.....	111
4.5	Avanços do modelo assistencial.....	116
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122

REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICE.....	140
ANEXO.....	144

1.1 Construção do objeto de estudo

A avaliação de serviços e programas de saúde é de extrema relevância, por viabilizar escolhas para o processo de planejamento de ações e medidas que influenciam às dinâmicas técnicas e sociais dos serviços e programas prestados à sociedade. E com isso, verifica-se que nos últimos anos vem aumentando a produção científica voltada para a avaliação de serviços na Atenção Primária à Saúde (APS), em especial, para a Estratégia Saúde da Família (SF)¹.

Desde sua criação, a SF vem se estendendo por todo o território nacional. Entretanto, o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou de promoção de equidade. Senna (2002) discute que, devido à tradição clientelista e paternalista da política nos municípios brasileiros, a SF pode estar sendo implantada como mero mecanismo de barganha política, que envolve prefeitos, vereadores e população.

Outro motivo para a adesão da SF pelos municípios é o incentivo financeiro oferecido pelos governos federal e estadual. Além disso, as políticas de descentralização no contexto neoliberal, em que surgiu a SF, contribuem para que o governo federal transfira para as unidades periféricas sua responsabilidade pela saúde, cabendo-lhe a função de planejar as ações, enquanto aos estados compete controlar e aos municípios executá-las (SCHAEDLER, 2004).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial da SF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os sujeitos das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para desenvolvimento comunitário e em grupo (BRASIL, 1996).

¹ Para efeito deste estudo, será utilizada a expressão Programa Saúde da Família (PSF) em citações diretas anteriores ao ano de 2006, tendo em vista que com a Política Nacional da Atenção Básica, a partir de 2006 passou a ser empregada a denominação Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Para facilitar a compreensibilidade na leitura deste texto serão empregadas as siglas SF para Estratégia Saúde da Família e ESF para Equipe Saúde da Família.

Alguns estudos sobre a implementação de políticas e programas sociais enfocam os espaços institucionais, incluindo os atores, cujos comportamentos de adesão, resistência ou de aprendizagem facilitam ou impõem obstáculos ao alcance dos resultados dos programas sociais. Nesse sentido, autores como Canesqui e Spinelli (2006) sugerem adotar inovações. No caso da expansão da SF, que depende dos vários agentes, situados nas distintas instâncias burocráticas e decisórias, dos técnicos encarregados de executar o programa e da adesão e participação da população, se faz necessário conhecer e auferir os julgamentos avaliativos desses agentes. E se tornam ações fundamentais, na medida em que expressam comportamentos de adesão ou de resistência, que afetam o processo mais geral de implementação do programa.

A razão pela qual optamos por avaliar a SF após a implementação e expansão na cidade de Caxias, situada no estado do Maranhão, centra-se em questões relacionadas à pretensão de conhecermos sobre a atitude dos profissionais de saúde, sobre suas percepções², suas necessidades na realização das ações no dia-a-dia, com base no trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Nesse sentido, ressaltamos que este estudo é fruto de observações realizadas desde 2004 em minha prática diária como enfermeira no município de Caxias, onde atuei inicialmente como membro da equipe de Coordenação do Programa de Agente Comunitário de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS/PSF), e posteriormente, no ano de 2005, como Enfermeira em uma Equipe Saúde da Família (ESF) cargos estes que continuo a desempenhar atualmente.

No município de Caxias, o PSF foi implantado, em janeiro de 2001, com 12 equipes, compostas de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), atendendo uma cobertura populacional de 30,89%, referente a 133.980 habitantes, na época.

² Na psicologia, neurociência e ciências cognitivas, percepção é a função cerebral que atribui significado a estímulos sensoriais, a partir de histórico de vivências passadas. Através da percepção, um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. O comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não na realidade em si. Por este motivo, a percepção do mundo é diferente para cada indivíduo, cada pessoa percebe um objeto ou uma situação de acordo com os aspectos que têm especial importância para si própria (SANTAELLA, 1993).

Em 2004, fui responsável pelas unidades de saúde da zona urbana e desenvolvia atividades administrativas, como membro da Coordenação do PACS/PSF do referido município, em que tive a oportunidade de participar da elaboração de um projeto, que resultou na implantação do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), com a ampliação para mais 12 equipes, totalizando 24 equipes naquele período de atuação no município.

O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (AB) do país. Este programa visa contribuir para a implantação e consolidação da SF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços. E ainda, viabilizar recursos para estrutura nas equipes/unidades, aperfeiçoar tecnologias de gestão, ampliar e reestruturar iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos, apoiar respostas mais ágeis na educação continuada e iniciativas de mudanças na formação de profissionais, bem como na sua fixação. O projeto está estruturado em três Componentes Técnicos, cada um deles agrupando um conjunto de sub-componentes e linhas de investimento, que representam os investimentos financiados com recursos do Projeto, que são: Componente I – Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde; Componente II – Desenvolvimento de Recursos Humanos; e Componente III – Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2004).

Os municípios participantes do PROESF estão incluídos no plano institucional de avaliação da AB, sem perder de vista as necessidades e metas específicas acordadas na Carta de Compromisso, assinada pelos prefeitos municipais no momento em que se firmou o contrato com o MS.

No que se refere à cidade de Caxias, as ações pactuadas foram:

1. Conduzir a implantação ou implementação e a operacionalização do programa como ação integrada e subordinada ao serviço municipal de Saúde;
2. Inserir o PSF nas ações estratégicas do plano Municipal de Saúde;

3. Garantir infra-estrutura de funcionamento da(s) Unidade(s) Básica(s) de referência do PSF;
4. Inserir as atividades do Programa na programação físico-financeira ambulatorial do município, com definição de contrapartida de recursos municipais;
5. Fazer o mapeamento das áreas onde será implantado o PSF, distribuindo os Agentes Comunitários de Saúde no âmbito de suas residências, acompanhando as famílias em cada microárea na proporção de 1 ACS para cada 150 famílias ou 750 pessoas;
6. Garantir a capacitação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família por intermédio de Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente da UFMA com apoio da Gerência de Qualidade de Vida do estado;
7. Contratar e remunerar os profissionais da Saúde (Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos) do PSF assegurando o vínculo dos profissionais nas Unidades de Saúde em regime contratual de 40 horas semanais;
8. Alimentar os dados do SIAB para planejamento, monitoramento e a avaliação das ações de PSF no âmbito da Atenção Básica de Saúde;
9. Prestar assistência à saúde nas áreas programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde como: assistência à saúde da criança, assistência à saúde da mulher, controle de diabetes e hipertensão; controle de tuberculose e eliminação de hanseníase; imunização e saúde bucal. (CAXIAS, 2004, p. 3)

No ano seguinte, em 2005, após o período eleitoral, com a ascensão de novos gestores políticos, deixei de atuar na Coordenação do PACS/PSF, para desenvolver ações como integrante de uma ESF na mesma cidade. Nesta ocasião e com o surgimento de uma nova Coordenação do PACS/PSF o projeto foi executado de forma acelerada, passando de 24 para 59 ESF's, em maio de 2005, atendendo uma cobertura populacional de 100% para 149.469 habitantes. E assim, passou a ser considerada estratégia estruturante do sistema municipal de saúde, visando à organização dos serviços e ações de saúde (CAXIAS, 2007).

Vivenciei todo o processo de expansão da SF no município, dessa vez trabalhando em uma unidade de saúde com pouca estrutura, situada em uma comunidade carente. Esse novo contato me permitiu observar o outro lado da expansão da SF, com inquietações focadas sobre esse rápido processo de expansão, principalmente em relação ao preparo e organização do trabalho nas

ESF's e às atividades desenvolvidas no cotidiano³, verificando se estavam adequadas às propostas pensadas para a SF.

Com o substancial acréscimo de ESF's, a Atenção Básica do município, antes mantida na área urbana, se expandiu para as áreas rurais, havendo uma ampliação da cobertura populacional, o que possibilitou o aumento no acesso aos serviços de saúde e também a descentralização de vários programas que compõem a atenção básica para as USF's, a exemplo: o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino; Programa de Respiratório Assintomático; o Teste Tuberculínico; o Programa Bolsa Família e outros que vieram após a expansão do PSF.

Em 2006, a cidade de Caxias foi premiada pelo MS, por estar entre os 12 municípios brasileiros que mais se destacaram no cumprimento dos chamados "indicadores de incentivos municipais" do PROESF e emprego adequado dos recursos repassados pelos MS. Como forma de incentivo, destinou-se aos municípios premiados R\$ 6 milhões de reais, rateados conforme a população de cada cidade, em que foi repassada para Caxias, a importância de R\$ 161.250,00, para investir no melhoramento das ações de saúde realizadas pela SF (BRASIL, 2006a).

Tais indicadores resultam de acordos firmados entre os municípios participantes do PROESF e o MS, para atender às metas do Componente I, já esclarecidos nos documentos gerais sobre o projeto e resultados quanto à sua importância, como anteriormente mencionados na Carta de Compromisso assinada pelo prefeito municipal em 2004. De acordo com o MS, esses indicadores são:

- 1) Percentual de cobertura do PSF >70%;
- 2) Percentual de médicos e enfermeiros do PSF em relação ao total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica (AB) >50%, observando-se os percentuais de cobertura;
- 3) Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal >40%;

³ Este estudo considera cotidiano segundo Pais (2003, p. 147), referindo que "o cotidiano não se reduz a uma temporalidade cíclica, repetitiva, vivida exclusivamente no presente, há lugar para uma história da vida cotidiana que, naturalmente, não deve ser encarada como uma história de tudo aquilo que se gera de forma repetitiva, banal, efêmera, fugaz"

- 4) Percentual de ESF que tenham implementado protocolos para referência e contra-referência >20%;
- 5) Percentual de ESF que tenham implementado protocolos de assistência em saúde da mulher e da criança >30%;
- 6) Percentual de consultas especializadas (SUS) reguladas através da Central de Marcação de Consultas >50%;
- 7) Número médio anual de visitas domiciliares por família = 9;
- 8) Percentual de ESF (com pelo menos 6 meses de implantadas na Fase I) que tenham recebido treinamento nas áreas estratégicas do PSF 100%;
- 9) Percentual de trabalhadores em cargos de condução e coordenação dos serviços municipais e das ESF's que tenham recebido treinamento em áreas relacionadas a planejamento, gerenciamento e organização de serviços 100%;
- 10) Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos de idade < 35 p/1000;
- 11) Taxa de internações por diarreia em menores de 5 anos de idade < 9 p/1000;
- 12) Cadastro familiar (áreas de abrangência) atualizado no Sistema de Informação – SIM (BRASIL, 2004, p.16).

No entanto, apesar da melhoria desses indicadores para a consolidação da SF como estratégia prioritária da AB no município, o que se observa no cotidiano é que alguns sujeitos das ESF's aderem parcialmente à proposta de trabalho preconizado pela SF. A assistência dispensada pelos profissionais da ESF's ainda é marcada por características do modelo hospitalocêntrico, em que a assistência à saúde é voltada apenas para o indivíduo e focada na doença ou nos sinais e sintomas principais por ele apresentados.

Nessa conjuntura, é importante destacar que apenas o aumento da quantidade de equipes para a consolidação da SF, mesmo havendo melhorias de alguns indicadores em termos locais, não é suficiente para que o trabalho dos profissionais de saúde seja compartilhado, humanizado, desenvolvido com responsabilização, vinculado à comunidade e que venha a reconhecer a saúde como direito de cidadania. O trabalho em equipe na SF requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a AB, a qual toma a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção e prevenção da

saúde, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolubilidade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

De acordo com o MS, compete à equipe multiprofissional conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de riscos existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB (BRASIL, 2006).

Nesse contexto sobre a prática cotidiana da SF, destaca-se ainda, minha experiência como docente da disciplina Enfermagem em Saúde da Família, no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), no Centro de Estudos Superiores de Caxias, que propiciou reflexões mais sistemáticas, que ajudaram a evidenciar questões antes não percebidas sobre a finalidade da SF. O contato com bibliografias especializadas sobre a temática, em especial, com enfoque na avaliação, suscitou algumas respostas e desenvolveu outras indagações a respeito da finalidade de ampliação da SF e os determinantes contextuais deste processo de expansão, que realmente acontece na prática, particularmente, em relação às situações presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Considerando essas reflexões produzidas a partir da realidade do processo de expansão da SF *in loco* e as normas estabelecidas pelo MS para estados e municípios, observa-se que no cotidiano, o trabalhador da SF tem que se defrontar com um trabalho diferente de sua formação acadêmica e experiência de trabalho, assim, refletindo em um a prática cotidiana de trabalho da ESF, permeada por fatores limitantes. Neste estudo, a prática cotidiana de trabalho da ESF pode ser entendida na dimensão organizativa do processo produtivo, em que as relações de trabalho se estabelecem, entre os diversos atores que interagem no processo produtivo; na dimensão político-ideológica, cujas relações de trabalho se configuram nas relações de poder e espaço de geração de conflitos; e na dimensão econômica, essas relações de trabalho se configuram na permuta entre a capacidade de trabalho por remuneração (SANTANA, 2001)

Para tanto, partindo dessa compreensão, fundamentamo-nos no pressuposto de que a expansão da SF, em Caixas-MA, propiciou mudanças na prática cotidiana de trabalho dos profissionais da ESF, passíveis de serem analisadas a partir da percepção dos próprios profissionais que compõem a equipe.

Para se compreender o aspecto da prática cotidiana de trabalho vivenciada pelos sujeitos envolvidos no contexto da SF, compartilhamos do pensamento de Bourdieu (1983), para quem o indivíduo é produto de uma gênese social dos esquemas de percepção, de pensamento e de ação e para oferecer sustentabilidade às estruturas, às representações e às práticas cotidianas fundem-se e revelam todos os interesses e relações de poderes sobre o mundo social em que está inserido, por meio de símbolos e representações da realidade

Ao se avaliar o trabalho em saúde e suas finalidades, sua atividade é definida tanto social quanto historicamente, para isso utiliza-se de tecnologias diversas, de instrumentos e saberes diferenciados, para que haja um desenvolvimento adequado, em qualquer que seja destinada a área de funcionamento (PINTO, 2000).

A necessidade de constante avaliação das ações de saúde fez parte de todo o histórico da minha atuação profissional na SF, principalmente, naqueles momentos em que realmente podemos ver como a estratégia funciona em relação a tudo que os profissionais fazem com e para os sujeitos. No referido contexto, surgiu a necessidade de avaliar a prática cotidiana vivenciada pelos profissionais de saúde nas unidades de Saúde da Família, nesse processo de rápida expansão da SF no município de Caxias - MA.

Essa perspectiva implica focalizar um olhar avaliativo mais subjetivo, porém sem perderem as devidas e necessárias clarezas, que possa contribuir para uma análise das mudanças na prática cotidiana e no comprometimento dos atores envolvidos no contexto da SF, no município de Caxias, decorrentes do processo de expansão da SF.

Assim, delineou-se como objeto deste estudo a percepção da equipe de Saúde da Família sobre sua prática cotidiana de trabalho após a expansão da SF

em Caxias, partindo de toda a problemática que circunscreve essa expansão e com base nas observações diretas como participante desse processo.

1.2 Questões norteadoras e objetivos do estudo

Com base no objeto deste estudo e frente a toda problematização apresentada, foram elaboradas as seguintes questões que serviram para nortear e dimensionar esta pesquisa:

1. Os profissionais da ESF consideram a expansão da estratégia um dispositivo definidor de mudanças em suas práticas?
2. Qual a percepção que os profissionais de saúde tem sobre as mudanças em sua prática cotidiana de trabalho, após o processo de expansão da SF em Caxias-MA?
3. Qual a avaliação dos profissionais da ESF sobre os efeitos da expansão ocorrida em Caxias-MA, em sua prática cotidiana e sua relação com a atenção à saúde da população?

Com a pretensão de possibilitar conhecimentos que permitam responder a essas questões norteadoras, o presente estudo teve como objetivos:

- Conhecer a percepção dos profissionais da Equipe Saúde Família sobre mudanças em sua prática cotidiana de trabalho após o processo de expansão da Saúde Família em Caxias-MA.
- Analisar a percepção dos profissionais da Equipe Saúde Família sobre a aproximação ou distanciamento da SF às normas, diretrizes e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde, após o processo de expansão.

1.3 Relevância e contribuições do estudo

Este estudo poderá servir de subsídio para que profissionais de saúde reflitam sobre as práticas de saúde e a organização da SF em nível local, possibilitando espaços de discussão voltados para a melhoria da estratégia, com foco no vínculo, acolhimento, responsabilização, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, integralidade e equidade, e, sobretudo, permitindo a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias.

O grande desafio da SF como ferramenta para a transformação da realidade constitui-se em criar novos arranjos institucionais e romper com as situações cotidianas nas quais prevalece a cultura do individualismo e do não compromisso. Nessa perspectiva, se faz necessário um enfoque para o atendimento às necessidades da comunidade, para o trabalho participativo como tarefa de dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários, e para a construção de um projeto assistencial coletivo, o que possibilitará uma recomposição do trabalho, voltado para a integralidade e para um agir cotidiano como força de mudança da realidade.

2.1 Estratégias Saúde da Família: histórico, bases conceituais e operacionais

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta as mesmas doutrina e filosofia de atuação em todo o território nacional. Como sistema, é formado pelo poder público que envolve os três níveis de governo e pelo setor privado, que é contratado e conveniado, de caráter complementar, para suprir as necessidades de assistência, quando não existem serviços públicos para tal, que desempenham um conjunto de ações, serviços e unidades que se integram visando às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Destaca-se que o SUS tem princípios doutrinários que envolvem a Universalidade, Equidade e Integralidade, e princípios organizacionais, que são a Regionalização, Hierarquização, Resolubilidade, Descentralização e Participação dos Cidadãos (BRASIL, 1990). A Descentralização é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde, entre os vários níveis de Governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que pertence a um Município deve ser de responsabilidade do Governo Municipal; o que abrange um Estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual; o que for de abrangência nacional caberá à esfera federal (BRASIL, 1996a).

Aos municípios compete, assim, fazer o levantamento de suas condições de saúde, levando em conta suas necessidades locais e regionais, em consonância com a legislação do MS, tendo maior responsabilidade e compromisso no desenvolvimento da produção do cuidado em saúde diretamente voltada aos seus cidadãos, configurando-se a municipalização da saúde (BRASIL, 1998).

Através do processo de municipalização, estados e municípios buscaram modelos próprios para se adaptar melhor aos princípios do SUS. Com isso houve a criação e implementação de novos desenhos e arranjos assistenciais que permitiram a cada município, conhecedor de seus problemas, agir de acordo com suas necessidades. E assim, uma proposta que tem se destacado e vem ganhando notoriedade no plano nacional é a SF.

Criada pelo MS em 1994 e concebida inicialmente como um programa, a SF foi incorporando os princípios básicos do SUS e passou a ser considerada base estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. E teve como característica a substituição do modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente voltado para o atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, cuja equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2006c).

A SF sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial, os modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, segundo Wai (2007), suas origens estão no Programa Agentes de Saúde (PAS), instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, como parte de um programa de combate à seca. Ressalta-se que esse programa teve larga repercussão política por seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no Estado, razão pela qual foi estendido para o país, pelo MS, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PACS, tomado isoladamente, constituiu uma proposta de atenção primária à saúde, incompatível com os princípios do SUS, e sua operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com o apoio de tecnologias de maior densidade (MENDES, 2002). E assim, os municípios cearenses de Quixadá, Caucaia e Beberibe desenvolveram uma experiência pioneira de programa de saúde da família que serviu de base para que o MS o lançasse, no início de 1994, como política oficial de atenção primária à saúde (WAI, 2007; SILVA, 1997).

Mais de uma década após sua concepção, a SF é considerada prioritária para o fortalecimento da AB e seu desenvolvimento deve considerar as diferenças loco-regionais, retratado pelas Diretrizes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (PORTARIA MS/ GM 399, DE 22/03/06) e da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria MS/GM 648 de 28/03/2006, que

revogou todas as anteriores relativas à AB e ao PSF, passando a ser referida como SF (BRASIL, 2006).

De acordo com o MS, a construção desse novo modelo assistencial das práticas de saúde voltadas à família pressupõe que as ações programáticas da ESF sejam desenvolvidas por equipe multidisciplinar, cuja composição mínima envolve um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, em território de abrangência definida, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área (BRASIL, 2006c).

Cada agente comunitário de saúde acompanha aproximadamente 200 a 250 famílias, ao passo que cada equipe assiste, em média, 600 a 1.000 famílias, o que corresponde de 2.400 a 4.500 habitantes, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à USF, responsabilizando-se por uma microárea onde residem de 440 a 750 pessoas (BRASIL, 2006a).

A clientela adscrita conta com uma USF, local de referência para atendimento da ESF, considerada como a porta de entrada e o primeiro nível de atenção, devendo estar integrada a uma rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolubilidade e possibilite o acompanhamento dos usuários.

Compete à equipe multiprofissional conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade. Além de elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença e desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados. Também é de sua competência prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da AB. E com isso, ressalta-se que as ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, desenvolvidas pela ESF, estão voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação.

Com relação aos mecanismos para impulsionar a implementação da SF, destacam-se: a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 (BRASIL, 1996), que

valoriza o incremento de cobertura pela SF com maior incentivo financeiro aos municípios para tal, e o Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS, 1998). Além disso, é importante mencionar a iniciativa do MS com financiamento junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, que contemplou a SF como prioridade de investimento (BRASIL, 1998) e por último, o PROESF (2002), para ampliação da cobertura da SF nos municípios acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2004).

Com todos esses investimentos, atualmente a SF existe, praticamente, em todo o país, abrangendo 5.106 municípios brasileiros, por meio de 26.729 equipes, atendendo mais de 85,7 milhões de brasileiros (BRASIL, 2007). É importante lembrar que assim, a SF é reafirmada como uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, com uma proposta de trabalho voltada para a perspectiva da vigilância à saúde e um novo campo de práticas que incorporam ações de cidadania.

Nesse contexto a política de saúde no Brasil (PAIM, 2002) enfatiza a relevância da ampliação da SF. Contudo, faz-se necessário comentar sobre a falta de evidências que apontem a SF como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes ou mesmo como política de governo.

Diante dessa conjuntura política de saúde, Fortuna *et al* (2005, p. 266) afirmam que a SF enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial, situando-se na prática assistencial desenvolvida pela ESF. No entanto, a ESF no cotidiano, não consegue fazer mudanças, porque é “engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico centrado”, e por não saber como realizá-las inclusive por limitação ideológica de seus operadores, que acaba agindo centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Campos (2005, p. 9) confirma que não será possível efetivar mudanças significativas no sistema de saúde, caso não haja uma participação efetiva de todos os profissionais do setor saúde para a reorganização dos serviços. Também enfatiza a importância do papel dos sujeitos sociais nessa direção e refere que: "mais do que

nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica e prática, que procurasse responder a esses desafios de forma inovadora”.

Porém, questionamentos sobre a SF como um sistema pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, têm sido negados pelo MS:

"tal assertiva não procede, pois a SF deve ser entendida como um modelo substitutivo da rede tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio da equidade – e reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude" (SILVA; DALMASO, 2002, p. 79)

Teixeira (2004) destaca ainda que um dos resultados indesejados da SF vem sendo o crescimento da demanda por serviço de média e de alta complexidade, decorrente da expansão de cobertura da AB, sem que, ao mesmo tempo, se verificasse um aumento da resolubilidade desse nível de atenção. A implantação da SF, ainda que represente a garantia de direito constitucional de acesso a serviços de saúde, não se faz acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde, como é o caso da mortalidade infantil.

Como mais uma proposta para reordenamento de AB, a SF tem diferentes leituras/compreensões, ou mesmo, posições favoráveis ou desfavoráveis, como modelo assistencial. Porém alguns autores, como Levcovitz e Garrido (1996), acreditam que a SF é capaz de efetivar uma mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS, através da utilização de outros parâmetros profissionais, mais econômicos e eficazes.

Nesse contexto, Cordeiro (1996) considera que os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família com potência para induzir mudanças na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, e também na reestruturação do processo de trabalho são: o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; a elevação da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem; a prestação da atenção integral; a humanização das práticas de saúde; e a participação comunitária.

A SF, em certos municípios brasileiros, constitui-se em uma estratégia que completa a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a SF atualiza esta figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos (OLIVEIRA, 2000).

A pertinência da SF para a extensão de cobertura da AB vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança do conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho previsto nos documentos oficiais.

Elias *et al.* (2004), analisando a implantação da SF na metrópole paulista, sob a ótica dos gestores, em nível central e dos diretores de distrito de saúde destacam que esses atores consideram a SF uma estratégia privilegiada para a estruturação do SUS no município, constituindo-se em uma porta de entrada do sistema de saúde de natureza organizada e, fundamentalmente, humanizada.

Pelo exposto, percebe-se que há uma centralidade e um consenso dos vários autores no sentido de considerar a Estratégia Saúde da Família como um potencial na estruturação da atenção básica. Entretanto, embora já exista um aumento em termos percentuais na cobertura municipal e na populacional, é importante reforçar que a implementação da SF ainda não é um indicativo de reorientação do modelo assistencial. Então, neste ponto de vista operacional, a estratégia depara-se com inúmeras fragilidades como: melhor articulação entre atenção primária com a média e alta complexidade; integração de políticas estratégicas; carga horária dos profissionais de saúde; vínculos, intersectorialidade e trabalho em equipe. E entre outros, acrescenta-se a precarização das relações de trabalho dos profissionais. Daí a necessidade de que se aprofunde a análise em torno da prática cotidiana da ESF após expansão da SF.

2.2 O processo de trabalho e a prática cotidiana da Equipe Saúde da Família

A análise dos processos produtivos em saúde no interior de uma organização tem sido o grande desafio atual para compreender o modo de produção do cuidado em saúde, que por si só traz inscrito em sua essência a ação dos trabalhadores em relação consigo mesmo, com os usuários dos serviços de saúde e com os processos organizacionais (MERHY, 2007).

Franco e Merhy (2007) referem que alguns estudos tornam-se complexos, na medida em que se percebe que uma instituição qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis e normas que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado, podendo destacar aqui, a SF composta por profissionais de saúde e que possui uma dinâmica diária, atuando em ritmo intenso de atividade sustentada pelo trabalho no seu cotidiano.

A SF, considerada a alavanca para a modificação do sistema como um todo, tem entre suas atribuições, transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam. E enquanto estratégia essencial à AB objetiva centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizando o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade (BRASIL, 1996). Nesse sentido, a SF exige uma mudança estrutural na formação dos profissionais da ESF, demandando entre outros atributos, atenção, comprometimento e sensibilidade, ainda tão pouco praticados na atual forma de assistir a população (RONZANI; RIBEIRO, 2003).

Um dos principais motivos para a SF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da AB, na visão de Gomes e Pinheiro (2005), está no fato da estratégia buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família. Com isso, privilegiou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização dessas metas e objetivos, para os quais foram criados

mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para formação, capacitação e remuneração dos integrantes da equipe (PINHEIRO, 2001).

Tais atividades consistem em propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade, referida por Pinheiro (2001, p.15) que é entendida “como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”.

Na realidade, a importância do trabalho em equipe na SF é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares (PIRES, 2000). E assim, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem sobre o processo saúde-doença.

É importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais previstos na SF – médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde – encontram-se arroladas no documento do MS (BRASIL, 2006a). Contudo, uma relação de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não regula efetivamente um trabalho multiprofissional em saúde, centrado nos objetivos da SF para a obtenção de mudança do modelo assistencial (PEDUZZI, 2001).

Nesse novo modelo assistencial, a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas a equipe. E o foco central de atenção não é o indivíduo em sua exclusividade, mas a família e seu entorno, ao passo que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se apoiar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença e cuidado na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. Além disso, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade são necessárias.

Com relação a essas características complexas de trabalho, Franco e Merhy (1999), em discussões sobre a organização e a forma de trabalho da equipe, abordam que o trabalho da SF, embora direcionado para práticas multiprofissionais, não garante abertura na assistência médico, centrada no modelo hegemônico atual. E evidenciam que os dispositivos existentes não alteram a dinâmica de trabalho, porque a SF acredita em mudanças voltadas para as estruturas, ou seja, as macro-dimensões sob as quais atuam os serviços, não operando de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência.

Os mesmos autores acrescentam que a realidade dentro de uma unidade ou equipe de saúde, nos processos de trabalho, se produz por fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes do trabalho, da gestão ou usuários, que interagem entre si, não apenas no contato físico e de comunicação, mas em grande medida através de fluxos-conectivos que se dão também em nível simbólico.

Esses fluxos vão operando processos de produtividade, que se estruturam em um tipo de organização de redes, que têm como centro o trabalho vivo em ato, base sobre a qual a produção dos atos de saúde vai acontecendo. Por outro lado, os processos de trabalho operam em relações intermediárias entre trabalhadores e destes com os usuários, na medida em que ambos formam um encontro no qual se colocam como atores/sujeitos para a produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2007).

O trabalho vivo em ato significa um processo de relações, em que há um encontro entre duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, em que ocorre a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas depositam nesses encontros. Evidenciam-se também momentos de cumplicidades, nos quais há uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, além das relações de confiabilidade e esperança, em que são produzidos vínculo e aceitação (MERHY, 2007, p.15).

Essa ação cotidiana dos sujeitos que busca no ato de trabalho a realização da força produtiva da vontade transforma-se em intensas redes de conexão entre si e o mundo da saúde, expandindo a cena de produção para muito além do ambiente sistêmico que cerca uma unidade ou uma rede previamente arquitetada. Para traduzir bem a realidade da ação dos sujeitos e sua atividade nos espaços sociais, nos quais estão inseridos, onde não existem mecanismos orientando a ação de cada sujeito, cogita-se a imagem de que essa atividade de trabalho opera em um segundo plano, não revelada pelas estruturas organizacionais e fluxos pensados pelos gestores formais (AYRES, 2005).

As cartografias do processo de trabalho carecem, nesse aspecto, buscar descobrir nas relações que se constituem nesse território, entre as subjetividades que se atravessam a manifestação do diferente, o contraditório, o inesperado, os desvios e estranhamentos, o rico universo que compõe o concerto que demonstra o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus mais variados cenários (FRANCO; MERHY, 2007).

E é importante lembrar que é nesses distintos e dinâmicos cenários, que a prática cotidiana dos sujeitos reais que fazem a SF vai estruturando os modos de se praticar saúde. E para desvelar esses modos de produzir saúde, alguns estudos desenvolvidos com base na realidade cotidiana das equipes da SF, com intuito de compreender esse complexo processo, mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2002) enquanto outros, porém, demonstram que existem grandes limitações para que essas mudanças ocorram (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

Bertoncini (2000), por meio de pesquisa efetuada com profissionais das equipes de saúde da família em Blumenau, Santa Catarina, identificou mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta da SF, reforçando o potencial positivo do programa. Segundo, o autor, os profissionais das equipes citam como mudanças em seu trabalho: a atuação comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; o desenvolvimento de um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; a ampliação das ações de promoção; uma maior adesão da população; e maior possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a

população/comunidade. Além disso, é importante acrescentar que também houve redução das internações hospitalares, melhor acesso da população à rede básica de saúde e execução mais precocemente do diagnóstico das doenças. E atrelado a toda essa nova conjuntura, deve-se ressaltar a introdução de práticas assistenciais inovadoras e o incremento da utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior.

Em relação às práticas cotidianas das equipes de saúde, Ferreira *et al.* (2006), analisando o processo de trabalho de ACS, assume uma posição significativa no sentido de teorizar sobre a produção de encontros positivos entre as lógicas do agir instrumental e do estratégico pela criação de vínculo afetivos e espaços acolhedores de escuta, falas, responsabilização e cuidado. Assim, nessa perspectiva, as análises das dimensões da organização e da produção do cuidado apontam que os mesmos operam um processo de trabalho voltado para o campo das necessidades das pessoas, o qual por sua vez está centrado no trabalho vivo em ato, utilizando as tecnologias leves e leve-duras para produção do cuidado em seu intercâmbio com a comunidade. A sua prática é permeada por atitudes acolhedoras e solidárias para com as pessoas produzindo e ressignificando o seu cuidado através de atitudes e posturas balizadoras de um novo fazer.

Outro aspecto positivo no âmbito do processo de trabalho é a articulação entre as ações desenvolvidas pela ESF, refletida principalmente no interesse em conhecer o trabalho do outro, o que se considera um avanço, tendo em vista a tendência à fragmentação. De modo geral, a articulação ocorre durante o próprio atendimento do usuário e tem como objetivo produzir o melhor resultado das intervenções técnicas, o que é relevante e desejável (QUEIROZ; SILVA; TRAD, 2005)

É importante destacar, porém, condições envolvendo o processo de trabalho das equipes da SF que dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo. Essas condições estão relacionadas, especialmente, com o despreparo e o perfil dos profissionais lidarem com essa nova dinâmica de trabalho, com o desenvolvimento de ações planejadas de prevenção e promoção da saúde e as condições de trabalho da equipe.

Um estudo dos fatos que chama a atenção é o despreparo e o perfil dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva inerente à prática de saúde, criando graves lacunas na assistência à saúde como desvalorização dos trabalhadores de saúde, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários (TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve modificar-se, considerando-se que uma das maiores dificuldades na implementação da SF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade (MERHY, 1999). Com isso, é necessário o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos (RANZONI, 2003).

Outro aspecto que deve ser enfatizado na prática cotidiana das ESF, descrito por Ranzoni e Silva (2008) é a dificuldade para criar estratégias eficientes e atingir os objetivos de prevenção e promoção da saúde, em que o discurso muitas vezes propagado pelos trabalhadores é o de que a população não entende qual é a proposta da SF, não se interessa por seguir as orientações dos profissionais da ESF, e tampouco participa de palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos.

Os autores também ressaltam que a deficiência ou a falta de planejamento das ações pelas ESF's e pela gestão municipal pode representar um fator que colabora para as lacunas na comunicação entre profissionais e usuários. Assim, não se ajusta a falta de estratégias de ação bem estruturadas, que levem em consideração o contexto sócio-histórico da população adscrita, os objetivos da SF (de prevenção e promoção da saúde) e os da população (de ter suas necessidades de saúde atendidas).

Pesquisas como as de Bertoncini (2000) e Ribeiro *et al* (2004) tem exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, revelando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infraestrutura material, a dinâmica da assistência e as condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho.

Nessa perspectiva, esses estudiosos apontam para composição básica insuficiente das equipes, a falta de profissionais com o perfil proposto pelo

programa, várias modalidades de contrato de trabalho, heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, com algumas dessas inadequadas e em situação precária. E reforçam a sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho, além do comprometimento da referência e contra-referência dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema. Também relatam problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas ora conflituosas. São abordadas ainda expectativas contraditórias, conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais e impasses na relação entre a SF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

Pode-se avaliar, em outros estudos, a falha na tentativa de unir ações coletivas de prevenção e a efetiva participação da população. Uma hipótese seria que os usuários estão distantes do planejamento e das tomadas de decisão da equipe. E é pertinente expressar que no campo do planejamento e da construção de projetos assistenciais, o trabalho, que deveria ser no cotidiano das práticas de saúde um conjunto entre profissionais e usuários, se concentra exclusivamente dentro da equipe profissional. Assim, “reproduz-se o modelo de ‘pensar por’, ‘planejar por’, ‘decidir por’, ao invés de ‘pensar com’, ‘planejar com’, ‘decidir com’ o usuário e a população” (CREVELIM, 2005, p. 330).

Outros estudos também mostram que os profissionais da ESF direcionam seu trabalho cotidiano em equipe para os aspectos preventivos, acenando para a necessária integralidade da atenção, como uma prática de integração e cooperação entre os profissionais (COLOMÉ; LIMA, 2006). Contudo, encontram inúmeras dificuldades que interferem na atuação das equipes e, conseqüentemente, no desenvolvimento e no resultado de suas práticas, que indica a falta de prioridade no que se refere às ações de atenção básica preconizadas pelo programa (CANESQUI; SPINELLI, 2006). Apontam para algumas dificuldades fundamentais que interferem na obtenção dos resultados preconizados pela estratégia, relacionadas à escassez de recurso materiais, estrutura física imprópria das unidades de saúde e perfil dos profissionais de saúde que influenciam diretamente no desenvolvimento do trabalho da ESF (PACHECO *et al*, 2003).

Em relação ao enfrentamento dessas dificuldades no cotidiano das ESF's, Campos (1997) destaca que podem ser tentados arranjos institucionais que atendam pelo menos a três critérios, combinando autonomia e responsabilidade atribuída aos profissionais. Esses critérios às vezes são divergentes entre si, mas se constituem em aspectos gerenciais relevantes. E dentre esses três critérios, é importante lembrar que o principal dele é para validar um arranjo institucional, configurando-se na capacidade de produzir saúde do serviço ou da equipe. E segundo desses parâmetros é a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios). E o último refere-se à realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Do ponto de vista prático, seria desejável se buscar sempre a máxima realização possível desses três critérios a fim de possibilitar substancial e ampla melhoria na saúde da população.

Entretanto, embora as ESF tenham autonomia sobre seu processo de trabalho, a dependência de tomadas de decisão pela administração central retarda o desenvolvimento de ações de saúde, causando insatisfação nos profissionais e sensação de não resolubilidade de seus sofrimentos pelos usuários. E, somente haverá mudanças significativas nessa conjuntura da SF, em seus múltiplas atuações frente à saúde da população, com a intervenção de novos dispositivos que tragam perspectiva de mudança na prática cotidiana, que sinalizem para o estabelecimento de relações de responsabilização mais acolhedoras com os usuários e as famílias, envolvendo toda a ESF para um projeto assistencial coletivo e conseqüentemente transformando a prática atual de produzir saúde.

2.3 A avaliação de programas de saúde e a Estratégia Saúde da Família

As pesquisas de avaliação de políticas públicas começaram a se desenvolver no Brasil, a partir da década de 80 do século passado, passando a se apresentar na pesquisa acadêmica e embora ainda de forma bastante incipiente no cotidiano da administração pública. Nessa esfera, a avaliação tem sido conceituada

sob diferentes perspectivas e essas concepções guardam traços coincidentes ou comuns, e outras vezes posições discordantes (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Assim, na avaliação, observa-se uma grande variedade de abordagens, incluindo modalidades classificatórias cuja importância se revela em vista de seu interesse prático, que pode ser de acordo com o momento e o dado contexto da avaliação e de sua função, bem como da origem dos avaliadores e, por fim, dos aspectos do programa que são objeto da avaliação (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2000).

Nesse sentido, é válido lembrar que qualquer intervenção social, principalmente no setor da saúde, ao longo do tempo, necessita de algum tipo de julgamento de valor como forma de estabelecer ou corrigir as estratégias utilizadas, de maneira a respaldar o planejador/ implementador e a intervenção, frente ao público alvo, a instituição financeira e a comunidade acadêmica.

Para Contandriopoulos *et al.* (2000), uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação: normativa, que diz respeito ao estudo de cada componente da intervenção em relação a normas e critérios; e avaliativa, que examina as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção.

Nesse sentido, avaliar para Hartz (2000) é um julgamento de valor em relação a uma intervenção e seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, podendo ser resultado tanto da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) como da possibilidade de se elaborar um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Nemes (2001, p.10) afirma que avaliar é julgar, atribuir valor, e coloca o julgamento como conceito operativo central da avaliação. Segundo a autora, "uma avaliação, uma 'boa avaliação', deve julgar, ao passo que uma 'boa' e 'completa' avaliação julga e explica". E refletindo sobre essas posturas, ressalta-se que o Ministério da Saúde define avaliação em saúde como "um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde" (BRASIL, 2005a, p.18).

Com um enfoque específico na área da saúde, os estudos de Novaes (2000)

apresentam uma sistematização a respeito de avaliação. Por meio da análise de estudos sobre avaliação, a autora caracteriza as pesquisas avaliativas em três grandes tipos: pesquisa avaliativa; avaliação para decisão; e avaliação para gestão, que visa ao aprimoramento do objeto avaliado.

As pesquisas avaliativas são definidas a partir de critérios que procuram embasar a construção do processo de avaliação. Tais critérios são: objetivo da avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto da avaliação, utilização da informação, tipo de juízo formado e temporalidade (NOVAES, 2000).

Os elementos desses tipos de avaliação encontram-se presentes em toda a organização de atividade humana, envolvendo os setores públicos, privados e organizações não governamentais e, com ênfase nos programas públicos de saúde. Esses programas e respectivos desdobramentos constituem o cotidiano dos profissionais de saúde pública, de modo que tradicionalmente as ações são organizadas com mecanismos de avaliação embutidos, conforme observado por Hartz (2000). A autora enfatiza que os profissionais de saúde pública têm acumulado experiência no planejamento, gestão e avaliação das ações programáticas incorporadas ao modelo assistencial que praticam.

Para Matida e Camacho (2004), independentemente da avaliação ser científica ou administrativa, é importante que lhe seja conferido o objetivo de tomada de decisões. E para tanto, deve-se perceber que essas decisões são partes integrantes do conceito de avaliação em sua aplicabilidade, como uma interlocução entre o avaliador e aquele que decide pela mudança ou continuidade de uma intervenção. Os autores, considerando programas de abrangência nacional, sugerem que o modelo de pesquisa avaliativa, graças ao sistema de retroalimentação entre programa e respectivo contexto, tenha a capacidade de fortalecer e resgatar os papéis dos diversos níveis envolvidos no desenvolvimento das ações propostas na tentativa de buscar a qualidade.

Um dos precursores em avaliar a qualidade nos serviços e programas de saúde foi Donabedian (1980), que utilizou como critérios de definição de qualidade

em atenção à saúde: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade. E a partir daí, desenvolveu um marco conceitual na avaliação de programas de saúde, que considera os elementos de estrutura, de processo e de resultado, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais realizadas nos programas.

É válido retratar que a avaliação de estrutura diz respeito a todos os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis aos espaços que se proporcionam à atenção à saúde. Estes incluem o quadro de recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, veículos, normas e procedimentos, além de recursos financeiros e o próprio sistema de avaliação, que, em parte, determina o potencial do sistema.

O pressuposto subjacente a esse tipo de avaliação é que a atenção à saúde carece de um nível mínimo de estrutura, nos seus mais variados aspectos, para o desenvolvimento das ações propostas. O inverso nem sempre é verdadeiro, ou seja, a existência de determinada estrutura não indica, por si só, que processo e resultado esperados serão atingidos.

Ressalta-se que a avaliação de processo inclui tudo o que os profissionais de saúde fazem para os indivíduos, bem como a habilidade com que realizam as tarefas. Diversamente de estrutura, o processo determina como o sistema realmente funciona (KLUTHCOVSKY, 2005). Além disso, a avaliação de processo tem um potencial que demonstra as condições da assistência prestada aos usuários, principalmente, em situações de risco e de exposição a um determinado programa/serviço de saúde e, podendo instituir-se em uma medida paliativa quando for exigido um longo período de tempo para que os efeitos possam ser analisados, como a aferição da promoção e prevenção à saúde.

Estes benefícios da avaliação de processo são dependentes de uma construção teórica na qual as medidas de processo de assistência e respectivos efeitos na saúde ou satisfação do usuário estão claramente demonstrados. Apesar deste esforço, presente no desenho metodológico da avaliação de processo, Donabedian (1980) reconhece que a relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultados) é de probabilidade e não de certeza.

Avaliar os resultados em um contexto de atenção à saúde significa saber o que ocorre com as pessoas, após passarem pelos serviços de saúde. Donabedian (1980), nesse contexto sobre a avaliação, salienta a identificação da satisfação do usuário e dos níveis de saúde e doença das pessoas da coletividade como as duas formas principais de mensuração de resultados. Em relação aos últimos, preconiza a utilização de níveis de morbidade e mortalidade no processo de avaliação. Uma das desvantagens da avaliação de resultado é que um desempenho desfavorável representa informação tardia para a tomada de decisão/gestão. Outro aspecto negativo é que profissionais de saúde trabalham mais facilmente com critérios normativos de processo do que com indicadores de resultado (PERRIN, 2002).

Sabe-se da importante contribuição do modelo Donabediano (1980) para a avaliação em saúde, embora o próprio proponente do paradigma reconheça o modelo como uma simplificação da complexa realidade em que se insere o processo saúde-doença. Neste a relação de causalidade entre os componentes adjacentes (estrutura, processo e resultado) é fundamental e, quanto maior for a relação, maior é a confiabilidade de um dado indicador de resultado, o qual se baseia em probabilidades estabelecidas previamente para a avaliação.

Acrescenta-se que avaliar a SF é uma forma de participar da construção e aperfeiçoamento do SUS. É uma oportunidade dos diferentes atores (provedores de serviços em saúde, políticos, gestores, profissionais de saúde população, universidades e demais instituições de aprendizagem) contribuírem para a configuração que se deseja para a SF, constituindo-se em um processo de aprendizagem e de controle social, para o desenvolvimento de mudanças, em vez de um julgamento analítico de valor, bom ou mau.

Ao longo da criação da SF no Brasil, a avaliação só emergiu de forma sistemática no fim dos anos 90 e ganhou relevância a partir de 2000, com o debate em torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA; MISHIMA 2001). Através de iniciativas recentes, vem sendo sistematicamente debatida pelo MS, que passou a compreender a institucionalização da avaliação como uma política no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

E com isso, observa-se que o MS tem empreendido esforços no sentido de fornecer aos gestores municipais de instrumentos de gerência e avaliação no nível local, com um importante recorte na AB, de forma especial em relação à SF (BRASIL, 2005). E assim, a ênfase na SF pode ser justificada em função da significativa expansão nos últimos anos e pela respectiva importância como porta de entrada do sistema como um todo.

Tornar a avaliação como ação sistemática no sistema público de saúde é assumida pelo MS como passo fundamental para dar qualidade às ações desenvolvidas para o cumprimento dos princípios basilares do SUS. Por essa razão um dos objetivos do PROESF, que apresenta em sua redação três componentes para a consolidação da SF no país, e através do terceiro componente, criar uma cultura e uma sistemática de avaliação e monitoramento em saúde, vem beneficiando municípios que adotaram ou adotam a SF (BRASIL, 2002)

Anteriormente ao PROESF, o Pacto da Atenção Básica, anualmente realizado, apresentava alguns indicadores relativos à estratégia da SF (BRASIL, 2005b). A partir de 2005, no entanto, a Coordenação de Avaliação da Atenção Básica passou a propor um processo específico para a SF intitulado de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) - Qualificação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005a, 2005c). Utilizando um referencial misto de Donabedian, (1980) e Uchimura e Bosi (2002), o MS assumiu a necessidade de apreender o impacto da atuação das ESF, nos respectivos contextos.

Na realidade, a proposta da AMQ adota cinco instrumentos de auto-avaliação, com ênfase nos processos de trabalho. Aspectos de estrutura e resultado são tomados como parâmetros para avaliação da qualidade, a partir de uma visão dinâmica de estágios de qualidade inter-relacionados, porém com menor ênfase em relação àqueles indicadores de processo (BRASIL, 2005a).

Anteriormente à institucionalização da avaliação no SUS, a SF foi avaliada por pesquisa circunscrita a uma etapa bastante preliminar da implantação da estratégia e dos seus distintos modelos, sendo avaliada também nos dez grandes centros urbanos, com mais de 100 mil habitantes, para subsidiar e apoiar os gestores na sua consolidação e ampliação (BRASIL, 2002; VIANA, DAL POZ, 1998).

O desempenho da SF foi avaliado, através de indicadores selecionados e uso das informações oficiais registradas, ao lado de seu monitoramento e acompanhamento, em períodos distintos, o que possibilitou essa avaliação mais sistematizada (BRASIL, 2004; CANESQUI e OLIVEIRA, 2002).

Os estudos de implementação apontaram adaptações da SF aos contextos locais, em face da disponibilidade dos recursos materiais, financeiros e humanos, das adesões ou resistências dos atores, capacidades de gestão e institucionais dos municípios (CANESQUI; SPINELLI, 2006). E com isso, conforme ressalta Bodstein (2002), interferem nessas alterações fatores de natureza contextual e estrutural, que também afetam o funcionamento das instituições e o processo de implementação.

De acordo com Senna e Cohen (2002), os modelos assistenciais não são apenas técnicos, mas construídos nas relações políticas entre os atores sociais, uma vez que a incorporação de suas demandas pelo poder público dá-se com graus diferenciados, e as propostas formuladas revelam-se nos contextos locais.

Dentre as dimensões abordadas nesses estudos, destacam-se as relacionadas às equipes, ao seu trabalho e às ações de Atenção Básica, convergindo conclusões sobre a heterogeneidade dos modelos da SF nos municípios e a parcial implantação das ações previstas, juntamente com a insuficiente cobertura populacional, com as deficiências de infra-estrutura, insumos e equipamentos, bem como com o sistema de referência em níveis de maior complexidade de assistência (SANTOS, 2003).

E a partir daí, depreende-se que houve forte expansão da estratégia, com as alterações nas formas de financiamento para a atenção básica, aumento dos recursos de custeio para as ações preventivas, assistência farmacêutica, controle de endemias e das carências nutricionais, bem como maiores investimentos na capacitação dos profissionais (SANTOS, 2003).

Campos (2005), nessa conjuntura da avaliação em saúde, analisou ações específicas, como as dirigidas às mulheres com implantação parcial do aleitamento materno e da assistência anticoncepcional, e distorções na qualidade da atenção e na formação dos profissionais. E deve-se acrescentar que ações específicas como o acompanhamento de gestantes ao pré-natal foi incentivado financeiramente nos

municípios em gerência plena da atenção básica. No Estado do Ceará, onde o programa está mais consolidado, Moura *et al* (2005) identificaram o aumento da captação precoce das gestantes e cobertura das consultas de pré-natal na Regional de Saúde de Baturité.

Outras pesquisas qualitativas sobre o consenso e divergência das opiniões de médicos e enfermeiros constaram também que as discordâncias reforçam as características corporativas dos profissionais em relação à SF (PEDROSA; TELES, 2001). Esse contexto é evidenciado no estudo Canesqui e Spinelli (2006), que avaliaram a qualidade da atenção na visão da equipe em sua totalidade, e mostraram que as desarmonias entre as categorias profissionais que compõem a ESF constituem um dos principais desafios na construção de uma nova prática assistencial.

Samico (2005) refere-se também sobre a visão dos gestores e gerentes no sentido de identificar a concepção e expectativa desses atores sociais sobre a SF e, em especial, discutir os fatores facilitadores e dificultadores que tem interferido no desenvolvimento da estratégia em Goiânia, para o desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais.

Em relação às expectativas e opiniões dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre a estratégia, Ronzani e Silva (2008) referem que pode afetar a efetividade do serviço, tendo em vista que os gestores destacaram como maior benefício da estratégia a intervenção junto às famílias. E citam ao mesmo tempo a educação, a assistência e a promoção da saúde como pontos importantes da SF, afirmando ainda, que os usuários revelam que o ACS representa a categoria profissional de maior destaque, e afirmam se fazer necessária a presença de especialistas para melhorar a qualidade no atendimento à saúde. Os profissionais relatam que a condição para uma boa equipe são os atributos pessoais de seus membros, havendo insatisfação com a organização da SF, e cuja prevenção é o principal objetivo da estratégia.

A proposta de avaliação de programas de saúde, hoje utilizada como referencial para a SF, ainda é um processo em constante construção. De acordo com os teóricos e estudiosos da área, elementos como a participação, o controle

autônomo do trabalho, a construção de uma consciência crítica e o movimento de inclusão dos sujeitos envolvidos no processo de avaliação ainda precisam ser mais bem trabalhados no sentido de se garantir um efetivo exercício de cidadania por estes atores.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e quantitativa. Segundo Deslandes e Assis (2002), a articulação entre essas abordagens no campo da pesquisa em saúde tem sido alvo de debates, em que se reconhece a importância da interação metodológica para pesquisar o complexo saúde-doença-atenção, indicando as diversas modalidades de diálogos. Nesse contexto, o quantitativo e o qualitativo traduzem cada um na sua definição, enquanto abordagens, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes no cotidiano das práticas de saúde.

A pesquisa quantitativa consiste em revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado, permitindo a generalização da representatividade e inferência para outros contextos, porém, o significado é sempre sacrificado em detrimento do valor numérico exigido pela análise, não consentindo a análise das relações (GIL, 2005).

Diante desse enfoque, ressalta-se que a pesquisa qualitativa se adequou ao objeto deste estudo, por considerar o universo dos significados, os valores, as relações e a subjetividade dos sujeitos e a partir daí permitiu o conhecimento das experiências vividas, dos aprendizados incorporados e praticados, dos valores e das crenças próprias do universo dos profissionais que integram a equipe (MINAYO, 1999)

Em relação à pesquisa avaliativa, consistiu na aplicação de um julgamento de valor a respeito de uma intervenção por meio da utilização de procedimentos científicos com a finalidade de ajudar na tomada de decisões, a qual foi definida a partir dos objetivos deste estudo em relação ao contexto da avaliação e de sua função (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

3.2 Cenário do estudo

O cenário desta investigação é o município de Caxias, com área de 5.224

km², banhado pelo rio Itapecuru e com clima tropical, situando-se na região leste do Estado do Maranhão, a 374 quilômetros da capital maranhense, São Luís, e 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. A sua infra-estrutura de transporte possibilita o acesso à capital maranhense pela rodovia BR – 122 e à capital piauiense pela BR – 316. Caxias faz divisa ao sul com os municípios de Matões e Parnarama, a oeste São João do Soter e Codó, a leste com rio Parnaíba e Timon e norte com Coelho Neto e Aldeias Altas (IBGE, 2007)

Segundo dados do recenseamento geral do Brasil, o município de Caxias apresenta uma população estimada em 143.197 habitantes e densidade demográfica de 26,3 habitantes/km², com taxa de crescimento anual de 1,36. O IDH municipal equivale a 0,614, abaixo da média nacional, que corresponde a 0,792, considerado um índice de médio desenvolvimento e que coloca o Brasil no 69º lugar no *ranking* mundial (PNUD-2006).

Ressalta-se que as principais atividades econômicas do município de Caxias são: agricultura, pecuária e indústria. E isso faz com que Caxias se encontre na terceira posição em relação às categorias quantitativas de população, economia e estruturação social (IBGE, 2007; PNUD-2006).

Quanto à educação, a rede de ensino é pública e privada. Apresenta três faculdades, sendo uma pública de nível estadual e duas particulares, oferecendo vários cursos de licenciatura e bacharelado. E conta com 45 creches, 251 escolas de ensino fundamental, uma escola rural, 15 escolas estaduais de ensino médio, 09 escolas privadas, 03 com o ensino fundamental e médio, 06 com o ensino fundamental. E no contexto educacional do município é importante destacar que a taxa de alfabetização é de 75,80% e a expectativa de vida é de 75 anos (IBGE, 2007).

O município está em processo de expansão e aperfeiçoamento de seus serviços para atender uma população de 1.219.003 habitantes, haja vista, sua condição de macrorregião, referenciando e responsabilizando-se por mais 47 municípios, o que exige uma estrutura organizacional de controle, avaliação, auditoria e regulação (CAXIAS, 2007).

A cidade de Caxias está habilitada na gestão plena do Sistema Municipal, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do SUS e está subordinada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com uma rede assistencial de saúde que apresenta três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD, CAPS Infantil e CAPS III) para atendimento de pessoas portadoras de distúrbio mental.

Além dos CAPs, o município conta ainda também com Centro de Testagem, Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada (CTA/SAE); Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Reabilitação Infantil Sinhá Castelo; Centro de Especialidades em Assistência Materno-Infantil (CEAMI); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica; Núcleo de Controle de Infecção em Serviços de Saúde; Central de Regulação; Policlínica de Atendimento Médico (PAM); e os hospitais, sendo uma Maternidade, um Infantil e um para atendimento geral.

A Atenção Básica está estruturada na SF, na qual atuam 59 equipes de Saúde da Família, 59 equipes de Saúde Bucal e o Programa de Agente Comunitário de Saúde, concentrados em 31 Unidades Saúde da Família (USF's), todas com consultório de Odontologia, das quais 20 estão situadas na zona urbana e 11 na zona rural. Atuam na rede municipal de saúde 575 profissionais, sendo, 59 enfermeiros, 41 médicos, 82 auxiliares de enfermagem e 394 ACS, perfazendo uma cobertura populacional de 100% em todo o município e desenvolvendo suas ações nos grupos preconizados pela NOAS-01/02 e reafirmados pela PNAB (CAXIAS, 2007).

3.3 Sujeitos do estudo

Este estudo contou com a participação de profissionais de saúde representados pelas diversas categorias: enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Como critério de inclusão, considerou-se os profissionais atuantes nas 12

equipes da SF desde 2005, e que permaneciam trabalhando no município no momento da obtenção de dados, esses profissionais vivenciaram e acompanharam o processo de ampliação da SF em Caxias e as modificações ocasionadas por este processo em suas práticas diárias. Em relação aos auxiliares de enfermagem e ACS devido ao grande número de profissionais, incluiu-se apenas um representante de cada equipe que atuava nas 12 ESF's, no ano de 2005.

Assim, foram convidados 48 profissionais da SF para participarem do estudo, entretanto devido a indisponibilidade de alguns, obteve-se a participação de 35 sujeitos. Os profissionais de saúde foram informados formalmente sobre a pesquisa, por meio de ofícios entregues pela pesquisadora. Para viabilizar a participação dos profissionais de saúde, a Coordenação do PSF/PACS do município, os liberou de seu trabalho no momento da realização da pesquisa.

3.4 Obtenção de dados

Utilizou-se como técnica de obtenção de dados o grupo focal para analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a expansão da SF no município em relação às mudanças ocorridas na sua prática cotidiana após a expansão da SF .

A opção pela estratégia metodológica de se utilizar o grupo focal se deu por acreditar que este permite amplo acesso de vivência e informações, pois conforme esclarece Filartiga (2001, p.13):

...o homem é por natureza um ser social, nasce e vive em grupos e a vida em grupo cria a oportunidade de vivenciar experiências que contribuem para o seu conhecimento e crescimento pessoal, a partir de descobertas de si mesmo e dos outros.

Olmsted (1980) pontua que o indivíduo é mais susceptível de ser estimulado quando está com outros do que quando se encontra sozinho, e que o efeito que ele exerce sobre o indivíduo não se limita às funções racionais e ao conhecimento, mas influencia o sentimento e a vida emocional de cada um dos membros.

Entre as muitas modalidades de grupos, o grupo focal, segundo Dall`Agnol e

Ciampone (1999), consiste em uma técnica de pesquisa em sessões grupais, como foros facilitadores de debate e de expressão de características psicossociológicas e culturais.

Gaskell (2002) relata que os vantagens do grupo focal está em poder oferecer um debate aberto a todos os sujeitos participantes sobre temas de interesse comum, para proporcionar uma discussão que envolva troca de experiências, ideias e pontos de vista diferenciados e particulares, sem privilegiar os sujeitos .

Duarte e Barros (2005) comentam que o grupo focal é um método qualitativo de adquirir informações para a pesquisa e constitui maneiras de ouvir e aprender com as pessoas e, por sua vez, gera uma linha contínua de comunicação entre o moderador e os sujeitos, assim como entre eles mesmos. Sousa (2003, p.36) explica que a principal finalidade do grupo focal é que "permite reunir os sujeitos em um espaço favorável à reflexão crítica sobre determinada situação em debate"

Tanaka e Melo (2001) referem que o número de sujeitos recomendado para o grupo é variável, em geral, entre 6 a 15 pessoas. Neste estudo, considerou-se a conformação do grupo focal recomendado pelos autores citados.

Dessa maneira, pensando em não privilegiar alguns sujeitos da pesquisa, considerando a sua profissão e formação, optou-se em formar grupos de sujeitos da mesma categoria profissional, para evitar a inibidez das falas de alguns participantes no momento do debate grupal. Assim, foram formados quatro grupos: o grupo A, com auxiliares de enfermagem; o grupo B, com 12 ACS; o grupo C, com 12 médicos; e o grupo D, com 12 enfermeiros.

Optou-se por trabalhar com os grupos fora do ambiente de trabalho, por considerar-se que este poderia expor os sujeitos a não se sentirem confortáveis para a apreciação crítica em relação à prática cotidiana e à sua produção do trabalho e, portanto, não expressar as suas verdadeiras idéias e sentimentos.

Os grupos foram reunidos em uma sala de aula cedida pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), local que oferecia privacidade e com pouco ruído. Os encontros foram realizados nos seguintes dias: 24/07/08 às 9h, com os Auxiliares

e Técnicos de Enfermagem; 24/07/08 as 15h, com os ACS; 25/07/08 as 9h, com os Médicos e em 25/07/08 as 15h com os Enfermeiros. Para cada grupo de profissionais foi realizada uma reunião.

Uma dificuldade encontrada foi a de reunir o grupo de médicos, que não compareceu no dia agendado, e só foi possível a realização do grupo focal no dia 02/08/2008, após contato individual da pesquisadora com cada médico, para explicar a relevância e a contribuição de sua participação para o alcance dos objetivos do estudo.

Assim, as sessões tiveram duração média de uma hora e meia. As cadeiras foram colocadas em círculo para facilitar a interação face a face de todos. Os estudiosos que utilizam o grupo focal, assim como Dall'Agnoll e Trench (1999), recomendam a presença de um coordenador, também denominado moderador, para facilitar o debate.

Além do coordenador, as sessões também contaram com um observador, cuja tarefa foi registrar tudo o que acontece no grupo, incluindo os aspectos verbais e não-verbais dos sujeitos, durante toda a sessão, colaborando com o moderador no controle do tempo e monitorando o gravador. A coordenação dos grupos foi realizada pela pesquisadora.

Colaborou no papel de observadora uma estudante do curso de Bacharelado em Enfermagem, que foi previamente treinada para essa função. Após cada sessão a pesquisadora se reunia com a observadora, para leitura dos registros e troca de impressões sobre o grupo.

Para cada grupo ocorreu um encontro e, antes de iniciar as sessões, era oferecido um lanche para todos os participantes, enquanto se esperava a chegada de todos, com o intuito de criar um ambiente agradável e favorecer a interação entre os mesmos.

A pesquisadora, como moderadora do grupo, abria a sessão na primeira reunião de cada grupo, dando boas-vindas aos sujeitos, falando sobre o objeto e objetivos do estudo, a contribuição dos sujeitos para a realização da pesquisa, esclarecendo que todos teriam suas identidades totalmente preservadas e se

colocando totalmente à disposição para sanar possíveis dúvidas em relação ao objeto, objetivos e metodologia do estudo. Em seguida solicitava que cada um dos participantes espontaneamente se apresentasse para então dar início às conversações e debates tomando como base um guia de temas com quatro questões sobre a temática, a partir das quais os sujeitos eram levados a refletir sobre a sua prática cotidiana após a expansão da SF em Caxias (APÊNDICE A).

Destaca-se que para o funcionamento de cada grupo foram estabelecidas as regras básicas de convivência, o horário, o tempo de duração de cada sessão, foi reafirmado o compromisso assumido por cada um, o sigilo daquilo que era discutido no grupo, e solicitada a colaboração de todos para assegurar o espaço de fala de cada um, sem que fossem interrompidos.

Para o Grupo Focal A, foram convidados 12 auxiliares de enfermagem, desses 09 compareceram à reunião. Aqueles que desistiram não comunicaram previamente à pesquisadora sobre a ausência. Fizeram parte desse grupo: AUX-1; AUX-2; AUX-3; AUX-4; AUX-5; AUX-6; AUX-7; AUX-8; AUX-9 (nomes códigos).

Já para o Grupo Focal B, foram selecionados 12 ACS, os quais 11 compareceram à encontro. Integraram esse grupo: ACS-1; ACS-2; ACS-3; ACS-4; ACS-5; ACS-6; ACS-7; ACS-8; ACS-9; ACS-10; ACS-11 (nomes códigos).

Em relação ao Grupo Focal C, foram selecionados 12 médicos, sendo que na primeira reunião não nenhum dos participantes compareceu, ao passo que foi remarcado um novo encontro e nesse apenas 06 compareceram, os quais justificaram a ausência de seus colegas em decorrência de outros compromissos. Constituíram esse grupo: M-1; M-2; M-3; M-4; M-5; M-6 (nomes códigos).

E por último, para o Grupo D, foram selecionados 12 enfermeiros, dos quais 09 compareceram ao encontro. Fizeram parte desse grupo: E-1; E-2; E-3; E-4; E-5; E-6; E-7; E-8; E-9 (nomes códigos).

Nesse sentido, embora selecionados 48 participantes, apenas 35 compareceram aos encontros, mesmo esclarecidos previamente a importância da participação para que fosse concretizado o estudo. É válido ressaltar que o grupo de médicos foi o que teve o maior número de ausências, do total de 12 sujeitos

médicos, 06 não puderam se fazer presentes, ao passo que o grupo que teve o maior número de participantes foi o de ACS, dos 12 profissionais apenas um não se fez presente.

3.5 Análise dos dados

Na análise dos dados quantitativos, coletados dos documentos da SMS, e dos sistemas de informação do MS, foram selecionadas as variáveis pertinentes ao estudo, sendo estabelecida análises descritivas por meio de tabelas e quadros. Nas análises descritivas utilizou-se calculos de frequencia simples para as variáveis estudadas.

Em relação aos dados obtidos nas entrevistas, foram submetidos à Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin, que busca a compreensão do significado das falas dos sujeitos para além dos limites, daquilo que é descrito. Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, optou-se pela Análise Temática, a qual "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 1977, p.105).

A Análise Temática neste estudo abrangeu as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. A pré-análise consistiu na organização do material, na definição das unidades de conteúdo e isso exigiu uma leitura flutuante do material, em um contato exaustivo com os dados, para tomar conhecimento de sua estrutura e registrar as impressões sobre o texto.

Com base nessa perspectiva de análise foi realizada a transcrição das fitas das falas, na íntegra, pela própria pesquisadora. Os autores das falas foram identificados por códigos, para que fossem mantidas o sigilio de suas identidades. Seguindo-se essa seqüência metodológica, procurou-se organizar o material, inciando-se pelos dados obtidos das observações e realizando-se a sistematização dos dados na forma de texto.

Nessa fase de pré-análise, após a reunião de todo o material empírico, foi

realizada a leitura flutuante do mesmo para se ter uma visão do conjunto, procurando-se explorar exhaustivamente o conteúdo das observações e das falas dos grupos, para se apreender as particularidades dos presentes

Em seguida, procedeu-se à fase de exploração do material e da análise do conteúdo das mensagens, através das unidades de registro, que são o resultado da decomposição do conjunto do texto (recortes em uma palavra-chave, frase) ou tema, que é a unidade maior em torno do qual se tira uma conclusão. Além das unidades de registro, definiram-se as unidades de contexto temático, oferecendo uma visão mais ampla do material estudado.

Escolhidas as unidades de registro e as unidades de contexto, o passo seguinte foi a categorização/codificação do material, para abranger elementos comuns, ou que se relacionassem entre si, e alcançar o núcleo de compreensão do texto. Utilizar categorias é reunir elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito. E partindo desse pressuposto é válido lembrar que as categorias devem ser homogêneas, exaustivas, exclusivas e adequadas ao conteúdo e ao objetivo a que se propôs a pesquisa (DESLANDES; GOMES, 2003).

Procurou-se trabalhar horizontalmente o conjunto de observações e das falas dos grupos, buscando-se uma forma de fazer os recortes, a categorização e a codificação, de acordo com Bardin (1977) e procurando-se apoiar a leitura nos referenciais teóricos.

A última fase consistiu no tratamento e interpretação dos dados, para desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifestado por cada um dos sujeitos participantes da pesquisa. E assim foi se delineando e contruindo os resultados a que se chegou esta pesquisa, tomando como base os diálogos entre a dimensão teórica, os contextos, as questões e os objetivos.

Nessa etapa, como citam Gomes et al. (2005), foi realizada, na realidade, interpretação das interpretações, ou seja, enquanto os procedimentos de análise quebram, dividem, se descontroem, a interpretação caminha em um movimento de síntese, por meio da construção criativa de possíveis significados, tendo como eixo norteador o quadro teórico.

É importante lembrar que os temas partiram da base empírica para o estabelecimento da ponte analítica entre o conhecimento obtido através das falas e os pressupostos conceituais, que possibilitaram a emergência das categorias de análise. Dessa forma, as categorias configuradas foram: mudanças ocorridas após a expansão da Saúde da Família, com as subcategorias de estrutura, processo e resultados, que foram agrupadas segundo o referencial de Donabidean (1980); Desafios para consolidação da Saúde da Família na perspectiva da melhoria da assistência à saúde na prática cotidiana equipe; e Avanços do modelo assistencial.

3.6 Aspectos ético-legais

O projeto foi inicialmente enviado para a SMS do município de Caxias-Ma para autorização de seu desenvolvimento, ao passo que posteriormente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sendo aprovado através do Parecer de Nº. 59/08 (Anexo A).

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFPI, foi realizado um encontro com os sujeitos do estudo, para os quais foram apresentados, de forma sucinta, a pesquisa, seus objetivos e as questões norteadoras. Nessa oportunidade, foram estabelecidos o horário e o local para a reunião dos grupos focais.

Os profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa foram devidamente informados com a leitura detalhada do Termo de Esclarecimento sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), ficando-lhes assegurado o direito à privacidade, sigilo e acesso aos dados. O termo de consentimento foi elaborado em linguagem acessível e de acordo as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a).

Os sujeitos do estudo tiveram suas identidades preservadas, sendo-lhes assegurado que o uso e a destinação dos dados coletados serão exclusivamente para fins de pesquisa e que de acordo com o estabelecido na Resolução nº 196/96, do CNS / MS, foram informados sobre o direito de excluir-se da investigação, conforme sua intenção.

4.1 Contextos do Processo de Expansão da Saúde da Família em Caxias

Para caracterizar o ambiente social onde os trabalhadores da saúde desempenham suas atividades cotidianas, foram utilizados dados dos documentos oficiais da SMS que descrevem sobre o processo de expansão da SF no município de Caxias-MA, buscando definir e compreender os espaços que configuraram as ações desenvolvidas pela ESF durante a ampliação da SF.

O PROESF é considerado um projeto de intervenção para o fortalecimento da SF no país. Os seus investimentos representam mais do que a aquisição de recursos para a estruturação das equipes/unidades, significam ampliação e desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação da SF. Essas ações vão além da exterioridade, podem expressar espaços estratégicos para que ocorram ou não modificações na reorganização dos serviços de saúde, por meio dos quais se obterá o efeito da intervenção em seus diferentes contextos sociais no município.

Para expor o dinamismo dos espaços onde os trabalhadores da saúde desempenham suas atuações para dar significado às suas ações, apresentam-se alguns quadros nos quais podem ser visualizados os recursos existentes na AB antes da expansão da SF em 2004 e os recursos concedidos pelo PROESF em 2007. Além desses quadros também são demonstradas tabelas que descrevem a síntese da situação atual.

No Quadro 01 a seguir, estão discriminados os recursos que a SF disponibilizava em 2004, no momento da intervenção do PROESF, isto é, os recursos que existiam sob o controle da AB, que serviram de base de sustentação para a viabilidade de um projeto de reformas institucionais.

É possível observar que, classificando estes recursos em técnicos, administrativos e políticos (TESTA, 1992), estes faziam parte de uma rede física estruturada no nível local e hierarquizada na existência de programas verticais do MS que propiciaram a participação em treinamentos realizados pela SES.

Os recursos técnicos existentes em 2004 praticamente eram os mesmos desde a implantação da SF no município em 2001, que por sua vez algumas vezes tornavam-se escassos para que os atores sociais pudessem desenvolver suas ações na estruturação da AB, apontando, assim, para uma atuação limitada, tanto no plano individual quanto no coletivo, no sentido de realização das metas propostas pela SF.

**QUADRO 1 - Recursos existentes na Secretaria Municipal de Saúde
de Caxias - MA em 2004**

TÉCNICOS	POLÍTICOS	ADMINISTRATIVOS
<p>Numero de habitantes: 133.980</p> <p>Cobertura populacional da SF: 30,89%</p> <p>Rede física da AB: 25 UBS</p> <p>Veículos disponíveis para SF: 03 unidades</p> <p>Rede física da assistência especializada – referencia e contra-referencia: 01 Centro de saúde de especialidades 01 Hospital de urgência e emergência 01 Hospital materno e infantil 01 Clinicas especializadas privada 01 Central de marcação de exames 01 Centro de controle de zoonoses 02 Laboratórios de análises clinicas 01 Centro de Testagem e Aconselhamento</p> <p>Leitos hospitalares:públicos - 84</p> <p>Capacitação de Recursos Humanos Profissionais atuando na SF: 345</p> <p>Treinamentos isolados promovidos pela SES</p> <p>Programas desenvolvidos: Programa de Suplementação Alimentar Materno Infantil Campanhas de Vacinação Controle de Tuberculose Controle da Hanseníase Hipertensão Sisprenatal</p>	<p>Coordenação e hegemonia do Gestor municipal sobre a SMS</p> <p>Indicação de coordenadores para os programas, diretores dos hospitais ligados a influencias políticas partidária, com exceção e a direção das USF que ficava informalmente sob responsabilidade da dos enfermeiros.</p> <p>Definição das prioridades da programação de acordo com as exigências dos programas do MS, sem considerar a realidade local.</p> <p>Limitação da autonomia da coordenação do PSF.</p> <p>Ausência dos sistemas de informações para o uso do monitoramento, avaliação, planejamento e das ações da SF pela gestão</p> <p>Movimento popular e sindical em saúde com ações elementares.</p>	<p>Administração e execução da programação e orçamentação dos recursos financeiros repassados pelo MS através da SMS.</p> <p>A liberação dos recursos financeira é do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo municipal de Saúde, com a maior parte proveniente do MS.</p> <p>Recursos adquiridos até 2004*: Programa Saúde da Família – R\$ 635.040,00</p> <p>Programa de Agentes Comunitários de Saúde- R\$ 775.200,00</p> <p>Incentivo à Saúde Bucal- R\$ 122.400,00</p> <p>Piso da Atenção Básica – fixo- R\$ 2.016.024,96</p> <p>Incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária- R\$ 52.777,00</p> <p>Farmácia Básica – municipal- R\$ 13.582,62</p> <p>Epidemiologia e Controle de Doenças- R\$ 847.686,00</p> <p>Assistência de media e alta complexidade: R\$ 2.189.659,72</p>

Fonte: documentos da SMS.

* Fundo Nacional de Saúde, 2008

Em relação aos recursos administrativos que estavam disponibilizados para a AB, destaca-se que são decorrentes da existência de uma gama de financiamentos para programas isolados. A manipulação desses recursos favorecia o controle dos recursos políticos, utilizando ações de saúde como instrumento estratégico de barganhas políticas. O gerenciamento desses recursos era baseado na centralização das decisões por parte da gestão e a triagem da aplicabilidade era feita por meio da dicotomia entre o financiamento das ações da AB e o financiamento das ações de média e alta complexidade.

Foi nesse contexto, em 2004, que os investimentos do PROESF passaram a ser caracterizados como algo mais que recursos financeiros, passaram a representar elementos que guardam a possibilidade de imprimir uma nova reestruturação ao espaço da AB no município, por meio de novos recursos, que compreendem o fortalecimento da SF, criação de uma política de educação permanente para os recursos humanos, e institucionalização de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho da SF, e estão descritos no Quadro 2.

**QUADRO 2 - Recursos existentes na Secretaria Municipal
de Saúde de Caxias - MA em 2007**

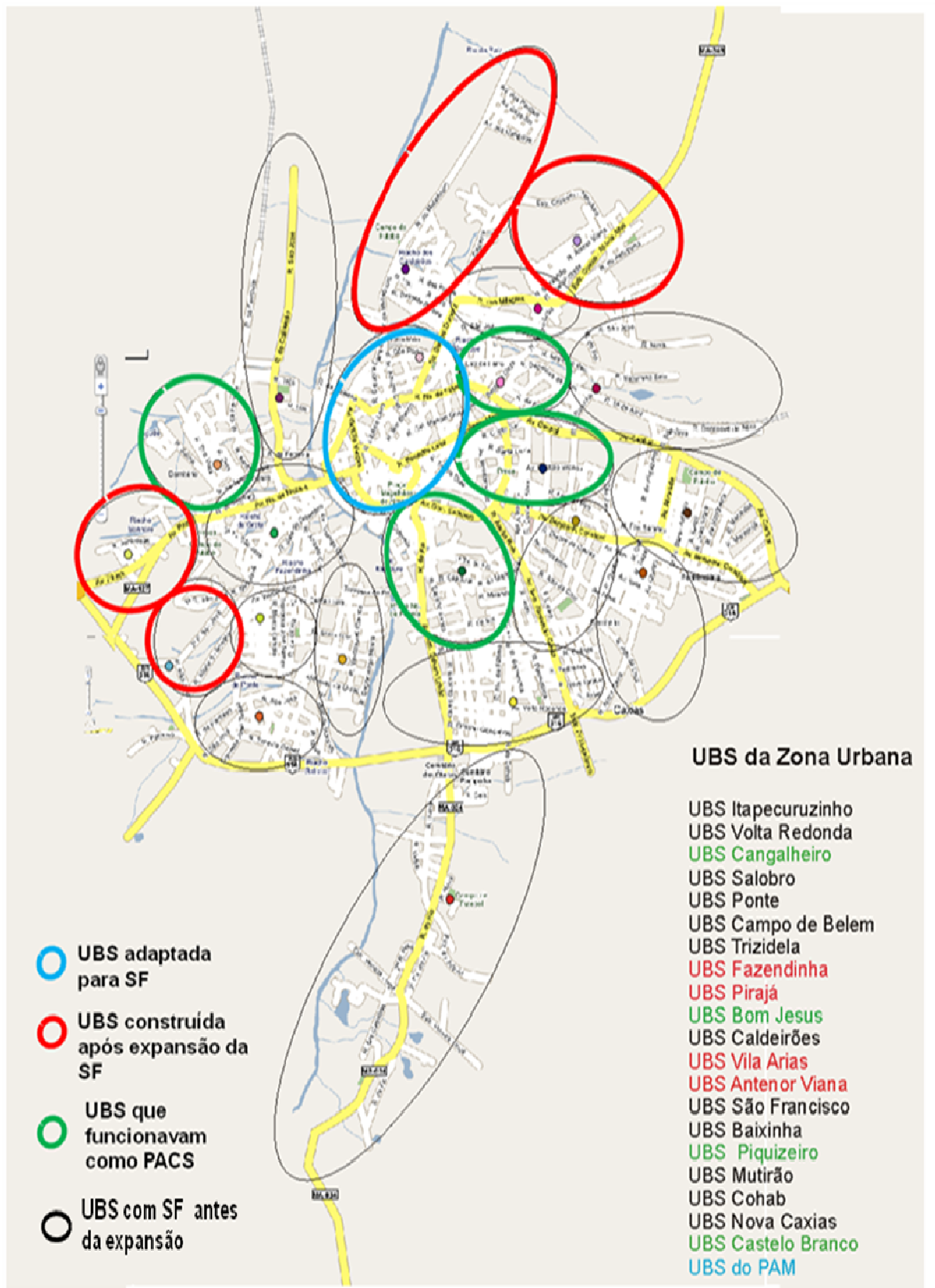
TÉCNICOS	POLÍTICOS	ADMINISTRATIVOS
<p>Numero de habitantes: 149.469</p> <p>Cobertura populacional da SF: 100%</p> <p>Rede física da AB 32 UBS</p> <p>Veículos disponíveis para SF: 13 unidades</p> <p>Rede física da Assistência Especializada – Referencia e contra-referencia: 01 Centro de Saúde de Especialidades 01 Hospital geral 01 Hospital infantil 01 Hospital materno e neonatal 03 Clinicas especializadas privadas 01 Central de marcação de exames 01 Centro de controle de zoonoses 07 Laboratórios de análises clinicas 03 Centros de atenção psicossocial 01 Centro de Testagem e Aconselhamento 01 Centro de Especialidades Odontológicas 01 Centro de Reabilitação Infantil 01 Centro de Especialidades em Assistência Materno-Infantil 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência</p> <p>Leitos hospitalares: Público – 204</p> <p>Capacitação de Recursos Humanos: Profissionais atuando na SF: 876 Estabeleceu convenio com UFMA para especialização em Saúde Publica – Saúde da Família para todos os profissionais da ESF</p> <p>Programas do MS: Programa de Suplementação Alimentar Materno Infantil Saúde Mental Campanhas de Vacinação Controle de Tuberculose Controle da Hanseníase Hiperdia Sis prenatal Siscolo Programa Integrado de Saúde Escolar</p>	<p>Coordenação e autonomia da Secretaria Municipal de Saúde Elaboração do Plano Gestor Municipal e do Planejamento do Sistema Municipal de Saúde.</p> <p>Indicação de coordenadores para os programas, diretores dos hospitais ligadas a influencias políticas externas e diretores das USF fica informalmente sob responsabilidade da dos enfermeiros.</p> <p>Autonomia hierárquica da coordenação do AB.</p> <p>Definição das prioridades da programação de acordo com a realidade local.</p> <p>Sistemas de informações para o uso do monitoramento, avaliação, planejamento e das ações da SF pela gestão</p> <p>Movimento popular e sindical em saúde com ações mais mobilizantes.</p> <p>Criação das Comissões de Controle de Mortalidade Materna, Crianças e de Infecção em Serviços de Saúde nos hospitais e AB</p>	<p>Administração e execução da programação e orçamentação dos recursos financeiros repassados pelo MS através da SMS.</p> <p>Recursos adquiridos até 2007*:</p> <p>Programa Saúde da Família - R\$ 4.074.300,00</p> <p>Programa de Agentes Comunitários de Saúde- R\$ 2.177.240,00</p> <p>Incentivo à Saúde Bucal- R\$ 538.900,00</p> <p>Piso da Atenção Básica – fixo- R\$ 2.247.322,50</p> <p>Incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária- R\$ 100.344,00</p> <p>Farmácia Básica – municipal- R\$ 578.522,00</p> <p>Epidemiologia e Controle de Doenças- R\$ 1.003.302,00</p> <p>Assistência de media e alta complexidade – R\$ 23.065.126.50</p> <p>Saúde bucal - R\$ 1.248.650,00</p>

Fonte: documentos da SMS.

* Fundo Nacional de Saúde, 2008

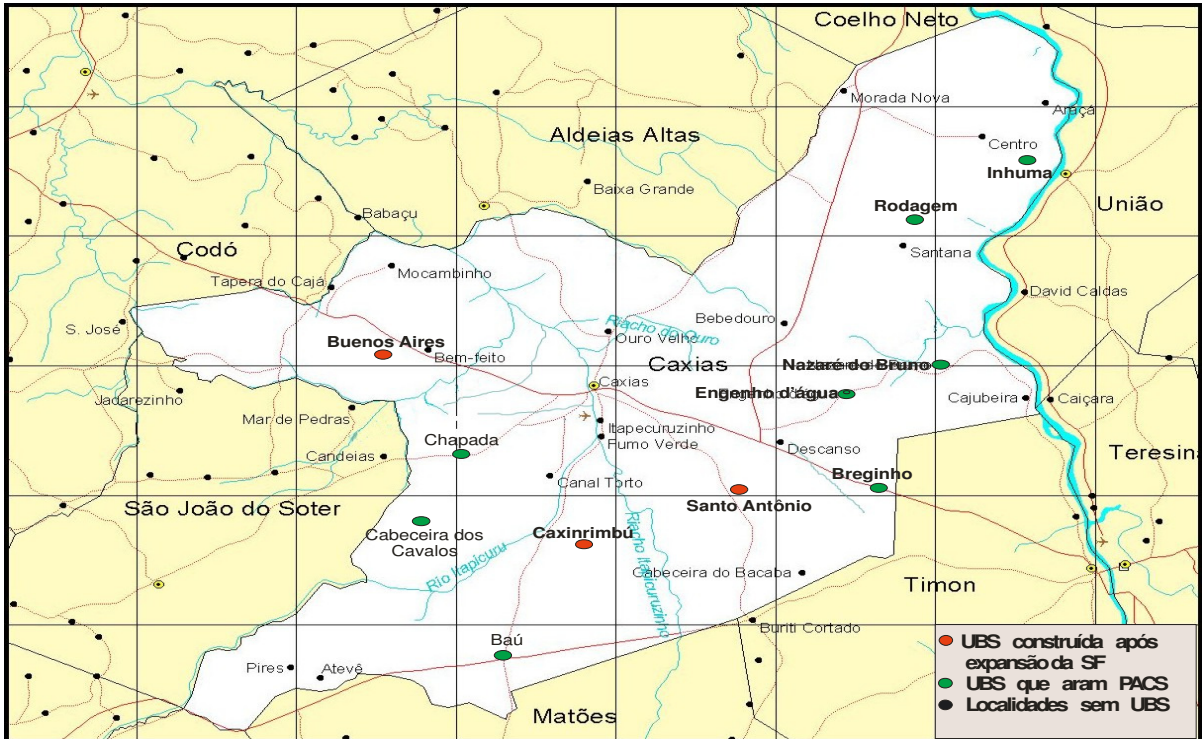
Esta nova forma de organização do sistema de saúde no município, provavelmente, repercutiu nos encaminhamentos políticos, administrativos e de controle social. Uma das implicações desta configuração local foi que, em setembro de 2005, o município conseguiu concluir a elaboração do Plano Gestor Municipal e do Planejamento do Sistema Municipal de Saúde em atendimento, ao que determina a NOAS/2001 e as alterações da NOAS/2002. Outras implicações da forma como o município vem se organizando após a expansão da SF, que estava previsto no Planejamento do Sistema Municipal, foi a realização de concurso público para todos os setores que fazem parte da estrutura municipal.

O PROESF inseriu na AB do município, em termos de recursos técnicos, uma nova roupagem no modelo técnico-assistencial, politicamente viável e com disponibilidade de financiamento, fortalecendo o poder institucional do setor público da saúde, gerenciado pela administração municipal. No nível organizacional, houve a introdução de planejamento para a incorporação de outros programas do MS para implementar a rede de saúde do município, assim melhorando a média e a alta complexidade, e para implementar a Atenção Básica. Com o aumento do número de ESF, houve ampliação e a construção de Unidades Básicas de Saúde, assim como adaptação de prédio para o funcionamento da SF, estereotipando a nova estrutura física, como é apresentado nas Figuras 1 e 2.



Fonte: Dados da SMS (2008); IBGE (2007).

FIGURA 1 – Mapa da zona urbana de Caxias e as UBS existentes em dezembro de 2007.



Fonte: Dados da SMS (2008); IBGE (2007).

FIGURA 2 – Mapa da zona rural de Caxias e as UBS existentes em dezembro de 2007

Para melhor entendimento e discrição das mudanças ocorridas na SF do município de Caxias em relação a alguns indicadores de saúde, com o advento do PROESF, esses indicadores foram agrupados em tabelas. Assim, a Tabela 1 apresenta o número UBS do município, por tipo na zona urbana e rural em dezembro de 2004 e 2007

TABELA 1 – Número de UBS do município, por tipo, em dezembro de 2004 e 2007

Local	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Dezembro 2004	Dezembro 2007
Zona Urbana	UBS com SF	12	19
	UBS sem SF	04	00
	UBS adaptada para SF	00	01
Zona Rural	UBS com SF	00	11
	UBS sem SF	08	00
	UBS adaptada para SF	00	00
Total		24	31

Fonte: Divisão de Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde

Observa-se na Tabela 1, que um dos indicadores de estrutura está relacionado ao crescimento da rede física de saúde, principalmente para AB, o município investiu os recursos do PROESF na construção, ampliação e adaptação de UBS na zona urbana e rural. É importante lembrar que a maior parte dos recursos designados do programa foi utilizado na compra de novos equipamentos, o que representa o privilégio em estruturar para oferecer o acesso à saúde para a população.

Como justificativa dos recursos financeiros que tiveram um aumento significativo em seus financiamentos repassados pelo MS em 2007, devido principalmente, à condição de macro-região no plano estadual, o município apresenta-se alinhado à PNAB, que naquele momento buscava afirmar seus princípios por meio da proposição de consolidar e reforçar o SUS como política institucional. O modelo assistencial para a reorganização do sistema municipal de saúde, proposto e financiado pelo PROESF, foi apreendido como um possível campo de ação para gestores e profissionais de saúde, que representou a expansão da SF em ações circunscritas às ações básicas de saúde, principalmente ações de promoção e prevenção da saúde, e ações de diagnóstico precoce e pronto atendimento.

Em relação aos indicadores de processo, um aspecto expressivo evidenciado na SF foi o desenvolvimento das ações básicas de saúde estabelecidas pela NOAS-01/02, em que se constatou um incremento significativo na quantidade das consultas realizadas pela equipe de saúde, principalmente na área da saúde da mulher, saúde da criança, controle de Tuberculose e Hanseníase, controle de Diabetes e Hipertensão Arterial. Ainda ressalta-se, nesse contexto, o aumento das atividades desempenhadas pelos profissionais que compõem a ESF e as informações disponíveis sobre a produção destas ações no SIAB, devido a ampliação da rede disponibilizada para AB que facilitou o acesso da população aos serviços de saúde, tendo como consequência o aumento da demanda nas UBS, como se pode observar nos Quadros 3 e 4.

QUADRO 3 – Ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família, em dezembro de 2004 e dezembro de 2007, Caxias-MA

Ações da ESF	Dezembro 2004	Dezembro 2007	Variação em %
Consultas de Diabetes	1.240	5.907	476,37
Consultas de Hanseníase	157	755	248,08
Consultas de Hipertensão	9.566	57.712	603,30
Consultas de Pré Natal	6.652	32.913	494,78
Consultas de Tuberculose	61	147	240,98
Consultas em Crianças	11.453	93.476	816,17
Consulta Médica	78.947	891.277	1.128,95
Consultas de Enfermagem	43.346	504.226	1.163,25
Atividades do ACS	363.549	1.424.639	391,86
Atividades do Auxiliar de Enfermagem	7.035	71.793	1.020,51

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

A ampliação do acesso é uma consequência natural da expansão da SF e, conforme observado no Quadro 3, o quantitativo de consultas médicas na SF, comparando-se 2004 e 2007, sofreu um aumento de 1.128,95 %, as consultas de enfermagem um aumento de 1.163,25%, as do Auxiliar de Enfermagem sofreram um aumento de 1.020,51%. Houve um aumento significativo em todos os grupos prioritários de atenção, preconizados pela NOAS, especialmente, nas consultas de pré-natal, de crianças e hipertensão realizadas pela SF, que são de 494,78%, 816,17% e 603,30 %, respectivamente.

O aumento de consultas da SF em termos quantitativos, embora altamente significativo, não permite a identificação de possíveis ganhos relativos à humanização do atendimento, coordenação da atenção, longitudinalidade do cuidado e adscrição da clientela. A verificação deste potencial em ganho qualitativo será respondido no decorrer deste estudo.

No Quadro 4 estão discriminados os quantitativos anuais dos procedimentos realizados pelas ESF nos anos de 2004 e 2007. Os dados são provenientes do SIAB.

QUADRO 4 – Procedimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família, em dezembro de 2004 e dezembro de 2007, Caxias-MA

Procedimentos realizados pela ESF	Dezembro 2004	Dezembro 2007	Varição em %
Administração de medicamento	58.901	259.165	100,44
Administração de medicamento de HAN	257	1.683	654,86
Administração de medicamento de TB	926	3.690	398,48
Atividades Educativas	1.884	18.386	975,90
Coleta de exame colpocitológico	4.483	62.389	1.391,67
Curativo	44.794	187.445	418,46
Drenagem de abscesso	1.413	9.027	638,85
Inalação	32.818	130.402	397,34
Retirada de corpo estranho	578	2.448	423,52
Retirada de pontos	6.854	43.400	633,20
Sutura	1.572	22.849	1.453,49
TRO	7.417	25.543	344,34
Visita domiciliar	12.081	99.285	821,82

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de informações Atenção Básica do SUS (SIAB /SUS)

O aumento do número de procedimentos realizados pelas ESF é reflexo da ampliação da cobertura populacional da SF, que conseqüentemente houve expressivo acréscimo nos atendimentos por usuário em cada unidade de saúde da família no município. Os ganhos mais representativos foram nas suturas com 1.453,49%, na coleta de exame colpocitológico com 1.391,67%, nas atividades educativas com 975,90% e na visita domiciliar com 821,82%. Estes achados permitem visualizar os resultados trazidos pela expansão da SF na prática cotidiana dos profissionais de saúde, sobretudo, para a clientela adscrita.

Estas ações realizadas pela ESF podem ser traduzidas pelos seus indicadores de resultados, como pode ser observado no Quadro 5, que demonstram os indicadores de cobertura de consultas pré-natal, incidência de internações por diarreia e insuficiência respiratória aguda em menores de cinco anos.

QUADRO 5 – Indicadores de consultas pré-natal, incidência de internações por Diarréia e IRA, em menores de 5 anos em 2004 e 2007

Indicadores	Dezembro 2004	Dezembro 2007	Variação em %
Gestantes com mais de seis consultas pré-natal	1.252 – 40,05%*	2815 – 45,48%**	224,84
Incidência de internações por diarréia em crianças menores de 5 anos***	180,5	208,1	105,29
Incidência de internações por IRA em crianças menores de 5 anos ***	402,8	649,3	161,19

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

* Porcentual do total de 3126 gestantes cadastradas no SISPRENATAL do município em 2004

** Porcentual do total de 6140 gestantes cadastradas no SISPRENATAL do município em 2007

***Em 10.000 crianças menores de 5 anos.

O Quadro 5 mostra um aumento pouco expressivo em relação à cobertura e acompanhamento do pré-natal no município, mesmo havendo manutenção de estrutura e recursos humanos na SF, conforme se observou no Quadro 2 e com elevação do número de consultas de pré-natal, no Quadro 3.

Estes dados, associados à expansão do acesso as consultas de SF, sugerem que houve uma coordenação entre a porta de entrada para as gestantes, representada pela SF, e equipes de referência em obstetrícia, atreladas à forma descentralizada nas unidades de atenção especializada à mulher. Esta falta de coordenação determinou esse ganho pouco significativo na cobertura do pré-natal com prejuízos financeiros para a gestão municipal.

Com relação às internações por diarréia houve aumento de 15,3% que abriga uma aparente contradição tendo em vista a magnitude da expansão de acesso à AB pela SF. Em função das doenças diarreicas em menores de 5 anos serem consideradas patologias sensíveis a cuidados ambulatoriais, de acordo com Casar *et al* (2002) se esperaria justamente o oposto, ou seja, a redução no referido coeficiente.

É importante destacar que à semelhança do coeficiente anterior, há uma contradição face à expansão da Atenção Básica experimentada no período do estudo e pela sensibilidade que estas patologias apresentam aos cuidados ambulatoriais (CAETANO *et al*, 2002).

O Quadro 6 apresenta os coeficientes de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal, e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos, ocorridas no município, nos anos de 2004 e 2007.

QUADRO 6 – Coeficientes de mortalidade neonatal precoce, tardia, pós-neonatal, e mortalidade infantil, por 1.000 nascidos vivos em 2004 e 2007

Coeficientes de Mortalidade Infantil	Dezembro 2004 em %	Dezembro 2007 em %	Variação em %
Neonatal precoce	14,40	9,50	- 4,90
Neonatal tardia	4,50	2,60	- 2,30
Pós-neonatal	9,90	7,20	- 2,70
Infantil	28,80	19,30	- 9,50

Fonte: Fonte: SIM, SNASC e Vigilância Epidemiológica em Saúde - SMS

No que diz respeito à mortalidade infantil, apresentado no Quadro 6, o decréscimo verificado no período é semelhante ao declínio que ocorreu no Brasil e na Região Nordeste, em decorrência dos cuidados básicos, disponibilidade de serviços de atenção à mulher e à criança, e, principalmente no incentivo ao aleitamento materno; A taxa de mortalidade encontra-se menor que a do estado para o mesmo ano que era de 46,20/ 1000 nascidos vivos (MARANHÃO, 2004).

A redução da mortalidade infantil no município, em parte tem relação com a expansão do acesso à atenção básica através da SF, bem como respectivos desdobramentos na rede especializada e de atenção às urgências.

4.2 Caracterização dos sujeitos

Compreende-se que os sujeitos da pesquisa são aqueles que se investiga em qualquer empreendimento, os quais constituem agentes pensantes, que atuam e participam da sociedade com a qual interagem (TURATO, 2003). Nesse sentido, a seleção dos sujeitos da pesquisa se fundamentou na participação dos profissionais de saúde na implementação e expansão da SF na cidade de Caxias-MA, para melhor alcance e obtenção de respostas que viessem atender aos objetivos propostos neste estudo.

Para tanto, traçamos um panorama de algumas características dos 35 sujeitos que participaram da pesquisa, descrevendo o perfil desses profissionais com base na profissão, faixa etária, escolaridade, tempo de atuação na saúde da família, dentre outras, conforme se observa na Tabela 2 que segue:

TABELA 2 – Características dos sujeitos do estudo, profissionais atuantes nas Equipes Saúde da Família, Caxias - MA, 2008

Característica	Descrição	Nº
Profissão	Agente Comunitário de Saúde	11
	Auxiliar e Técnico de Enfermagem	09
	Enfermeiro	09
	Médico	06
	Total	35
Faixa etária	20 a 29 anos	10
	30 a 39 anos	13
	40 a 49 anos	09
	50 a 59 anos	02
	60 anos e mais	01
	Total	35
Sexo	Masculino	09
	Feminino	26
	Total	35
Escolaridade	Ensino fundamental	01
	Ensino médio	19
	Ensino superior	15
	Total	35
Tempo de atuação na Saúde da Família	3 a 5 anos	14
	5 a 10 anos	12
	Mais de 10 anos	09
	Total	35
Capacitação na Saúde da Família	Sim	25
	Não	10
	Total	35
Forma de contrato de trabalho	Vínculo público	17
	Contratos precários	18
	Total	35

A categoria com maior número de sujeitos foi a ACS, com 11 profissionais. Predominaram as seguintes características: faixa etária de 30 a 39 anos correspondendo a 13 sujeitos, sexo feminino, com 29 dos sujeitos, escolaridade de nível médio com 19 participantes, tendo em vista que esta característica envolve os ACS e os auxiliares e técnicos de enfermagem. Além disso, 14 dos sujeitos possuíam entre três e cinco anos de tempo de trabalho e quanto à forma de contratação, 18 informaram contrato precário, 17 eram funcionários públicos, com vínculo público por meio de regime estatutário.

Em relação à formação complementar dos sujeitos, 10 referiram não apresentá-la. Dos 25 restantes, 9 possuem especialização em Saúde Pública – Saúde da Família, todos a realizaram sem o apoio da instituição e 16 referiram ter realizado outro tipo de formação complementar, como treinamentos e capacitações, através do apoio da SMS.

Esses dados encontrados foram importantes, pois permitiram compreender, durante a análise, a percepção dos sujeitos na representação dos espaços coletivos, nos quais pudessem reivindicar e demonstrar posições divergentes em relação às necessidades de sua prática cotidiana vivenciada na SF.

4.3 Mudanças em relação à estrutura, processo e resultados ocorridos após a expansão da Saúde da Família em Caxias

Esta categoria temática de análise que apresenta as mudanças em relação à estrutura, processo e resultados após a expansão da saúde da Família em Caxias, foi construída com base, sobretudo, nos relatos dos sujeitos durante os encontros que foram relacionados uns com os outros a partir de unidades semânticas, de unidade de sentidos e as subcategorias de estrutura, processo e resultados foram agrupadas segundo o referencial de Donabidean (1980).

4.3.1 Mudanças relacionadas à estrutura

A abordagem sobre estrutura no modelo de Donabidean (1980) envolve a capacidade estrutural de uma organização para prover cuidados de saúde, incluindo o quadro de recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, veículos, normas e procedimentos, recursos financeiros e o próprio sistema de avaliação.

Quando se aborda sobre a estrutura é importante lembrar que esta não se limita ao espaço e suas instalações físicas, tendo em vista que Stefanelli (2005) ainda considera outros aspectos relevantes quando se avalia estrutura, como: recursos humanos, materiais e equipamentos disponíveis, a amplitude de cobertura do programa e a sua demanda, para garantir a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários.

Partindo desse pressuposto e com base nas falas dos sujeitos, pôde-se verificar aspectos concernentes à estrutura, que inclui ambiente físico, recursos humanos, materiais, equipamentos, cobertura populacional e demanda. Nesse enfoque, observou-se que os sujeitos revelaram as condições estruturais em relação às instalações físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) antes e depois da expansão da SF, conforme se constata a seguir.

As unidades eram basicamente só o consultório médico, uma sala de curativo, uma sala de espera. E quando tinha médico eu não atendia, meus atendimentos eram só à tarde, quando tinha médico. Agora deu uma melhorada grande (E-2).

Quando eu entrei no programa em 2003, nosso posto era muito pequeno, dependências muito pequenas (ACS-2).

Foi construída a sala de vacina que não tinha, foi construída a sala de reuniões, local pra farmácia e o consultório odontológico (E-6).

Acho que quase todos os postos foram ampliados (ACS-4).

Observa-se nessas falas a ampliação das UBS para atender às necessidades de cada equipe, o município após a expansão da SF, recuperou as unidades já existentes, acrescentando outros cômodos, e construiu outras para

estabelecer uma estrutura física mínima para todas as UBS, compatível com a instituição desse novo paradigma.

Contudo é válido lembrar que o MS não preconiza uma padronização das estruturas físicas dessas unidades para o trabalho das ESF, embora ofereça sugestões para definir melhor as questões estruturais, em se tratando de municípios com dificuldades. Para as UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma unidade para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual se tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006a)

Em relação à construção de novas UBS na zona urbana e rural, houve opiniões contraditórias, uma vez que os sujeitos fizeram uma comparação entre o número de UBS construídas e a demanda de pacientes.

No caso, a gente pegava todas as pessoas da zona rural, eles vinham direto pro meu posto de saúde, vinham muitos pacientes, mas diminuiu, principalmente depois da construção do posto vizinho. Diminuiu muito o nosso trabalho (ACS-7).

Então não mudou muito, não foi criada nenhuma unidade de saúde nova perto da minha, continuo atendendo três bairros e a demanda ainda é muito grande. Eu chego a atender 40 pacientes numa manhã. Houve uma ampliação da estrutura física depois ao aumento das equipes. E quase a totalidade das unidades foi ampliada, principalmente com consultório odontológico (M-3).

Foram feitos novos postos como também zona rural (ACS-9).

Constatou-se que nesse período de três anos, foram agregadas à rede pré-existente, constituída de 24 unidades, das quais 08 na zona rural e 15 na zona urbana, mais 07 novas unidades, 03 na zona rural e 04 na zona urbana, conforme mostrou a Tabela 1. Além disso, houve adaptação de um prédio para UBS. De acordo com os relatos, essas unidades pré-existentes apresentam defasagens em relação às normas vigentes e são mal conservadas, quando compreendida as novas unidades construídas, com projetos estruturais de boa qualidade, buscando atender aos requisitos mínimos das normas de vigilância sanitária e do MS. Tal situação

originou uma disposição não padronizada das UBS, com uma divergência entre as já existentes e as implantadas posteriormente.

Atualmente o município conta com 31 unidades, sendo 11 na zona rural e 20 na zona urbana, com uma estrutura mínima compreendendo: sala de vacina; sala de curativo, nebulização e aplicação de medicamentos; farmácia (em algumas unidades); dois consultórios individuais para médico e enfermeiro; gabinete odontológico; áreas de espera e pré-consulta; banheiro para equipe; banheiro masculino e feminino para população adscrita; e depósito.

Quanto aos recursos humanos observou-se que ocorreu um aumento substancial nas categorias que compõem a ESF: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, odontólogo e auxiliar de consultório dentário para todas as equipes. Além disso, houve a inserção de outros profissionais em algumas equipes como nutricionista e fonoaudiólogo, conforme mostram os relatos a seguir:

Antes da implementação do PSF mudou muito em relação à quantidade de famílias que nós tínhamos. Por ser um número elevado, né? Como aumentou o número de agentes, visitamos mais, só que menos famílias (ACS-10).

Naquela época eu tinha 235 famílias, eu praticamente fechava o bairro João Viana todinho, era família demais (ACS-4).

Agora a gente acompanha no máximo 100 famílias (ACS-9).

Antes eram dois, agora são cinco auxiliares. Então fica uma pessoa pra informar, fazer um curativo na hora que a gente vai lá, já tem como a auxiliar sair do posto e ir fazer atendimento, e não precisa ficar só o atendimento interno, então melhorou bastante (ACS-4).

Lá no meu posto agora, tem nutricionista, tem dentista, enfermeira e tem clínico, lá a gente tem que marcar consulta pra esses quatro (AUX-5).

Além dos profissionais de saúde que já tínhamos, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o ACS, foi inserido o odontólogo e o técnico de higiene bucal, deixando a equipe completa em todas as unidades (E-7).

O nutricionista e o fonoaudiólogo, esses dois profissionais entraram depois da expansão e melhorou muito o trabalho da equipe (M-4).

Esses relatos ratificam a conformidade dos recursos humanos das ESF de Caxias com a PNAB, que recomenda como um dos indicativos necessários à realização das ações de AB nos municípios, equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2006).

Sobre as condições de trabalho, os sujeitos se referiram inicialmente à questão salarial, a qual teve um avanço significativo para algumas categorias, especialmente, os ACS, que receberam aumento no repasse financeiro e foram efetivados como funcionários públicos municipal, em consonância com a Portaria Nº. 2.662, de 11 de novembro de 2008. Essa portaria institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação dos ACS (BRASIL, 2008). Também se adéqua à Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002, que regulamentou a profissão de ACS, sendo revogada pela Medida Provisória (MP) 297, de 13 de junho de 2006, que regulamentou a atividade do ACS e Agente de Combate às Endemias (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2006d). Vale ressaltar que esta MP foi substituída pela Lei Nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006e), como relata as falas a seguir:

Pra gente melhorou muito, a gente há 6 meses atrás conseguiu conquistar uma boa pra quem não tinha. Um exemplo, passar por 10 anos e a gente quando saísse era com uma mão na frente e outra atrás não tinha direito a nada, já hoje em dia não, a gente tá com os direitos, conseguimos. Foi uma grande conquista. A gente tá efetivada (ACS-9).

Pra mim melhorou muito, porque tenho 13 anos que trabalho como Agente Comunitário de Saúde e somente há 6 meses atrás eu fui efetivada. Eu trabalhei 12 anos e nunca tive direito a nada e hoje sou reconhecida, tenho uma profissão e os meus direitos trabalhistas reconhecido (ACS-7).

No entanto, essa satisfação com a conquista dos direitos trabalhistas não se estende a outros profissionais, principalmente, os auxiliares e técnicos de enfermagem, que almejam maiores rendimentos salariais e valorização profissional, como pode ser constatada nas seguintes falas:

Então assim, a gente sabe da nossa obrigação, mas se a gente ganhasse mais (AUX-1).

Eu acho discriminação, porque nós estudamos, a gente paga COREN pra gente trabalhar. E como é que eu sou técnica de enfermagem e ganho igual ao vigia e a zeladora? (AUX-5).

Com relação à jornada semanal de trabalho pelos profissionais da SF, os sujeitos mencionaram a redução das horas laborais de oito para seis horas, em face de a UBS acomodar duas ESF, funcionando em horários diferentes e gerando horários diferenciados para os auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham oito horas, enquanto os demais profissionais seis horas de trabalho/dia. Essa diferenciação, segundo os relatos, é importuna para os auxiliares de enfermagem, conforme explicitado nas falas a seguir:

Eu acho quando era só as 12 equipes era muito melhor, muito melhor, quando era 8 hora por dia, a gente conseguia dividir as ações, os horários, a equipe era mais unida pras visitas, o planejamento (E-2).

A gente chegou a trabalhar oito horas. Agora depois da expansão são duas equipes (ACS-4).

O PSF funciona assim, são 2 equipes num posto, então uma funciona de 7 a 1 da tarde e outra funciona de 1 às 6 horas. E o horário não é cumprido, geralmente o horário só é cumprido por enfermeiro e técnico, médico não cumpre horário (ACS-11).

Esse horário, a gente não gosta muito não, porque é uma discriminação. Porque o auxiliar do dentista trabalha só um expediente e nós dois expedientes. E a gente não ganha o incentivo pelo PSF (AUX-1).

Contudo, deve-se ressaltar que os diferenciais entre as atribuições e a carga dos trabalhadores da Atenção Básica não está em conformidade com as normas da PNAB (BRASIL, 2006), que recomenda que a ESF deve trabalhar oito horas diárias e quarenta horas semanais. Entretanto, essa redução na carga horária de alguns profissionais é uma realidade presente em alguns estados do Nordeste, devido à carência de profissionais (TOMASI *et al.*, 2008).

Os sujeitos ao abordarem sobre o fornecimento de recursos materiais e equipamentos, demonstram que as realidades das equipes são divergentes, embora se percebam melhorias após a expansão, principalmente em relação ao provimento de medicamentos. Entretanto, as equipes ainda convivem em um cotidiano permeado pela escassez de insumos, falta de instrumentos para realização de suas atividades, má conservação e falta de manutenção dos equipamentos, gerando, nos profissionais, frustrações, desmotivação e estresse, além de causar limitações no desenvolver de sua assistência. As falas seguintes evidenciam essa problemática:

As nossas condições de trabalho eram péssimas, em relação ao que a gente vive hoje, porque cobravam muito, mas nós tínhamos condições de fazer. A gente não tinha material de curativo, inalação. Era ruim demais, às vezes a gente tinha que improvisar pra fazer um curativo, pra não voltar o paciente... agora melhorou, mas eles não mandam a quantidade que a gente precisa. (AUX-4).

Hoje, na questão do nosso material de trabalho a papelada, os formulários não faltam. Agora falta balança e algumas coisas pra completar, e no inverno a gente tem dificuldade de visitar as famílias porque não tem uma capa de chuva [...] o inalador do posto tá quebrado há mais de um ano, a gente tem que mandar as pessoas pra outro posto (ACS-11).

Lá no meu posto, o posto em si é muito mal estruturado, a gente não tem um armário com fechadura pra colocar a medicação, fica lá exposta, a gente não tem uma sala de vacina com termômetro de geladeira, não tem uma porta na sala de curativos (AUX-1).

As televisões, é só pra assistir as novelas, não passa uma fita educativa, porque não tem (M-2).

Nós temos medicamentos. De medicamento estamos bem servidos e também de equipamentos. Tudo o que é pra gente fazer no PSF a gente faz na medida do possível (M-3).

Destaca-se que essa realidade é comentada por estudos como o desenvolvido por Santos *et al.* (2007), realizado em um município da região sudeste, que focalizou a relação das condições de trabalho e saúde dos enfermeiros da SF, evidenciando que a provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho que vão da planta física inadequada à falta de formulários, de material e de equipamentos e, para além dos recursos materiais, como a insuficiência para lidar

com as limitações, geram estresse e preocupação frente às exigências colocadas pelo modelo assistencial.

Ainda focando os recursos materiais necessários para o desempenho do trabalho das equipes e devido à grande ênfase produzida durante as discussões nos grupos focais, especialmente nos grupos B (ACS) e C (médicos), em relação à deficiência de transportes (carros) para a realização de atividades extra-unidades, para o transporte de materiais, usuários e profissionais. Além disso, os sujeitos associada a essa questão relataram a burocracia para o agendamento do carro, descrédito das equipes pela comunidade e prejuízo financeiro e material para os profissionais, o que se constata no conteúdo dos seguintes discursos.

Se tem o carro porque não manda pra nossa unidade? Se tem, que nós sabemos que tem os carros. Porque foram comprados, mas no dia que eu preciso, tenho que ir lá agendar: “tal dia eu preciso visitar com o médico e quero agendar”, e eles dizem que não tem transporte, não tem carro disponível (ACS-11).

Quando tinha médico do PSF, a coordenação não mandava o carro e o médico não ia no carro dele, então era muito problemático no geral (ASC-3).

O programa tem carros, mas os carros estão pra outro lugar. A coordenação diz para a gente dá um jeitinho. Esse jeitinho é colocar teu carro, e se meu carro quebrar quem vai pagar o concerto? Como já aconteceu comigo, e eu tive que pagar (M-2).

É importante destacar que os veículos destinados exclusivamente a SF eram apenas três, em dezembro de 2004, passando para 13 veículos em dezembro de 2007, sendo que destes, sete são ambulâncias pequenas para transportar pacientes da zona rural, ficando apenas seis carros para transporte de profissionais da zona rural e urbana e ainda, transportar equipamentos e insumos. É fundamental expressar que foram aumentos importantes, porém desproporcionalmente baixos em relação à ampliação do número de ESF, o que certamente representa uma limitante no processo de trabalho da SF.

Em relação à cobertura populacional os profissionais de saúde fazem ressalva quanto à configuração da rápida expansão da SF no município para fazer a totalidade da cobertura da estratégia, sendo que esse aumento das ESF era

necessário para aquela conjuntura, para agilizar o trabalho das equipes, como pode se observar nestes depoimentos:

No momento que você tem 59 equipes, um aumento muito rápido, você sai de cobertura de menos de 30% e uma faz entre 80 e 100 % da população (E-7).

Eu acho que a cobertura de PSF tá em quase 100% da população (ACS-9).

Com esse aumento das equipes de PSF, acho que têm muita equipe pra pouca gente (AX-4).

A sistemática de cálculo dos incentivos financeiros do MS se baseia no pressuposto de que uma ESF atende no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006a). Considerando esse cálculo, em dezembro de 2004, o município apresentava cobertura de SF para 99.256 munícipes, ou 28,77% da população, e em 2007, pela sistemática do MS, estavam cobertas 150.174 pessoas (100,0%), segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2007).

Na comparação entre 2004 e 2007, foi constatado um aumento considerável na cobertura populacional. Esse dado é indicativo de que à medida que ocorre a expansão da estratégia, há uma aproximação dos critérios preconizados pelo MS, uma vez que foi a base do cálculo populacional no planejamento do processo de expansão das ESF.

O aumento de demanda nas consultas da SF em termos quantitativos se deve ao aumento das ESF, ao passo que a ampliação do acesso é uma consequência natural. Isso revela que houve uma distribuição melhor das famílias entre as equipes, reduzindo assim, o número de famílias e permitindo a identificação apurada da adscrição da clientela, em conformidade com as normas estabelecidas pelo PROESF. Tais mudanças estão expressas no conteúdo das seguintes falas.

Lá no meu posto a gente atendia muita gente de Aldeias [município vizinho] e as daqui também. O doutor consultava o dia todo. Hoje continua a mesma coisa, mas acho que aumentou (AUX-6).

A demanda população aumentou e são 16 pacientes de manhã e de tarde fora as urgências, o doutor consulta desde o horário que ele chega até horário que ele sai (AUX-5).

A gente consegue hoje, melhor visualizar é a situação de cada família, dando uma ação mais direcionada mais integral, ao contrário de antes que a quantidade de famílias era bem maior (E-7).

Nesse sentido, é importante avaliar a partir do conteúdo dos discursos dos sujeitos desta pesquisa que embora haja um consenso em relação às mudanças que se configuram em avanços relacionados à estrutura, que perpassam todo um processo de expansão da saúde da Família em Caxias, ainda há muito a ser considerado para que de fato se concretize uma melhora substancial no atendimento à saúde da população, devendo para tanto priorizar de fato os critérios preconizados pelo MS.

4.3.2 Mudanças relacionadas ao Processo

Os aspectos relacionados ao processo descrevem como se realiza uma atividade de trabalho (ações, práticas, procedimentos em saúde). Estes se referem às ações previstas para a estratégia e o funcionamento das unidades, bem como as intervenções e a interação entre usuários e profissionais. Os processos, no que se refere à prestação de serviços de saúde, foram avaliados segundo os aspectos organizativo, técnico-científico e a relação interpessoal.

Estudos de autores ligados à saúde coletiva, tais como os de Campos (2005), Franco e Merhy (2005), Ribeiro *et al.* (2004), Almeida e Mishima (2001), entre outros, têm possibilitado o diálogo, que vem sendo desenvolvido na SF, entre a teoria sobre "processo de trabalho em saúde" e realidade do trabalho.

Assim, com base nos significados das mudanças relacionadas ao Processo, pôde-se apreender que as práticas do cotidiano de trabalho das ESF abrangem por um lado os aspectos organizativos: a territorialização, a organização e gerenciamento dos serviços, planejamento e programação das ações. E por outro envolve os aspectos técnico-científicos: o preparo e perfil dos profissionais e a

educação continuada. Além disso, também se evidencia a relação interpessoal no processo de trabalho que alude às relações entre os profissionais da equipe, entre a equipe e a comunidade, e entre a equipe e a gestão.

A territorialização da SF trabalha com território de abrangência definido, o que permite conhecer melhor a área de atuação de uma UBS e, assim, facilitar a implementação das diretrizes, conforme preconiza a SF, no âmbito da APS (BRASIL, 2006a). Esse conhecimento proporciona a identificação da população e o planejamento local de ações de saúde com novas formas de interação do serviço com a população, priorizando e delimitando a área adscrita da UBS, como relatam estes sujeitos:

Então melhorou sim, assim acho que nessa questão, a prioridade como é pro bairro, pra nossas famílias, a gente encaminha e é atendido, tem enfermeiro, tem o médico. Então melhorou muito nessa questão, porque antigamente vinham as pessoas de outro bairro, da zona rural. Então as pessoas da minha área tinha que se deslocar para outro posto porque aqui não tava tendo atendimento. Então priorizou o bairro (ACS-11).

A gente só atende pessoas do nosso bairro, da nossa área, agora dá pra gente fazer o planejamento (AUX-2).

Diminuiu a área e a quantidade de agente comunitário, conseqüentemente, diminuiu a quantidade de família que a gente trabalhava. Uma equipe antes era muito grande e depois da expansão houve diminuição dessa cobertura que ela ficou menor e melhor pra você trabalhar. A área ficou bem delimitada (E-7).

Em consonância com os conteúdos desses relatos em relação à definição e da delimitação da cobertura da equipe, citamos Merhy (2003) que afirma que uma equipe deve ser responsável por determinada população (de 600 a 1000 famílias) para que seja possível a instauração de vínculos, que deverão propiciar o cuidado em saúde. O número excessivo de famílias em seguimento pode dificultar a adequada vinculação.

Os serviços realizados pela ESF, após a expansão, sofreram transformações organizacionais, especialmente, em relação ao mapeamento das áreas que de acordo com os relatos passou de rua para quarteirão, e em relação

aos prontuários dos pacientes que se encontravam em um arquivo geral passaram para prontuário da família, além do atendimento que passou de demanda espontânea para consultas agendadas por grupos prioritários em dias diferenciados como: gestantes, criança, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão e para visitas domiciliares, como revelam as falas que seguem.

A gente trabalhava mais era por rua, e hoje a gente trabalha mais é por quarteirão (ACS-6).

Agora ficou melhor, porque agora cada família tem seu envelope com a ficha, ficou melhor até pra gente procurar no arquivo, né? Todos os agentes de saúde fazem os envelopes de suas famílias [...] porque antes só ficava no arquivo geral (AUX-8).

O atendimento no posto, nós seguimos um cronograma. Tem dias pra cada grupo. Por exemplo, na segunda, é agendado de preferência, trabalhamos com a criança, pra consultar, e fazer avaliação e ver vacinação, na terça geralmente é visita pela manhã e a tarde é prevenção (citologia), Então na quarta é com idosos, hipertensos e diabéticos, Na quinta é visita também e na sexta é geral. E sem contar que todos os dias, tirando os dias de visita, tem a consulta com a gestante (E-9.)

A organização dos serviços da SF inserida nesse contexto atende as recomendações do MS, quando as equipes estão praticando no seu dia a dia ações de organização da população adscrita, assistência básica integral e contínua, dando ênfase aos grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais para a promoção da saúde e prevenção do aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2006).

Com relação ao gerenciamento das ações e da UBS, os sujeitos desta pesquisa evidenciaram de forma enfática que esse se dá pelo enfermeiro, responsável em desempenhar a função de gerente da USF. Essa função lança o enfermeiro como um profissional de referência dentro da equipe, fazendo com que realize um importante papel de coordenação e integração, incentivando os membros da equipe para o oferecimento de assistência e construindo sua autonomia como enfermeiro.

Entretanto, esse papel atribuído ao enfermeiro gera fatores negativos como a sobrecarga de atividades e estresse, impostos por um processo de trabalho, em

que o enfermeiro é instigado a ocupar esta posição para atender às necessidades do contexto de trabalho local, na tentativa de desenvolver as metas instituídas pela SF, devido à carência de outros profissionais para executar esta ação. Tal situação é evidenciada nas seguintes falas:

Porque a enfermeira é responsável pela organização, ela é a chefe da unidade, gerencia, o que melhorou bastante, depois o PSF ficou mais criativo (ACS-4).

A organização dos serviços sempre ficou a critério do enfermeiro. Eu quanto profissional sempre tive o livre arbítrio de desenvolver algumas ações no gerenciamento da unidade (E-3).

A gente fazia tudo. Hoje no nosso posto é assim, a enfermeira dividiu, ela colocou todos em uma função, eu sou responsável pela BENFAM, farmácia e marcação de consultas (AUX-1).

Um fator que acho de grande relevância e não tratado como de grande relevância é considerar o enfermeiro como alvo de todas as grandes preocupações, falhas e sabotagem que acontecem não só na unidade saúde, mas em toda estratégia saúde da família. Tudo que não dá certo é endereçado ao enfermeiro (E-1).

Na SF a enfermagem constitui uma parcela do trabalho que também se encontra presente na produção de serviços de saúde no nível coletivo. Inserida nesse contexto, é capaz de identificar as necessidades sociais de saúde da população sob a sua responsabilidade, além de intervir no processo saúde/doença dos indivíduos, família e coletividade (CHIESA; FRACOLLI; SOUSA, 2002). O trabalho do enfermeiro, desse modo, se dá numa relação de interdependência com outras atividades na área da saúde, sendo esse agir, consequência da produção de um conjunto de procedimentos (atos de saúde), os quais, em grande parte, estão sob sua responsabilidade (FRANCO; MERHY, 2007)

E desse modo, o espaço da SF está contribuindo para a construção da autonomia do enfermeiro, pela incorporação de novas competências e tecnologias, além da maior interação e horizontalização das relações profissionais e interinstitucionais, ainda que se observe que isso não tem resultado na melhoria da qualidade do fazer gerencial do enfermeiro, tendo em vista a sobrecarga de serviços a que está submetido (VILLAS BÔAS, 2004).

Sabe-se que nas USFs, os enfermeiros desenvolvem, no dia a dia, múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação, ampliando as suas responsabilidades, que associadas às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarregam o seu cotidiano, tornando o processo de trabalho algo estressante (ARAÚJO *et al.*, 2006)

Outro aspecto importante, pautado pelos sujeitos, se refere ao planejamento e programação das ações para promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, o que constitui uma das atribuições destinadas ao compartilhamento por todos os membros da ESF (BRASIL, 2006). Este aspecto pode ser verificado no conteúdo deste depoimento:

Antigamente a equipe tratou de planejar o trabalho, direcioná-lo a comunidade que a gente atendia na área de trabalho, mas ficava prejudicado, porque tínhamos que atender outras pessoas das áreas que não eram cobertas e de outros municípios vizinhos, então a gente não conseguia planejar direito o nosso trabalho e ficou um pouco livre demanda. Agora isso mudou quase que completamente, agora dá pra gente planejar. Agora eu atendo o que foi estabelecido, pela equipe, tanto a enfermeira quanto os auxiliares e agentes, um dia pra cada especialidade, um dia eu faço uma e no outro a enfermeira faz outro, assim a população é atendida (M-4).

Contudo, tomando por base os discursos dos sujeitos, constataram-se realidades contraditórias na prática vivenciada nas diferentes ESFs. Enquanto, algumas equipes conseguiram implementar seu planejamento e ganhar autonomia em suas práticas após a expansão, contemplando assim, o que é preconizado pelas diretrizes do MS, outras parecem não ter avançado, estando condicionadas à imposição dos gestores e de membros da comunidade. Nesse sentido, perdendo a autonomia de planejar suas ações que se aproximam de práticas verticalmente centralizadoras e pouco democráticas, na perspectiva de cercear a autonomia dos trabalhadores, gerando insatisfação e descontentamento por parte dos membros da equipe de saúde, conforme traduz este relato.

Existia o planejamento só que a demanda espontânea simplesmente abafou esse planejamento. Existia o atendimento à gestante, ao HIPERDIA, mas a própria comunidade não aceitou. E o que restou da minha prática diária é a demanda espontânea que prevalece. A última contra ordem da coordenação foi “atender 20 e o que chegar” (M-2).

Essas condutas por parte dos gestores são pertinentes às teorias administrativas que se fundamentam no controle por meio de normas e regras, muitas vezes inflexíveis e com pouca ou nenhuma participação dos trabalhadores, resultando em compromissos frágeis, pouca responsabilização e, ainda, esvaziamento do sentido do trabalho.

Nessa perspectiva, é importante mencionar que para se mudar o modelo assistencial, é imprescindível novas formas de gestão e buscar outros modos de gerir, considerando a participação de todos os atores envolvidos na produção de saúde: gestores, trabalhadores e usuários.

Em se tratando de instrumentos preconizados pelo MS, é válido destacar o planejamento, que quando executado de forma eficiente pode trazer grandes benefícios e apresentar muitos avanços principalmente no que concerne às ações e práticas em saúde. Faz-se necessário lembrar que o planejamento é realizado por meio de reuniões da ESF, as quais se configuram em importantes espaços de encontro com vistas à construção coletiva do trabalho cotidiano.

Pela ótica dos sujeitos desta investigação, as reuniões de equipe representam uma prática adotada que está centrada no atendimento de questões técnicas, relacionadas a aspectos de fragmentação e planejamento de palestras e visitas domiciliares, que ficam a cargo somente dos ACS e enfermeiro, e não refletem aspectos do processo grupal, qualidade considerada necessária para o trabalho em equipe na Saúde da Família. A organização e a frequência das reuniões de equipe não foram cogitadas como relevantes, sendo que as decisões tomadas nas reuniões de planejamento além de serem de responsabilidade do enfermeiro, ficam apenas instituídas teoricamente, não sendo praticadas no fazer cotidiano das ESF. Dessa forma, as alterações no processo de trabalho permanecem estagnadas, como ressaltam o conteúdo destas falas:

Hoje o serviço é planejado. Nós temos as reuniões que a gente planeja as palestras e visitas. É tudo planejado pela enfermeira e os agentes de saúde. O técnico de enfermagem e o médico geralmente não participam. Esse planejamento é feito com os agente de saúde juntamente com o enfermeiro que é o chefe (ACS-11).

Na organização do nosso serviço já ficou melhor. A gente se reúne, faz reunião e organiza tudo sobre as visitas, o que a gente vai fazer durante mês, a gente faz um cronograma e procura seguir, mas às vezes não dá certo, não funciona (ACS-9).

O planejamento são os agentes que faz e a gente só participava na hora de ajudar com as atividades [...] As reuniões ficam mais por parte dos agente e da enfermeira (AUX-8).

Ronzani e Silva (2008) destacam que as reuniões das equipes, no cotidiano de trabalho são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação e estabelecimento das diretrizes e espaços de tomada de decisões. E com isso, pode-se afirmar que nesses espaços, é oportunizado ao trabalhador a manifestação dos diferentes saberes enquanto sujeitos ativos de diversos contextos sociais, culturais e históricos. Para então serem refletidas sobre as dificuldades de expressar idéias e emitir opiniões, em que participam os trabalhadores com mais afinidade, apontando que as principais fragilidades estão associadas ao processo relacional da equipe.

Em contrapartida Fortuna *et al* (2005) alertam para o fato de que a reunião em equipe pode ser um espaço morto e pouco operativo, em que nada se modifica, devido à dificuldade dos profissionais de participar efetivamente, cumprindo o horário destinado para este fim, impasses para formular propostas e perceber que se trata de um momento propício para refletir sobre as formas de organização do trabalho.

Cabe enfatizar que as ações desenvolvidas pelas equipes nos cotidianos de suas práticas não se diferenciaram ou mudaram ao longo do processo de expansão, considerando-se que as ações ainda são destinadas a focalizarem as visitas domiciliares e os grupos de risco, principalmente, saúde da criança, saúde da mulher, controle de diabetes, hipertensão arterial, tuberculose e hanseníase, ou seja, o processo de cuidar continua centrado na doença. Essas ações são descritas pelas diretrizes da PNAB (BRASIL, 2006), umas desempenhadas de forma discreta pela ESF, enquanto outras apresentam dificultadores para serem realizadas na prática cotidiana, após a expansão da SF, como se vê na seguinte fala:

Assim, no meu dia a dia não mudou muito depois do aumento do PSF. Eu faço, é visita domiciliar, geralmente funciona com pessoas acamadas que não podia ir até o posto. Nós conversamos com as famílias, porque trabalhamos em cima da saúde preventiva. Então, dando orientações sobre como se deve prevenir tipo vacina [...] e questão da hipertensão, dos diabéticos tá sempre batendo em cima de que tem que tomar a medicação, verificar a pressão. Outras doenças, tipo dengue, hanseníase, febre amarela. O médico ia visitava, medicava, encaminhava [...]. É esse o trabalho que nós fazíamos antes da implantação, com a enfermeira também visitas domiciliares com a puerpera e a gente continuam fazendo hoje (ACS-11).

As ações de promoção, educação e prevenção da saúde são atividades praticadas periodicamente no dia-a-dia da ESF, apesar de elementares, foram evidenciadas nas falas dos ACS e auxiliares de enfermagem, deixando subentendido que essas atividades estão distanciadas da *práxis* médica. Essas ações são denominadas pelos trabalhadores como atividades extras, devido à escassez de materiais para realizá-las. No entanto, foram consideradas como aquelas que podem romper com as formalidades dos protocolos e contribuir para apropriação dos cuidados pela comunidade assistida e aproximação dos profissionais aos usuários.

O trabalho da gente é trabalhar em cima da saúde preventiva né? E a gente é um elo entre a unidade e a família né? Faz uma busca ativa e a gente faz o que pode (ASC-09)

Hoje nós fazemos palestras, hoje os agentes fazem palestras com o próprio médico, nós não tínhamos esse incentivo... a equipe fica mais perto da comunidade, mas é só palestras... (ACS-01)

Fala sobre o tabagismo. Às vezes a gente convida uma pessoa com alguma doença causada por fumo para conversar com a população para ver quais são as conseqüências do fumo. O paciente fala referente a doença, qual é a causa, o tipo de câncer, orienta as pessoas para conscientizar a população a se cuidar...(E-7)

Eu participo e eventos na escola, nas palestras. Faço palestra aqui no posto e na escola também, e no dia do idoso também a gente faz festinha aqui no posto, dia das crianças, eles participavam... (AX-9)

Na USF são realizadas várias atividades coletivas, entre elas, a atividade de sala de espera, onde ocorrem discussões com os usuários sobre assuntos relacionados ao processo de saúde-doença da população adscrita, enquanto aguardam consultas e exames. Outro espaço educativo é o grupo de hipertensão, diabetes e gestantes, com pacientes previamente cadastrados.

A ESF tem a potencialidade de estabelecer um estímulo à organização comunitária e à autonomia das famílias, visto que o modelo assistencial proposto é da promoção, educação e prevenção da saúde, baseada no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais adotem maior domínio sobre sua saúde.

As atividades de promoção e prevenção são um dos caminhos para mudança do modelo assistencial, mas nem sempre essas ações são valorizadas pelos profissionais de saúde, que também ignoram e/ou desprezam a importância da educação em saúde, como afirmam Albuquerque e Stotz (2004, p.264):

"No dia a dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a infra-estrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais".

Além das ações já mencionadas no cotidiano da ESF, os sujeitos enfatizam, que enfrentam muitos dificultadores para seu desempenho. Essas barreiras foram mais facilmente identificadas durante a realização das visitas domiciliares e abordagem na família.

Nas visitas domiciliares ficou evidente em consenso entre os sujeitos, que as mesmas não ocorrem, devido à falta de apoio da Coordenação do PACS/PSF no município na concessão de carros, colocando esse evento como fator limitante para o implemento das visitas domiciliares.

Esse impasse revela a problemática enfrentada pela ESF em torno desta ação, em que elementos de estrutura interferem diretamente no processo e conseqüentemente intervêm nos resultados e efeitos produzidos por meio dessa atividade, conforme explicitam os sujeitos da pesquisa:

Por causa do carro. Não tem o carro, a medica não é obrigada a ir, como têm os outros que vão, mas ela disse que não é obrigada a ir. Mas nos documentos do PSF que o Secretário de Saúde mostrou numa reunião, ele pegou e mostrou as diretrizes e obrigações dos ACS e mostrou que o médico tem por obrigação de ir fazer a visita domiciliar, agora eu não lembro quantos quilômetros, mas lá tá dizendo (ACS-4).

Deve-se enfatizar que há uma cobrança bastante significativa, tanto da comunidade quanto da Coordenação para realização das visitas domiciliares, gerando insatisfação e revolta entre os membros da ESF, tendo em vista que enquanto alguns não desenvolvem a atividade conforme as recomendações do MS, outros se adéquam amplamente dentro do que preconiza o ministério, como se pode constatar nas falas:

O médico só visita rapidinho e vai embora. Não é aquela visita como diz o Ministério da Saúde que a gente deve marcar 3, 4 famílias. (ACS-9).

O grande problema é a visita domiciliar, que a cobrança vem toda pra mim, é em cima de mim, enfermeira. Eu faço a minha parte, mas quando eu chego pra falar com o médico, ele me diz que não vai fazer visita no carro dele se a coordenação não mandar um carro. Eu nunca consegui sair para uma visita com a equipe toda, médico, enfermeiro, auxiliar e agente de saúde como diz o Programa Saúde da Família (E-4)

A visita domiciliária também é vista como uma ferramenta importante da proposta da SF. Contudo, romper com o paradigma biomédico exige uma vigilância nem sempre fácil ou simples. A falta de sistematização das visitas, portanto, contribui para desperdício das possibilidades que essa atividade guarda, tornando-se a visita domiciliar, na maioria das vezes, mero espelho da consulta médica e de enfermagem (GAIOSO, 2007).

Sakata *et al.* (2007) mostraram que as visitas são atividades potenciais para o cuidado à família, mais humano e acolhedor, permitindo o vínculo, laços de confiança e conhecer o usuário no seu ambiente familiar. Os autores, ainda revelam, que as visitas ora são compreendidas como acompanhamento da saúde, ora como fiscalização e que as dificuldades estão relacionadas ao pouco tempo disponível e impotência da equipe frente aos problemas.

A PNAB (BRASIL, 2006, p. 20), atual norteadora da SF, refere em sua série de normas que compete às Secretarias Municipais de Saúde

“garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas”.

A abordagem na família, efetivada pela prática do cuidado familiar ampliado, é o essencial princípio orientador da SF. A família como objeto da intervenção da ESF é atualmente uma exigência e um desafio no contexto de saúde vivenciado no país. O processo de expansão da SF não conseguiu fazer com que a ESF transpusesse esse empecilho tão relevante, fazendo relação com a falta de planejamento e trabalho em equipe, como se observa nos conteúdos destes relatos:

Dia “x” é visita com o agente, com o auxiliar, com o médico, com a equipe do PSF, mas isso não acontece. É como, terminei de falar é o individualismo. É a questão do individualismo. Funciona muito a questão do individualismo. É o paciente em si sem englobar a família (ACS- 10).

Antes era assim e hoje continua do mesmo jeito, nenhuma equipe esta fazendo abordagem integral na família. Porque se não tiver o médico não se faz abordagem na família. Se não tiver trabalho interdisciplinar, como é que se tem abordagem na família como um todo? Se não se tem planejamento como é que se tem abordagem na família? Se não se tem organização (E-1).

Não está tendo porque é o seguinte: quando a pessoa vem para consultar vem a pessoa só, não vem com a família. Então às vezes quando a gente faz a visita é uma visita exclusiva é só para o paciente que está precisando. A gente vai quando é caso necessário, um AVC (M-1).

Alguns autores questionam se a ESF está preparada para enfrentar este desafio, porém, preparadas ou não, os profissionais da atualidade são colocados cada vez mais em situações de interação com as famílias. Concernente a essa questão, Koster (2006) comenta que a abordagem sistêmica da família na SF exige reconhecer que a relação entre a dinâmica familiar é uma problemática de saúde complexa, sendo impossível distinguir claramente os efeitos diretos de uma sobre a outra.

Pode-se, porém, observar a longo prazo que a dinâmica familiar influencia na evolução da sistemática de saúde, a qual, por sua vez, influi na família que, sendo outro, irá interferir na evolução da problemática, num processo contínuo ao longo do tempo.

Em relação a esse enfoque, faz-se necessário que a avaliação de processo também ocorra com base nos aspectos técnico-científicos. Além de Donabidean (1980), Vieira (2005) também refere que essa avaliação inclui o nível de treinamento e de habilidades dos profissionais. Nessa perspectiva técnica-científica de avaliação, pôde-se analisar o significado das falas dos sujeitos que traduz-se na revelação sobre a falta de habilidade técnica das ESF, referindo-se ao preparo, ao perfil e à capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas equipes de saúde da família em Caxias.

Os sujeitos deste estudo apresentaram em suas falas aspectos técnico-científicos, os quais envolveram o preparo e o perfil dos profissionais e a educação continuada. E, ao abordarem sobre as habilidades técnicas dos profissionais nas equipes foram enfáticos em afirmar que alguns não possuem o perfil e a capacitação para atuarem na SF. Além disso, ao tratar sobre o perfil e o preparo dos profissionais de saúde, assunto discutido por todos os grupos, foi revelado que os sujeitos compreendem que para trabalhar na SF o profissional deve estar adequado para que possa se integrar na estratégia, conforme explicitam os conteúdos destes relatos:

Ta tendo dificuldade, tem aqueles que têm um preparo, mas outros, eu falo tanto como medico, como enfermeiro, como auxiliar. Porque os problemas da nossa área são diversos e o profissional tem que está preparado pra todos os tipos de problemas que aparecerem. (ACS-11)

Esses profissionais sem perfil, sem compromisso, e que tratam mal os pacientes os colegas prejudicam o trabalho da equipe (AUX-4)

Os profissionais não são preparados para esse novo modelo, principalmente os médicos, eles têm que serem preparados na universidade, e nos não temos esses profissionais preparados para o PSF, já que estamos falando de uma expansão desde 2005, são apenas três anos, é pouco tempo e não temos esses profissionais. (E-3)

Acho que o perfil fica um pouco difícil principalmente pela necessidade do profissional, o município está precisando e não

pode olhar muito o perfil do profissional. Assim, tem hoje, muitos colegas sem o perfil, mas precisa trabalhar. O profissional precisa economicamente, o município precisa para atender a população, uma coisa leva a outra. Acho que precisaria de uma capacitação para melhorar o trabalho. (M-4)

Pôde-se observar também, a partir dos relatos dos sujeitos deste estudo, que o perfil encontrado no atual contexto não condiz com as diretrizes da SF, referindo principalmente ao profissional médico, que devido ao rápido aumento das equipes agregado em pouco tempo de expansão da SF, bem como à escassez de profissionais no mercado de trabalho, os mesmos encontram-se sem preparo para atender as exigências de um novo modelo assistencial. Assim, comprometendo o desenvolvimento do fazer cotidiano da equipe e gerando uma prática centrada no modelo hegemônico biomédico.

De acordo com Costa e Carbone (2005, p. 11), as características desejáveis para um médico da família são o gosto pelo trabalho em equipe e sensibilidades para aspectos psicológicos e sociais. Além disso, esse profissional deve ter capacidades de se adaptar a situações novas, devendo para isso ter facilidade em se relacionar com as pessoas de diferentes faixas etárias. Para médico da família também é exigido habilidade em planejamento e programação, equilíbrio, resistência a frustrações e empatia.

Em decorrência de se viver atualmente uma transição cultural na saúde, os profissionais se deparam na SF com a necessidade de reorientar suas práticas, agregando aos seus conhecimentos técnicos, outros conhecimentos e habilidades, relacionados com a dinâmica social e o trabalho em equipe, para alcançar o campo da integralidade proposta pela estratégia. A repercussão direta sobre a formação e qualificação dos recursos humanos em saúde é, portanto necessária, e vem ocorrendo de forma lenta e gradual, sem, contudo, acompanhar a velocidade da necessidade do preparo dos profissionais de saúde já nessa prática (KOSTER, 2006).

Acrescenta-se que dentre os aspectos técnico-científicos enfatizados pelos sujeitos, foram ressaltadas a capacitação e a educação continuada, um dos itens estabelecidos pela PNAB que deve se dá concomitantemente ao início do trabalho

das ESF, por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. E em cidades com mais de 100 mil habitantes, a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes é da SMS, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (BRASIL, 2006).

De uma maneira geral, as equipes reconhecem que houve um aumento no número de capacitações oferecidas pela SMS. Esta posição foi mais expressiva entre os ACS, conforme mostram os depoimentos que seguem:

Agora nós temos mais capacitações, que antes nós não tínhamos. Estamos participando mais de cursos de capacitação para nós servirmos melhor e ter mais qualidade e quantidade de informações pra gente levar pro paciente (ACS-5).

Não tinha treinamento nenhum, aí fica tão ruim pra gente fazer o acompanhamento (ACS-6).

Quando o agente de saúde é capacitado não tem como ele deixar de fornecer um trabalho de qualidade para sua comunidade. Cada dia que passa, a gente almeja mais a capacitação, porque o profissional mais capacitado passa mais segurança para a comunidade (ACS-8).

Os sujeitos defendem que os processos de capacitação têm contribuído para o enfrentamento dos problemas no cotidiano, para a transformação das práticas futuras dos profissionais. Contudo, devemos destacar que essa valorização da formação continuada acontece de forma isolada e seletiva para um tipo de profissão, não envolvendo toda a equipe.

Como se pôde constatar nas falas dos sujeitos, essa importância da capacitação foi atribuída pelos agentes comunitários. Os demais profissionais que atuam na ESF pouco referiram a esse respeito. Vinculado a isso, é válido acrescentar que quando são oferecidos cursos e treinamentos não são contemplados todos os profissionais. Nesse sentido, constata-se de acordo com os conteúdos dos depoimentos dos sujeitos que algumas categorias se ressentem pela falta de oportunidade de capacitação.

Os agentes comunitários são a única categoria profissional que tem uma educação continuada, eles sim são sempre capacitados (E-7)

Simplesmente nós fomos assim colocados, não teve realmente esse preparo, uma orientação, o que se aprendeu, se aprendeu lá, buscando na literatura e se aprendeu, não houve esse treinamento e outros tiveram que buscar a especialização por sua própria conta (E-8).

Destaca-se que os sujeitos não tiveram, após a ampliação da SF, exceto os ACS, um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades, sendo que a alternativa foi a busca própria, por parte de alguns profissionais, do aperfeiçoamento e da capacitação profissional de forma espontânea e isolada.

Para Ceccim (2005), a educação permanente em saúde coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise. É permeada por relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no trabalho. Insere-se em processos que vão do interior das equipes às práticas organizacionais institucionais e/ou setoriais, envolvendo as políticas de saúde.

Neste campo, encontram-se diversas ferramentas desenvolvidas e implantadas para esse propósito. Franco e Merhy (2007) trazem o conceito de ferramenta como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde.

Ressalta-se, nessa abordagem, que a educação permanente, como pedagogia, revaloriza o processo de trabalho como centro privilegiado de aprendizagem, sem a tentativa de transformações dos problemas educacionais. E a partir daí busca identificar lacunas de conhecimentos e atitudes que fazem parte dos problemas do cotidiano nos serviços (RIBEIRO; MOTTA, 2007).

Outra dificuldade apontada pelos sujeitos da pesquisa em relação às mudanças do processo na expansão é que as capacitações não correspondem ao novo objeto que é ampliado. Nesse sentido, afirmam:

O médico não consegue trabalhar no PSF, porque talvez não tenha recebido uma capacitação suficiente para fazer essa abordagem familiar (ACS-4).

Acho que os profissionais não são preparados pra atender de acordo com a necessidade da população, porque os problemas da nossa área são muitos. Então a pessoa teria que tá preparada pra tudo, mas às vezes chega lá e nem sabe como resolver (ACS-11).

Eu acho que falta um curso de relações humanas, para um pouco mais de humanização, principalmente dos médicos (AUX-4).

Não existe um preparo adequado dos agentes comunitários, para eles repassarem para comunidade que os profissionais tem treinamento para atender, mas também têm limites (M-2).

A partir das falas dos sujeitos, observa-se que as capacitações não contemplam as necessidades dos profissionais, não possibilitando conhecimentos que venham auxiliá-los em relação aos problemas a serem enfrentados dentro do espaço de atuação. Além disso, essas capacitações são eminentemente técnicas, não condizentes, portanto, com o processo de trabalho do cotidiano, que requer dos profissionais das SF diversas outras ferramentas e habilidades no sentido de buscar interação com as exigências do trabalho. Isso é reconhecido pelo próprio MS, quando enfatiza que:

As capacitações tradicionais, em geral, não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por serem descontextualizadas, não levarem em conta as concepções e as ações dos sujeitos envolvidos no trabalho em saúde e por serem organizadas com base na transmissão de conhecimentos (BRASIL, 2005d, p. 33).

Cabe aqui ressaltar que na realidade da SF do município de Caxias não existe uma política de capacitação de recursos humanos para esse fim, e isso se traduz na prática cotidiana de seus profissionais. Para tanto, os serviços de saúde devem investir no desenvolvimento da educação em serviço, como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na área. Nessa perspectiva, torna-se possível superar a tradição de capacitações pontuais por um processo

formativo que contemple a educação permanente em saúde (ARAÚJO; VILLAS BÔAS; TIMÓTEO, 2006).

Contudo, é válido enfatizar, a partir dos depoimentos, que o processo de trabalho em saúde da SF em Caxias não é somente complexo e intermitente, mas trata-se de um processo rico e dinâmico, considerando-se que os serviços de saúde são os lugares em que são produzidos os cuidados às pessoas portadoras de algum tipo de necessidade de saúde. A maneira como se organizam e se articulam os diferentes trabalhos e ações (atendimento de enfermagem, consulta médica, curativo, inalação, atividades educativas etc.) para responder às necessidades de saúde, o modo como cada profissional de saúde atua em seu trabalho específico, como se relaciona com os usuários e com os demais colegas de equipe caracterizam o processo de trabalho e definem a produção de cuidado (MERHY, 2003.)

A relação interpessoal no processo de trabalho foi objeto de avaliação igualmente focado em três aspectos fundamentais de acordo com o discurso dos sujeitos: a relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais e comunidade e entre a equipe e a gestão. A concepção dos sujeitos da pesquisa traz elementos em relação à união, interdisciplinaridade e trabalho em equipe, como são manifestadas nas falas a seguir:

Nós trabalhamos em integração com os agentes de saúde, eles trazem os problemas para enfermeira, para médica, para o nutricionista e para o fonoaudiólogo, que nós temos na equipe. Todos trabalham integrados, em conjunto para podermos dar uma melhor assistência aos pacientes, uma assistência de forma integral (M-4).

Acho que trabalho depende muito da equipe pra ser bom, mas é preciso que todo mundo se empenhe nesta luta e que tenha uma pessoa que realmente puxe por todo mundo, uma pessoa pra comandar. A nossa equipe sempre foi muita unida, a gente sempre trabalhou muito bem, mas não tinha a força de vontade que tem hoje (ACS-1).

Se somos uma equipe, uma tem que ajudar a outra (AUX-4).

Pelo menos nas palestras a gente participa todo mundo junto (AUX-3).

Eu tenho o apoio da equipe. A equipe é muito unida, então quando a gente não conseguia alguma coisa via secretaria, então a gente conseguia por meios próprios até mesmo por meio de doações. A gente conseguia fazer um bom trabalho. (E-8)

Para esses profissionais, a integração, a união, a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe estão presentes na sua prática cotidiana, fazendo com que os trabalhadores possam interagir, unir saberes e experiências, para a solução de problemas de saúde. A interdisciplinaridade ainda é vista como um novo modo de assistir a saúde e o cuidado com o outro, em função da complexidade dos problemas de saúde, vendo o ser humano em todas as dimensões. Dessa forma, segundo os sujeitos da pesquisa, o trabalho em equipe está diretamente relacionado à integralidade.

Com base nesse contexto, a relação interpessoal no processo de trabalho é compreendida como uma maneira complexa de entendimento e de enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e normaliza as ações em articulação ou cooperação entre as profissões (SCHERER, 2006). A mesma autora também comenta que a interdisciplinaridade é inicialmente a cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, e concretizando-se no final a íntima relação entre conhecimento e ação. O trabalho em equipe é considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na SF.

Por outro lado, alguns dos sujeitos, centrados no foco das mudanças de sua prática na SF, relatam outra realidade, explanando que a falta de interdisciplinaridade e trabalho em equipe são escassos e reduzem a multiprofissionalidade da ESF a apenas dois profissionais, o enfermeiro e o ACS. Com isso fica expressa a desvalorização tanto da equipe de saúde quanto dos trabalhadores como sujeitos sociais em processo de relação e como consequência da valoração hierárquica e desigualdades sociais entre os trabalhos dos diferentes agentes.

Os sujeitos comentam, além disso, que esse tipo de relação anula o transcórre do fazer diário da equipe, sendo que para o trabalho ser realizado de

forma satisfatória, é necessário que os profissionais estejam cientes de seus papéis dentro da equipe, e ainda que este processo de trabalho esteja em consonância com o preconizado pelo MS, são expostas nas seguintes falas:

Se o ACS faz seu trabalho, o enfermeiro faz seu trabalho, mas se médico ou o técnico não faz, ai fica difícil, porque fica quebrado o trabalho da gente, não funciona, acaba não funcionando e, o trabalho da gente não é visto, não vai ser visto nunca, a equipe inteira (ACS-11).

Acho que para trabalho ser em equipe, interdisciplinar, os profissionais tem que saber quais as suas atribuições, já que eu trabalho no PSF, ou técnico, ou médico, ou enfermeira, todo tem que saber suas atribuições pra poder desenvolver o trabalho direito . (ACS-4)

Hoje a relação é amigável ate pra não entrar em conflito... pra não gerar um descontentamento, porque alguns profissionais não seguem as ordens do Ministério no atendimento e eu não digo mais nada. (M-2)

Mesmo tendo outros profissionais de nível superior, por mais que se chame de equipe, o enfermeiro acaba sendo a “equipe”... é aquele que desenvolve, aquele que administra, aquele que gerencia, aquele que toma a frente das coisas... embora seja uma categoria que mais trabalha ainda não é valorizada (E-7)

A experiência de interdisciplinaridade foi expressa pelos sujeitos da pesquisa através de exemplos do dia-a-dia do trabalho, de quando e como ela aconteceu, bem como pelo relato das dificuldades para a sua efetivação. A complexidade do processo, como sendo de construção difícil e contraditória, se alternam momentos de práticas consideradas interdisciplinares e outros não. Na verdade, a interdisciplinaridade dos membros da ESF é uma prática dinâmica e processual, às vezes parece ser um paradoxo, ela existe e não existe ao mesmo tempo, porque torna-se difícil visualizá-la na vivência cotidiana (SAUPE *et al.*, 2005).

Há, portanto, que ser revisto, porque é necessário que a centralidade do trabalho em equipe seja focada na obtenção de resultados que expressem a finalidade do trabalho, ou seja, a atenção integral às necessidades de saúde do paciente, que pode ser aprimorada em sua qualidade por meio da comunicação em busca de consenso entre os profissionais no cotidiano de trabalho (KELL, 2007).

A freqüência com que é mencionado o profissional médico como sendo o grande responsável pela dificuldade de trabalhar interdisciplinarmente provocou a seguinte ponderação no Grupo Focal D, composto por enfermeiros:

O que dificulta muito trabalho da gente em relação ao medico. É que enfermeiro tem muito e medico tem pouco e a gente é mais cobrada em dar conta de todas as ações do PSF, inclusive a do medico. “Ou você trabalha ou você vai pra fora? Porque eu tenho 10, 20 enfermeiros pro seu lugar”. Eu já ouvi muito isso (E-3).

A gente acaba assumindo como nossa e assimilando uma responsabilidade que é do medico só pra o serviço poder andar, aí o enfermeiro fica sobrecarregado e estressado (E-8).

Mas essa percepção é contextualizada pelos sujeitos da pesquisa, demonstrando a atual situação que se encontra o mercado de trabalho em relação à escassez de médicos. Essa conjuntura gera tanto um autoritarismo do profissional médico sobre as demais profissões e relata a fragilidade dos gestores em relação os mesmos quando causa sobrecarga de trabalho, estresse e insatisfação do profissional enfermeiro, o que dificulta uma coordenação institucional conjunta do processo de trabalho.

Scherer (2006) refere que o quantitativo de recursos humanos médicos para a SF é insuficiente para atender o aumento da estratégia por todo país e a demanda populacional sob sua responsabilidade, e que devido os médicos serem de diferentes origens institucionais, diferenças de formação e de informações, a maioria desses profissionais desconhece o que é o SUS e a SF.

A fala dos sujeitos demonstra vários tipos de relações vivenciadas entre a ESF e a comunidade, mas que essas relações se dão principalmente por meio do trabalho vivo centrado no vínculo estabelecido entre os usuários e cada trabalhador da equipe e da responsabilização e compromisso dos profissionais de saúde pela assistência dispensada à clientela adscrita.

Alguns sujeitos mencionam que houve melhora referente às relações de trabalho entre usuários e trabalhadores estabelecidas por tecnologias leves, que envolvem a tecnologia das relações de produção de vínculos constituídos pelo

reconhecimento do trabalho e pela responsabilidade e sensibilização dos profissionais com o sofrimento dos pacientes, sendo menos impessoais e rompendo as barreiras com a qual interagem com os mesmos, como pode-se ver a seguir:

A enfermeira tem uma relação muito boa com a comunidade, ela é uma pessoa muito acessível, se aproximara muito mais do que até a gente que estamos no dia-a-dia deles, porque ela gosta e tem responsabilidade pelo o que faz (ACS-2).

Porque nós estamos no dia a dia, estamos sempre por dentro de muitos assuntos que as famílias às vezes procuram as pessoas pra conversar e elas encontram nos agentes de saúde essa confiança, de se abrir, de falar alguns assuntos que dentro da própria família eles não têm essa segurança de conversar com alguns familiares e eles encontram no agente de saúde essa segurança, esse apoio que eles tanto precisam (ACS-10).

Eu acho que a gente consegue identificar também, mesmo que de forma um pouco empírica, a gente percebe o envolvimento da comunidade [...] A comunidade vai à unidade e quando a gente tá no meio da comunidade a gente percebe aquela aglomeração, aquela aceitação das pessoas, da população. Aquele entrosamento, conhecimento, quando a gente chega pra fazer a visita de PSF percebe que é bem recebido, é boa aceitação, isso dá pra gente ter uma noção que o nosso trabalho é bem desenvolvido. (E-8)

Ao avaliar as qualidades dos profissionais de um Centro de Saúde de Campinas, Mellin e Pinto (2008) comentam que atualmente ocorreu melhora no atendimento relacionado ao estabelecimento de vínculo, à responsabilização pela população da área de abrangência, ao acesso e integração da equipe interdisciplinar e, finalmente, à prática do atendimento integral e multidisciplinar.

Entretanto, observa-se que alguns sujeitos referem uma prática cotidiana encenada e exercitada por conflitos e carência de compromisso profissional, permanecendo, assim relações conflituosas, estabelecidas pela dicotomia entre o saber/fazer cotidiano e as diretrizes arroladas nos documentos técnicos da SF, como relatado nas seguintes falas:

A população impõe as condutas para a equipe de saúde, quando um paciente chega e diz “eu quero um exame disso porque tenho isso”, ai gera o conflito. Ai eu tenho dois caminhos: se eu gero o conflito começa ser colocado “esse não seria o médico ideal pra comunidade” ou se não gera o conflito eu vou está sobrecarregando

o sistema, porque vou solicitar vários exames desnecessários, pra fazer a vontade do paciente. Eu gero o conflito [...], o médico não é Deus, mas tem preparo pra dá o melhor direcionamento da doença do paciente (M-2).

Porque nem todo mundo não só médico, mas também nos enfermeiros não estamos comprometidos com o atendimento do paciente consoante as norma do PSF e também não encontramos uma equipe integrada que respeite tal atendimento (E-1).

Diante dessa complexa configuração de relação do trabalho em saúde entre usuários e profissionais, Merhy (2005) enfatiza que qualquer interação entre trabalhador da saúde e usuário é permeada pelos saberes, experiências de vida, sofrimentos e subjetividades de ambos, em que se influenciam e se afetam mutuamente nesse encontro, no qual influencia o modo de acolhida na intenção destas pessoas.

O estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso com coresponsabilização entre profissionais e população são elementos essenciais para o alcance dos objetivos da SF. E isto só será possível como uma mudança de atitude pessoal e profissional de gestores e trabalhadores na perspectiva da prática interdisciplinar permeada pela integralidade da assistência (KELL, 2007).

No município investigado, as equipes da SF encontram-se diretamente ligadas à Coordenação da AB, sendo atribuição desta a realização da supervisão de equipe. É necessário ressaltar que com a ampliação do número de equipes, o processo de acompanhamento por parte da coordenação ficou comprometido. Embora os sujeitos reconheçam o interesse da coordenação municipal e as dificuldades que esta vem enfrentando, ressentem-se de uma supervisão mais efetiva e salientam que esta foi se tornando menos freqüente ao longo do tempo. A partir de então se vem realizando, por parte da coordenação da SF, um acompanhamento distanciado da realidade das equipes, produzindo, assim, relações consideradas problemáticas, marcadas por tecnologias duras em detrimento de cobranças para a concretização do trabalho, levando a uma gerência autoritária e centralizadora, como mencionado a seguir:

Existia também uma reunião com o gestor que era com o coordenador do programa, não se tinha uma regularidade, mas se marcava com a coordenadora as reuniões. (E-7)

Antigamente minha relação com a coordenação era melhor, por que como eram só 12 a coordenadora ia mais à unidade e a gente tinha mais acesso a ela. O acesso para nós era melhor porque éramos poucos. Hoje a gente tem que esperar a vez, é mais burocrático, antes as coisas fluíam mais rápido. (E-2)

A gente só é cobrada. Eu acho que a coordenadora dos postos devia andar mais nos postos, pra ver com os próprios olhos dela do que realmente a gente precisa... eles não fiscalizam, eles vigiam (AUX-3)

Em relação a esse contexto Vanderlei (2007, p. 12) menciona em seu estudo realizado sobre prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família em municípios do estado do Maranhão que a coordenação da SF é exercitada por uma:

gerência que está pautada num estilo gerencial tradicional caracterizada por um núcleo burocrático duro, porém com perspectiva de mudança porque, na prática, já existem brechas que sinalizam o estabelecimento de relações de responsabilização e mais acolhedoras com os usuários e as famílias.

Diante dessa realidade, pode-se afirmar que a forma como a gestão/gerência é exercida no cotidiano não compreende as necessidades e interesses das ESF, voltando-se para tarefas burocráticas, em que a carência de ação sistematizada dificulta a articulação e mobilização dos profissionais de saúde na busca de democratizar os espaços e as relações de poder para consolidar o modelo assistencial.

4.3.3 Mudanças relacionadas aos resultados

Os resultados dos serviços de saúde são os efeitos do programa ou intervenções sobre a saúde dos usuários dos serviços de saúde, aferindo o alcance ou condição de qualidade da assistência prestada. Assim, a significação sobre os resultados do exercício de trabalho diário das ESF, conforme explicitam os conteúdos dos depoimentos, compreendem: acesso e adesão, humanização e

acolhimento, intersetorialidade, resolubilidade, referência e contra-referência, avaliação das ações e valorização dos resultados do trabalho. Dessa maneira, destaca-se, nas falas dos sujeitos com características de ampliação, o acesso e a adesão, os quais possibilitaram uma melhora no atendimento e, por conseguinte passaram a adquirir confiança na equipe, conforme se ver a seguir:

As pessoas têm mais acesso na unidade, antigamente uma unidade tinha que atender uma demanda que era muito grande né? Já hoje não, já aumentou o acesso (ACS-09).

Eu acho que a população ficou mais bem assistida com a questão da visitas, com isso aderiram mais ao programa (E-8).

Com a expansão do PSF aumentou o acesso da população, que ficou melhor a adesão da comunidade porque vê mais a equipe trabalhando dentro da comunidade, então adquiriu confiança naquela equipe de saúde. Então, quando se tem confiança na equipe de saúde vai se procurar mais aqueles serviços que estão sendo oferecidos (E-7).

De forma unânime, percebe-se que a expansão da SF, aumentou o acesso e conseqüentemente melhorou a adesão da população à estratégia, devido uma maior inserção da ESF no seio da comunidade, ofertando os serviços de saúde próximo ao “consumidor” por meio da confiança, assim, quebrando alguns empecilhos que dificultavam o ingresso dos usuários aos bens e serviços de saúde.

Segundo Travassos, Oliveira e Viacava (2006), acesso expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas usarem serviços de saúde quando deles necessitam. Enquanto barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde.

A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso, que por sua vez se refere à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário.

O acesso deve se dar prioritariamente pelos serviços de atenção básica próximos ao local de moradia do usuário. E o encaminhamento à atenção especializada e hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta os critérios de vulnerabilidade e risco com apoio das centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de saúde (PAIVA, 2006).

Outros aspectos discutidos pelos sujeitos foram em relação ao acolhimento e à humanização. Para Merhy *et al.* (1994), acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. Na apreciação das discussões dos sujeitos, foram identificadas narrativas relacionadas aos temas acolhimento e humanização. E pertinente ao acolhimento, os sujeitos fazem a seguinte alusão:

O acolhimento foi melhorando, porque a própria equipe de saúde foi vendo que fazer o acolhimento da comunidade, ela vai ter mais adesão daquela comunidade aos serviços que estão sendo prestados (E-7).

Então da forma que eu chego à casa das famílias, disposta, alegre a conversar, falar sobre saúde, às vezes a gente, tem certos momentos que sirvo até de psicólogo da família, se tiver passando por um problema a gente começa a conversar (ACS-11).

Entende-se que a expansão da SF exigiu mudanças na maneira de “fazer saúde” da ESF, em a que a equipe foi aprendendo que acolher bem conquista a adesão da população. E em decorrência desse evento houve transformações no exercício prático da ESF, na busca de melhorar a qualidade da assistência a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, baseada na função de escutar e dar respostas positivas, capazes de resolver os problemas de saúde.

Deslandes (2008, p. 407) enfatiza que “o grande potencial do acolhimento é melhor utilizado quando incorporado no exercício profissional de todos os trabalhadores da saúde, como atitude que melhor qualifica o serviço ofertado nas unidades”. Isso expressa que o acolhimento assume papel importante nas práticas dos profissionais de saúde para que haja uma interação social e deposite confiança no profissional da saúde

Entretanto, alguns sujeitos entram em contradição, tendo em vista que relataram um contexto em que estão poucos preparados para lidar com tecnologias leves, relacionais, como comunicação, acolhimento, vínculo e escuta qualificada, como revelam os conteúdos das falas a seguir:

A reclamação na minha área é que o problema é na chegada, no primeiro atendimento, no primeiro contato. Não tem a atenção, a humanização, do bom atendimento, com o técnico e o auxiliar. O cliente tá indo até a unidade e não estão tratando o cliente bem (ACS-11).

Eu vejo também que está faltando à humanização de toda a equipe para a gente poder desenvolver o nosso trabalho, porque só o ACS, ele só, de forma alguma vai alcançar aquele nível que ele pretende dar um tratamento humanizado para a comunidade onde ele trabalha (ACS-4).

A gente se sente mal quando o paciente é maltratado pelo médico, pelo auxiliar. Se todos fossem um pouco mais humanos, seria melhor (ACS-1).

Relacionados à humanização, observa-se nestes discursos, no geral proferidos pelos ACS, uma grande insatisfação dos profissionais na SF, reafirmando o que Garcia (2005, p. 95) enfatiza: "todos os profissionais da saúde são seres humanos, tal como os pacientes, mas nem todos podem ser chamados de humanizados". Ainda sobre esse contexto, Campos (2007) comenta sobre o processo de desumanização existente nos serviços de saúde, porque é um produto humano, ainda que proceda de uma convenção de problemas estruturais com posturas inapropriadas e burocratizadas dos profissionais.

Em suma, o acolhimento e a humanização requerem um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, além de tratamento e cuidado dignos, solidários e acolhedores por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto/sujeito de trabalho - o ser humano doente/ser fragilizado. Nessa perspectiva, se faz necessária uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais (BACKES, KOERICH, ERDMANN, 2007). Os mesmos autores, também expressam que o resgate dos valores humanos, isto é, da humanidade como essência do ser humano, não decorre do trabalho mecanizado e rotineiro, mas através do trabalho

como realização pessoal/profissional, da competência técnica e humana e da vivência do cuidado humanizado enquanto práxis inovadora e transformadora das relações e condições dos sistemas de produção.

Cabe ressaltar que os sujeitos desta pesquisa revelaram em suas falas a interdependência entre as ações de intersetorialidade e referência e contra-referência na implementação de metas no sistema municipal de saúde que permeie a resolubilidade na SF. E com base no desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde por meio dos eixos norteadores da prática na ESF, os sujeitos, assim se expressaram:

A gente pede auxílio nos comércios, caso a gente quisesse fazer alguma festinha, alguma comemoração, algum evento. A gente tem um vínculo com juizado de menores, então toda sexta-feira a doutora tem sempre reunião com algum membro do Juizado de Menores e do Conselho Tutelar, porque a gente tem muita queixa de abuso sexual em menores (AUX-7).

A equipe tem é que fazer parcerias com escola, chamar as mães e explicar o significado de uma água filtrada... a Saúde da família é ilha isolada, não faz comunicação com educação, com a igreja que é uma instituição forte aqui (M-2).

Às vezes a gente não pode fazer muita coisa não, às vezes a gente precisa dos outros setores de outras ajudas... então a gente faz o que pode....falta no PSF uma boa relação intersetorial (ACS-9).

A intersetorialidade, apesar de elementar, com realização de atividades extra-setoriais pelos integrantes da ESF, é importante indicador da prioridade para atividades de promoção da saúde. Percebe-se que enquanto algumas equipes efetivam suas atividades junto a outros órgãos de políticas públicas, em consonância com a proposta da estratégia, outras ponderam que a intersetorialidade é relevante para o enfrentamento dos problemas no cotidiano, mas sentem-se impotentes por considerarem a SF isolada dos outros setores da sociedade.

A prática da intersetorialidade é realizada de diversas formas pelas equipes, e embora isolada por parte de algumas, é reconhecida pelos profissionais como um relevante instrumento para a otimização das ações e para se obter o alcance da resolubilidade tanto requerida pela SF.

A esse respeito Gaioso (2007), considerando a cultura organizacional da não-participação menciona que ação intersetorial para a promoção da saúde forma parte de uma busca por alternativas para a crise da saúde, prática e conceitual, no que se refere à capacidade de responder ou não às características da sociedade atual, com seus perfis demográficos, culturais, políticos e epidemiológicos. Incluindo nesse contexto, os desafios de enfrentamento da crise, aqueles relacionados ao planejamento, organização e gerenciamento da ação intersetorial por ser indispensável que haja compartilhamento de poder e articulação de interesses e saberes no processo de trabalho dos setores e instituições envolvidas.

Outro aspecto relacionado à obtenção da resolubilidade está relacionado à referência e contra-referência, que a PNAB (BRASIL, 2006, p. 12) preconiza como responsabilidade dos municípios “organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica”

Os sujeitos demonstram em suas falas o contexto de sua prática em relação à referência e contra-referência, enfatizando que não há uma sistematização do programa, com falta de organização.

A questão da referência e contra-referência no município não é sistematizado, então a gente resolve dentro da unidade de saúde, encaminha, mas não tem a contra-referência, não tem organizado esse sistema de referência e contra-referência no município (E-7).

A referência e contra-referência é um problema, a gente encaminha um paciente e não recebe a contra-referência, às vezes o paciente não é nem atendido. Esse é um problema que temos que resolver. Saber qual é o vínculo da saúde da família com a atenção secundária. Ainda aí tem uma dificuldade, tem que organizar (M-4).

A percepção dos depoentes é que o setor não resolve todas as questões, mas avança numa discussão de relação interinstitucional, demonstrando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e usuários com as problemáticas condições de referência e contra-referência. A relação da SF com as instituições de saúde, pertencentes a outros níveis de atenção, é permeada por ações que se restringem apenas a referência realizada na UBS, não havendo o retorno da informação das ações para o primeiro nível de atenção, a SF. Assim, evidencia-se a

falta de integralidade da assistência dentro da própria rede assistencial, sendo possível conhecer as rupturas do sistema de referência e contra-referência na rede e as conseqüências das mesmas na vida da população usuária.

A complexidade de fatores envolvidos no processo de referência e contra-referência depende da integração de diversos serviços, exigindo uma organização do processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção, para intervir na dimensão coletiva do processo saúde-doença e também para oferecer uma assistência integral às pessoas na tentativa de ultrapassar os limites da organização do trabalho predominante em nossos serviços de saúde (SCHERER, 2006).

A referência e contra-referência deveriam funcionar, de acordo com Mendes (2002), na perspectiva dos sistemas integrados de saúde, cuja oferta e utilização dos serviços de saúde deveriam ser feitas por um conjunto de pontos de atenção a saúde que se articulam numa rede capaz de prestar atenção contínua a uma população adscrita. Os pontos de atenção devem ser organizados de acordo com um primeiro contato (o que significa acessibilidade); longitudinalidade (que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo); integralidade (garantir a população todos os tipos de serviços de saúde); coordenação (garantir à continuidade da atenção a saúde); focalização na família (o sujeito da atenção é família); e a orientação comunitária (reconhecimento das necessidades das famílias).

As práticas avaliativas na SF vêm sendo amplamente discutidas em estudos, destacando a necessidade de serem feitas a partir do cotidiano de trabalho da ESF, tendo uma maior participação do usuário no processo e a utilização efetiva das avaliações. Com relação a avaliação das ações os sujeitos expressam que.

Nós enfermeiro temos o tempo todo como avaliar não só trabalho do medico, mas também o nosso trabalho. Então a falta de avaliação é um fator adicional que atrapalha bastante a qualidade do serviço (E-1).

Não existe a questão da avaliação das ações tanto por parte da coordenação quanto por parte de algumas equipes, nos não temos o costume de avaliar a nossas metas, as nossas ações (E-4).

De acordo com as nossas avaliações da nossa área de abrangência melhorou os indicadores, mas a visão global do município, nós não sabemos, justamente, porque a gente não tem esse habito e esse acesso de junto com gestores esta vendo a questão dos indicadores, se melhoram ou não (E-7).

A partir da narrativa, feita apenas por enfermeiros, devido à sua condição de administrador a UBS, apreende-se que a prática da avaliação das ações e objetivos a serem alcançados não está impregnada no cotidiano da Coordenação da SF e conseqüentemente também da ESF, havendo somente avaliações isoladas por algumas equipes, devido a falta de acesso as informações, prejudicando, assim, o planejamento das ações e a qualidade do serviço.

Pinheiro e Gomes Junior (2007) enfatizam que o instrumento de avaliação da SF restringe-se ao preenchimento de relatórios para coleta de dados, e pouca ênfase é dada ao retorno dessa informação, sem um processo inerente do julgamento de valor das ações e daquilo que é feito no cotidiano, prejudicando o estudo aprofundado das práticas cotidianas. O potencial avaliador no processo das práticas avaliativas é a participação dos usuários. Os mesmos autores ainda mencionam que é no cotidiano que construímos as relações entre gestão, trabalhadores e usuários do sistema de saúde, podendo refletir e introduzir inovações no modo de produzir políticas sociais e do cuidado, direcionadas por valores emancipatórios como a solidariedade, a prática democrática e ética, a autonomia dos sujeitos e a integralidade do cuidado.

Os sujeitos do estudo revelaram em suas falas que a valorização do trabalho realizado é reconhecido pela comunidade, como se constata nas falas seguintes.

Eu sou responsável por aquilo que eu faço, porque eu entro na casa das famílias na comunidade, vejo as pessoas que precisam do meu trabalho reconhecem esse trabalho, eu fico muito satisfeito (ACS-4).

Hoje nós temos uma receptividade muito boa, as famílias buscam esse atendimento (ACS-10).

A valorização é importante para o profissional poder se inserir, poder buscar mais, aprender mais, conhecer mais o que significa o PSF. Essa valorização a gente percebe por parte da comunidade, quando a gente vai fazer a visita domiciliar, que bem recebido e tem uma

boa aceitação por parte da comunidade. Isso dá uma noção da realização de um bom trabalho (E-8).

Com base nesses depoimentos, os sujeitos revelaram a percepção de que o trabalho produziu resultados visíveis no local e é valorizado pelos usuários, demonstrando também uma relação positiva com a população. Essa valorização do trabalho adquire importância ainda maior, pois, no contexto da casa da família durante as visitas domiciliares, buscou-se fazer a inserção no núcleo familiar possibilitada pela estratégia.

Com isso, os profissionais parecem evoluir para um extremo em que são responsáveis por todas as questões de saúde da clientela adscrita, iniciativa esta, justificada pelo aumento do vínculo com a comunidade, induzindo ao reconhecimento e valorização dos profissionais, o que estimula os atores sociais da SF a buscar novas formas e tecnologias de oferecer o cuidado na SF. Destaca-se que se faz importante que este exemplo seja ampliado para gerar discussões nos outros níveis de assistência, criando mecanismos para sua reorganização que favoreça o vínculo, não só com o usuário, mas também com toda a rede.

Com o aumento do vínculo e da responsabilização na rede básica, mudança de comportamento, junto à comunidade, fazendo-os co-responsáveis da promoção de saúde, transformando a realidade, mas respeitando seus aspectos culturais; trabalhando com a educação em saúde, enfatiza-se a prevenção, cuidados básicos com saúde, vacinação, vida saudável, evitando-se agravos à saúde (VIEIRA *et al.*, 2004). Cabe acrescentar que todo esse importante trabalho traz mudanças positivas, como se observa a partir dos indicadores de saúde nas populações atendidas pela SF, consoante à veracidade e valoração da comunidade na ESF.

4.4 Desafios para consolidação da Saúde da Família na perspectiva da melhoria da assistência a saúde na prática cotidiana equipe

O MS por meio da SF vem contribuindo na ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, mas é preciso enfrentar os desafios que essa estratégia

apresenta no cotidiano das práticas de suas equipes, e em particular no município estudado, tendo em vista que esses desafios são de características diversificadas, vivenciadas por diferentes sujeitos em diferentes e variados contextos.

Os sujeitos demonstram a percepção da falta de compromisso e responsabilização como um dos desafios a ser transposto para consolidar a SF e obter a melhoria da assistência.

O que falta é os profissionais vestir a camisa do serviço.(E-3)

Esta faltando é o compromisso dos profissionais e o Ministério cobrar mais dos municípios. (E-7)

O desafio do PSF é muito grande e a gente que tá no dia-a-dia, tem que transpor muitas dificuldades. Então se eu aceitei esse trabalho eu tenho que trabalhar da melhor forma possível, mas não é o que se vê na pratica de alguns de nossos colegas. Eles não têm comprometimento (ACS-5)

A partir desses relatos, verifica-se que os profissionais, embora reafirmem a falta de compromisso profissional como eixo norteador, reconhecem os grandes obstáculos a serem rompidos no dia-a-dia, são enfáticos em reafirmar o profissional como co-responsável pela melhoria da assistência.

Contudo, outros justificam que a melhoria da assistência na SF ocorrerá se houver investimento para adequar as condições de trabalho como: contratação de recursos humanos qualificados e qualificação dos profissionais que estão atuando.

Melhorar as condições dos funcionários, de trabalho, mais funcionários, contratar mais pessoas qualificadas, darem capacitação pros funcionários que já ta atuando. (AUX-7)

Oferecer melhores condições de trabalho, melhor remuneração, melhor atendimento ao publico e desenvolver um trabalho em equipe. Que equipe não é só o ACS, mas que é médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem (ACS-3)

Com relação a este paradigma Camargo Júnior *et al.* (2008) referem, enfatizando especialmente a qualificação dos trabalhadores da saúde, que pensar a

dimensão educativa como construtiva do trabalho de saúde significa dividir o peso da responsabilidade de decisão, geralmente centralizado, e tornar os profissionais responsáveis em avaliar suas próprias ações. Implica, portanto, incorporar essas responsabilidades em todos os momentos dos processos de trabalho de saúde.

Já outros sujeitos explicam que a consolidação e melhoria da assistência na SF acontecerá quando tiver modificação do atual contexto através da integralidade e interinstitucionalidade articulada nos diferentes níveis de atenção para a elaboração de um projeto assistencial que sirva como eixo norteador para o trabalho de todas as ESF, na tentativa de dispensar um cuidado integral e resolutivo, como se vê nas falas seguintes.

Pra realmente mudar a realidade do PSF é tem que funcionar um todo quer dizer... esse um todo depende de muitos fatores... esse um todo que eu falo é desde da secretaria ate no atendimento do paciente na unidade... pra poder realmente ser um exemplo de PSF pra poder funcionar precisa desse um todo funcionar não som parte. (ACS-11)

Ainda falta de interação maior de compartilhar os problemas e um protocolo que seja unificado a todos. (E-1)

Falta interação dentro da própria equipe, falta interação entre as equipes e entre a gestão de saúde no município. Então precisamos de alguma estratégia que una todos para que possamos falar a mesma linguagem (M-1)

Sousa (2008) relata que a SF é um modelo inovador, e para manter sua sustentabilidade requer o estabelecimento contínuo de parcerias intersetoriais, articulando ações interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde. Dentre as ações do PSF, emergem educativas, como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos.

Enquanto alguns sujeitos esclarecem que não adianta mudar todo o fenótipo estrutural do modelo assistencial vigente de saúde se não houver transformações de atitudes e interação comunicativa dos atores para promover a superação do isolamento dos saberes de cada profissão para alcançar resultados benéficos,

atingindo assim à consolidação e melhoria da assistência na SF, como é relatado na seguinte fala:

Voltando a minha vivencia pra essa situação, em relação a organização de serviços e a nossa pratica nessa nova estrutura me ponho a dizer que, novas paredes, novas pinturas, novos instrumentais foram colocados nas unidades básicas de saúde, mas não foi colocada uma roupagem nova em relação às atitudes dos profissionais que nela atuam isso nada serviu pra potencializar o trabalho das equipes de saúde da família, porque a gente encontra os mesmos péssimos vícios da estrutura que estava sucateada, ainda encontramos colegas médicos e enfermeiro que fazem o atendimento da forma antiga e diz “meu jeito esse”, então assim não vão se chegar os resultados que se espera. (E-1)

Alguns sujeitos colocam como maior desafio para a consolidação da SF, as próprias normas estabelecidas na política de financiamento do MS para a SF e deixando à cargo dos municípios resolver todos os determinantes do processo saúde-doença da comunidade. Ainda enfatizam a relevância da intersectorialização da saúde com a educação, assim, estimulando ações de promoção da saúde, para que no futuro, haja melhorias nas condições de saúde da população.

A primeira coisa é saber se o Ministério da Saúde está correto em subfinanciar a saúde desse país e pôr o PSF nos municípios para resolver o problema de saúde. Não é na saúde da família que vai resolver isso, a questão “saúde”, isso vai se resolver é na escola trabalhando as futuras gerações, melhorando os currículos escolares. (M-6)

De acordo com Santos (2004), a insuficiência de financiamento para SF gera problemas com recursos humanos e materiais, impossibilita um atendimento de qualidade, falhas no sistema de informação e sistema de referencia e contra-referencia, comprometendo a acessibilidade, a humanização do atendimento e o desenvolvimento de novas tecnologias para substituir as dimensões técnicas, políticas e administrativas do modelo assistencial.

Outros sujeitos demonstram falas diretamente vinculadas ao desejo de que essa estratégia pudesse contribuir para a organização do SUS e reordenamento do sistema através da gestão participativa, havendo interação entre usuários,

profissionais de saúde e gestores, assim, atender aos princípios da SF para que haja a sua consolidação como modelo assistencial.

Acho que nós precisamos ser mais ouvidos pelos gestores sobre os problemas que enfrentamos no dia-a-dia. E fazer um planejamento em que possa participar a comunidade, os profissionais de saúde e os gestores, para que as ações sejam em nível de município e melhorem as nossas condições trabalho e qualidade da assistência para a população. (E-9)

A tarefa é desafiadora para consolidar e alcançar melhorias na qualidade dos serviços oferecidos pela SF, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões. Para se repensar novas modelagens assistenciais para consolidação da SF Massote *et al.* (2008) enfatizam que há de se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, especialmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Daí decorre que serão construídas ações diferenciadas na produção da saúde que operam com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, de modo a estabelecer novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, tentando construir uma assistência centrada nas necessidades dos usuários.

Os discursos dos sujeitos, em relação às modificações acometidas pela expansão da SF no município, se aproximam ou se distanciam do que expressa o MS em seus documentos oficiais, mas dentre todas as ações mencionadas, uma que teve pouca ou nenhuma ênfase nas falas dos atores da SF no desenvolver da sua prática diária foi o estímulo à participação comunitária por meio do controle social.

Considerando esse prisma pode-se afirmar que ações voltadas para o exercício da cidadania estão ausentes da práxis dos atores sociais, sendo que a SF, especialmente a UBS, é contemplada como um espaço em potencial para construção de cidadania por permear estabelecer a convivência coletiva entre profissionais e comunidade em um espaço público. “É este acesso ao espaço

público que permite a construção de um mundo comum através do processo de asserção dos direitos humanos” (BRASIL, 2006, p. 23).

4.4 Avanços do modelo assistencial

A SF tem como prerrogativa trabalhar com vigilância à saúde para aderir a mudanças não só na racionalidade dos modos assistenciais e na lógica de funcionamento dos serviços como em determinados aspectos do quadro da saúde, como: ações destinadas ao controle das doenças cônico-degenerativas e infecciosas, diminuição da morbimortalidade materna e infantil, desenvolvimento de ações na assistência a saúde mental, saúde do trabalhador.

Os sujeitos expressaram em suas falas, referindo aos avanços na SF no município após expansão, que as práticas ainda não preconizam todas as recomendações do MS, devido à falta de treinamento adequado, mas são unânimes em afirmar que houve muitos avanços, principalmente em termos quantitativos, o que representa uma substancial melhoria na cobertura se expandindo até a zona rural, conforme se verifica nos conteúdos destes relatos:

A nossa pratica está indo a caminho do que é preconizado pelo Ministério, não está ainda de acordo porque têm muitos profissionais que não trabalham da forma correta. Por não ter o perfil, não ter o treinamento adequado e não conhecer a estratégia, mas estamos no caminho para chegar lá. Está muito melhor, faz 15 anos que estou aqui e hoje não se compara a antes. A Atenção Primaria melhorou 85% (M-4).

Só o fato do aumento do numero de equipes de PSF já é um avanço, pois aumentou a cobertura da população. O PSF foi pra zona rural e foram construídas varias unidades de saúde novas (M-5).

A estrutura melhorou, aumentou de uma equipe pra duas equipes, aumentou o atendimento, foi construída a sala de vacina que não tinha, foi construída a sala de reuniões e o consultório odontológico (E-4)

Percebe-se que houve avanços significativos, principalmente no acervo estrutural das UBS, que estão em consonância com as normas estabelecidas pela política do MS, tendo ainda que enfrentar algumas limitações, principalmente, relacionados ao perfil e preparo dos profissionais executores da SF. Nas relações cotidianas de trabalho, há pouca ou nenhuma articulação entre os processos de trabalho e relações de ensino-aprendizagem. A idéia de que o dia-a-dia nas UBS possa se construir em um espaço para interações e reflexões pedagógicas parece distante dos afazeres e tarefas a serem cumpridas pelos profissionais.

Sobre este contexto, Camargo Júnior *et al.* (2008) comentam que os profissionais tendem a considerar reflexões ou capacitações pedagógicas como algo desnecessário, supérfluo, como somente o saber clínico-epidemiológico gerados na formação acadêmica fossem suficientes para o desenvolvimento das ações preconizadas na SF.

Os avanços evidenciados na prática cotidiana da equipe de saúde se refletem, principalmente, na ações visíveis e concretas, como o aumento de equipes e a cobertura da população, especialmente na zona rural, a construção de nova unidade de saúde e o melhoramento das antigas. Essa reestruturação contribuiu para a reorganização territorial, assim, modificando a organização da prática diária da ESF para atender a nova demanda

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, na SF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência. A não-realização de um trabalho focado nesses dois olhares, na SF, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais da saúde e pela sociedade à referida proposta. É fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e, sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Enquanto outros sujeitos demonstraram um contexto na prática cotidiana da SF, que se distancia das normas preconizadas pela estratégia, em que não houve

modificações, e a assistência é permeada no individualismo, focada na doença e sem interação com a realidade da comunidade adscrita, quando comentam:

Eu acho que não avançou não, tem muito que melhorar ainda. (AUX-2)

Fazer PSF hoje em algumas unidades, se não na maioria, está sendo fazer o mesmo ambulatório se que fazia antes da expansão ou até mesmo antes do modelo PSF e dentro de uma estrutura adaptada para outra realidade. (E-1)

Nesse sentido, Sousa (2008) refere que as pesquisas de avaliação da expansão da cobertura da SF no Brasil, realizadas para identificar a cobertura e ou distribuição das equipes, demonstraram lacunas de acesso às ações e serviços básicos de saúde como também a não mudança do modelo assistencial. No entanto, essa cobertura ainda expressa à distribuição desigual das equipes da SF no conjunto das cidades brasileiras.

Para análise dessa situação, Teixeira (2003) nos instiga sobre a pertinência de expandir essa estratégia para os municípios acima de 100.000 habitantes, como é o caso do município em estudo, da mesma forma como vem sendo implementada nos demais. Nesses novos espaços-territórios a SF passa a convergir fortemente com as práticas assistenciais médico-curativas, o que provoca tensão e resistência de atores envolvidos na manutenção do modelo hegemônico.

Pode-se notar que os avanços da SF alcançados no município foram construídos no cotidiano da combinação das relações entre trabalhadores e usuários na comunidade, em que a SF fixa-se como porta de entrada do sistema de saúde local, devido a atuação da ESF nos espaços comunitários.

Um grande avanço é a equipe de saúde da família presente no seio da comunidade. A comunidade sentiu mais a presença do profissional, isso é uma propaganda positiva para o PSF porque todo mundo fica conhecendo (E-9).

Os profissionais de saúde são sujeitos importantes nos processos de mudança do sistema quando se tornam atores sociais com vontade de

transformações e responsabilizados com a vida do outro e são capazes de provocar mudanças nos espaços micropolíticos de atuação (SAKATA et al., 2007)

Os avanços da SF no município contemplam melhoria das ações devolvidas pelas ESF com um enfoque na integralidade da assistência para obtenção da resolubilidade, conforme mencionaram os sujeitos:

A assistência está melhor, estamos acompanhando mais gestantes, fazendo citologias regulamente e encaminhado, acompanhado HAN e TB, crianças, idosos, até saúde mental (E-3).

Em relação à assistência não mudou muito, é a longo prazo, porque depende de cultura, e a população demora muito tempo para dar importância ao tratamento dele. Entender a importância da prevenção, então acho que não melhorou muito. Melhorou assim, estamos diagnosticando mais doenças precocemente, encaminhado mais tem muito mais paciente aderindo às caminhadas, comendo melhor, tomando medicamento, tem mais serviços de atenção especializada... porque é a longo prazo esse trabalho nosso, é trabalho de formiga. (M-4)

Compreende-se pelas narrativas que há resolubilidade nas ações desempenhadas pela SF, houve avanços em relação ao acompanhamento regularizado dos grupos de maior risco e a adesão da população de hábitos de vida mais saudáveis, houve um acréscimo significativo nas instituições de assistência especializada que elevou o acesso dos usuários a esses serviços, assim contribuindo para o diagnóstico precoce e controle das doenças. Evidencia-se também, que para a resolubilidade ser alcançada é necessário tempo para atuar junta a comunidade, considerando seus fatores sócio-culturais, para que possa apreender a relevância de programar no cotidiano ações prevenção e promoção da saúde.

Para Tesser e Luz (2008, p.12), em relação à integralidade afirma que “objetiva-se que essa diretriz oriente, no âmbito dos serviços públicos e da ação dos seus profissionais, uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões e dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde, bem como os riscos da vida moderna.” Essa integralidade para se tornar efetiva, depende da programação de metas dos sistemas municipais de saúde que permeie

outras ações como a intersetorialidade, a referência e contra-referência a resolubilidade na perspectiva totalizante do objeto de atenção.

Turrini (2002) comunga da afirmação comentando que “a resolatividade de um serviço é a garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, o que mostra a importância de haver um sistema de referência e contra-referência já estabelecido no sistema de saúde”.

Na prática, como já foi mencionado, no decorrer desta pesquisa, a estratégia tem enfrentado dificuldades para sustentar as ações dos profissionais nas equipes da SF, pois algumas diretrizes estabelecidas no seu arcabouço teórico são realizadas na prática cotidiana da ESF e outras não, sendo ainda um desafio para as equipes em atividade, principalmente, devido ao perfil e preparo dos profissionais pela falta de políticas de educação permanente. Neste aspecto o município avançou passos expressivos, fazendo parceria com instituições de ensino superior para investir na preparação e atualização dos atores que compõem as equipes, com vistas a promover e produzir sentidos de uma prática capaz transformar a realidade das atuais condições de saúde da população, conforme mencionado pelos sujeitos:

Criar parcerias com a Universidade, como o município fez, para dar esse suporte para criar esse perfil que queremos e o PSF precisa, é uma especialidade bonita e importante. Tem que melhorar a qualidade das equipes, dá melhores condições de trabalho e capacitar mais, para poder no futuro ir aumentando mais, não adianta muito, muito e de repente não ter qualidade no atendimento, é melhor ir preparando mais e depois ir implementando, ampliando (M-4)

De acordo com o MS (BRASIL, 2005), a educação permanente possibilita o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições e ao trabalho. Esses resultados levam à reflexão sobre a necessidade das ESF ter em mente essa realidade de mudança e diversidade da família, e buscar suporte teórico além das fronteiras da SF para que seu trabalho com a comunidade possa ser efetivo e tenha melhores resultados

Evidencia-se, ainda que o processo de implementação da SF exige a introdução de inovações no modo de produzir políticas sociais e do cuidado, direcionadas por valores emancipatórios como a solidariedade, a prática democrática e ética, a autonomia dos sujeitos e a integralidade do cuidado. É necessário, pois, nessa perspectiva que os avanços sejam reavaliados e sirvam para direcionar não apenas as práticas e condutas dos profissionais de saúde, mas dos próprios gestores quando impõe ampliações do sistema de saúde, sem contudo possibilitar suporte para que sejam concretizadas de forma positiva e de fato venham configurar-se em avanços.

Esta investigação permitiu avaliar e apreender a prática cotidiana da ESF após a expansão da SF no município de Caxias-MA, por meio da análise da percepção da equipe de saúde em relação à consonância ou afastamento das normas, diretrizes e orientações preconizadas pelo MS. Pôde-se avaliar a partir dos relatos dos sujeitos desta pesquisa as mudanças ocorridas durante a expansão da SF, os avanços acontecidos ao longo do processo de expansão e os desafios apresentados para efetivar a consolidação da SF no município.

Consideramos este estudo de extrema relevância, por ter possibilitado oferecer um conjunto de instruções, indicações e alternativas que poderá servir de subsídio para que os profissionais de saúde reflitam sobre as práticas de saúde e a organização da SF a nível local, para favorecer a abertura de espaços de discussão voltados para o processo de planejamento e um controle técnico e assistencial dos serviços e programas prestados à sociedade.

Com vista à melhoria da estratégia, foi focado nesta pesquisa o estabelecimento de vínculo, acolhimento, responsabilização, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, integralidade e equidade, para permitir a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias. Contudo, ainda é importante assinalar que a SF, está em curso no país há pouco mais de uma década e tem sido objeto de avaliação do próprio MS, que vem indicando a necessidade de estudos locais que possam se voltar para analisar a relação da qualidade dos serviços do processo de trabalho desempenhado com a *práxis* das equipes de saúde.

Ao adotar o pressuposto de que a expansão da SF transforma a prática cotidiana da ESF, embora nem sempre na prática profissional essas mudanças sejam condizentes com as diretrizes arroladas nos documentos técnicos do MS, como refere o primeiro objetivo deste estudo que visava analisar a percepção dos profissionais de saúde da SF sobre a aproximação ou distanciamento às normas e orientações aconselhadas pelo MS. A este aspecto, fica evidente que a expansão da SF no município de Caxias se configura em um processo de grande complexidade e diversas transformações no cotidiano de trabalho das equipes de saúde referente à estrutura, processo de trabalho e resultados esperados.

Em relação às mudanças estruturais da SF no município, pôde-se avaliar com base na narrativa dos profissionais de saúde que houve significativas modificações na estrutura física das UBS, com a ampliação de umas e a construção de outras, com o aumento substancial e inserção de novos profissionais, melhora nas condições de trabalho, principalmente em relação ao fornecimento de medicamentos e efetivação dos ACS que passaram a ser funcionários públicos municipais. Assim, verificamos que essas mudanças estão em conformidade com as diretrizes da PNAB, embora em algumas situações se observe a incoerência aos princípios preconizados pelo MS.

Mesmo com todas as melhorias evidenciadas, ainda encontram-se obstáculos limitantes no desempenho da prática diária dos profissionais, em relação principalmente, a grande demanda de usuários, a estrutura física das USB que acomodam apenas uma ESF por vez, tendo as equipes que trabalhar duas horas a menos do que é preconizado pelo MS. Além disso, ressalta-se ainda a grande problemática ratificada por todos os profissionais, a carência de veículos para realização das visitas domiciliares, descumprindo as normas estabelecidas pelo MS.

Ao se caracterizar o processo, constatam-se os aspectos organizativos das ESF, baseados na territorialização com o comprometimento das práticas pretendidas no planejamento que visam às ações para o atendimento de grupos específicos. Em relação aos aspectos técnico-científicos foram evidenciadas a falta de preparo, associada ao perfil dos profissionais, e a deficiência de educação continuada. Além disso, a relação interpessoal no processo de trabalho é permeada por uma interação complexa de união e conflitos gerados a partir de saberes e experiências diferenciados dos profissionais de saúde e o ambiente de trabalho.

Os sujeitos também apontaram que a comunidade reconhece o trabalho desenvolvido pela ESF, favorecendo a adesão, o acolhimento, vínculo, efeitos que beneficiam a melhoria da qualidade da assistência à população, mas evidenciam dificuldades relacionadas à intersetorialidade, referência e contra-referência, carecendo ser resoluto, para garantir o acesso integral da assistência.

Os princípios norteadores da estratégia de caráter substitutivo, integralidade, intersetorialidade, territorialização, equipe multidisciplinar, responsabilização e

vinculo, as áreas de intervenção como a promoção e prevenção da saúde e assistência resolutiva foram retratados pelos profissionais de saúde, mesmo sendo realizados de forma discreta na *práxis* da ESF. Entretanto, quanto aos princípios da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade das equipes, pôde-se avaliar que o trabalho foi caracterizado pela falta de entrosamento das equipes, pela ausência de planejamento das atividades em equipe e pelos conflitos entre os profissionais. Dessa forma, o trabalho em equipe ainda não foi assumido e ainda não se concretiza na prática da SF, caracterizando-se por métodos e iniciativas individuais.

É relevante adicionar que durante as discussões dos atores sociais, o estímulo à participação comunitária e controle social, considerado indispensável para a descentralização como estratégia de transferência de poder político do município à sociedade local na busca da construção de cidadania, foi alguns dos princípios reguladores não apreendidos nas falas dos sujeitos, assim, confirmamos que essas ações se distanciam da *práxis* cotidiana desses profissionais.

A política de saúde, como o SUS e a SF, estão bem solidificadas como modelo assistencial local, já que a maior parte do atendimento em saúde dispensado no município é basicamente oferecida pelo sistema público municipal. Em relação aos seus princípios e diretrizes, o mais evidente é a territorialização que favorece a inclusão de ações intersetoriais, fragilizado pela falta de integração entre os diferentes setores da sociedade e os distintos níveis de assistência. E com isso, dificulta, não só as ações intersetoriais, como também limita a qualidade do sistema como um todo, não compreendendo assim, o sentido mais amplo de integralidade, que é o de complementar suas ações e práticas, com vistas a consentir os requisitos fundamentais na promoção da saúde e prevenção das doenças.

Além disso, percebemos a falta de uma estrutura matricial que amplie o contato entre os setores e possibilite que a SF incorpore inovações no sentido de uma maior integralidade das ações de atenção primária. Tais práticas permanecem marginais, não sendo suficientes para imprimir uma mudança no modelo assistencial.

A comunicação entre os diferentes setores das instituições públicas depende dos profissionais e seus empreendimentos particulares para que ocorra. E mesmo

que se trate de um setor público governamental setorizado, há a produção de trocas de informações, mas ainda de forma desordenada. A ausência de comunicação nos distintos níveis da atenção à saúde desfavorece tanto o contato com os demais setores da sociedade, como também prejudica a integralidade das ações, na busca de um planejamento comum entre as ESF e a Coordenação, na elaboração de projeto que sirva de eixo dinamizador para o seu trabalho.

Em relação ao trabalho e a composição da equipe multiprofissional, obedece às normas estabelecidas pela política que regulamenta a SF, em que a prática é pautada em uma programação que orienta o serviço da ESF, no desenvolvimento das atividades de rotina. Entretanto, os membros da ESF demonstraram desempenhar um fazer assistencial fragmentado que na maioria das vezes resume-se ao enfermeiro e ao ACS, sendo o foco central de atenção o indivíduo e não a família e seu entorno.

A composição da equipe multiprofissional satisfaz às normas estabelecidas pela política que regulamenta a SF, em que a prática é pautada em uma programação que orienta o serviço da ESF, no desenvolvimento das atividades de rotina, entretanto, os membros da ESF demonstram desempenhar um fazer assistencial fragmentado que na maioria das vezes resume-se ao enfermeiro e ao ACS, sendo que o foco central de atenção é o indivíduo e não a família e seu entorno.

É importante acrescentarmos que todas essas condições concretas em que se circunscrevem a responsabilização a determinadas categorias profissionais são representadas por meio da desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, e dos vários saberes técnico-social presentes nas práticas profissionais.

Nessa conjuntura, destacamos a educação como elemento importante no desenvolvimento científico-tecnológico e da força de trabalho da SF, e que esta tem estado ausente do cotidiano dos seus trabalhadores. Isso mostra que é de fundamental importância investir em políticas de formação e educação permanente de recursos humanos que levem à interdisciplinaridade, à articulação

ensino/trabalho, à superação das práticas não flexíveis, incluindo igualmente as dimensões éticas e humanísticas orientadas para a cidadania.

Nessa perspectiva, a adoção da estratégia, em 2004, não permitiu a completa adesão dos profissionais e a adequação dos recursos de estrutura e processo de trabalho, o que pode ser característico de momentos de transição no setor da saúde que passa todo o país e da coexistência de práticas recém propostas. O estudo ainda apresenta uma situação de conflito entre o modelo proposto pela SF e a prática cotidiana baseada no modelo tradicional. No entanto há reconhecimento de todos os sujeitos quanto aos avanços promovidos pela expansão da SF, também é consenso entre os profissionais que muito ainda precisa ser feito para que a estratégia possa se efetivar de forma plena.

É necessário, portanto, uma transformação progressiva desse cenário, no município de Caixas - MA, para cumprir as diretrizes e objetivos da SF na *práxis* das ESF e, assim, minimizar os obstáculos limitantes no cotidiano dos profissionais da Atenção Básica, configurando-se em realidade quando efetivadas as atuais diretrizes preconizadas pelo MS, de valorização da formação dos profissionais da área.

Esta valorização é componente essencial para o processo de reajuste da força de trabalho, do aperfeiçoamento desses recursos humanos, que deve ter por objetivo a promoção da autonomia intelectual dos trabalhadores, o domínio do conhecimento técnico-científico e a capacidade de planejamento, gerenciamento de seu tempo e espaço de ação, exercício da criatividade e trabalho em equipe. Além disso, pode-se ainda enfatizar a interação dos profissionais com os usuários nos serviços de saúde, consciência da qualidade e das implicações éticas e maior humanização das atividades, que contribuirá, decisivamente, para a efetivação da política na atenção primária no município de Caxias-MA.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.; STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 264–269. 2004.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 1, n. 9, p. 43 – 49. 2001.

ARAÚJO, M. B. S.; VILLAS BÔAS, L. M. F. M.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 04, p. 919–926. 2006.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 549–560. 2005.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 9 –15. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/erla/pdfs>>. Acesso em: 25 de set. de 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1997.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. 2000. 256 f. Dissertação (Mestrado). Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/dab/abnumeros>>. Acesso em: 25 fev. 2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciências Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 401–412. 2002.

BOURDIEU, P. O esboço de uma teoria da prática. IN: R Ortiz, (Org.). BOURDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p.46–81

BRASIL, **Lei n ° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre das condições para proteção, promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília. 1996.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**. Brasília, 06 de nov. 1996

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996b; n. 4 (2 Supl), p. 15–25.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº. 10.507**, de 10 de julho de 2002. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 02 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família Proesf (Componente III) Termo de Referência para o Sub-componente D Linha de Ação 3 **Estudos de Linha de Base "Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente 1"**; 2004.. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 de maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - Documento Técnico**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 21 de 25 de janeiro de 2005 Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2005, constante no Anexo I desta portaria, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília (DF). Ministério da Saúde. 2005b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 de maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. **Informe da Atenção Básica**. Brasília (DF). Ministério da Saúde 2005c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 25 de maio 2007.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. v 4, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Municípios ganham R\$ 6 milhões em prêmio do Saúde da Família**. 25/05/2006a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 25 jun. 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família Ministério da Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF);

2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/Manual.pdf>>. Acesso em: 25 de maio 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores selecionados, 1998 - 2004.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF); 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/manuais/Manual.pdf>>. Acesso em: 25 de maio 2007

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Medida Provisória (MP) 297**, de 13 de junho de 2006. 2006d. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 02 fev. 2009.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Conversão da MPv nº 297, de 2006. 2006e. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 02 fev. 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica (DAB) **Resultados alcançados pelo PSF em 2006 (físico e financeiro)** 2007. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros>>. Acesso em: 25 de maio 2007.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Portaria nº 2.662**, de 11 de novembro de 2008.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.; et al. Vivências e reflexões de avaliação na atenção básica: a experiência dos ELBs/Proesf em Minas Gerais e Espírito Santo. IN: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática.** Rio de Janeiro. Fiocruz. 2008.

CAETANO, J. R. M. *et al.* Fatores associados a internação de menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública.** v. 36, n. 3, p. 288-291. 2002.

CAMPOS, A. C. S. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. **Caderno de Saúde Pública.** v. 23, n. 4, p. 344-349. 2007.

CAMPOS, C. E. A. Estratégia de avaliação contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil.** v.1, p. 563-569 (5 Suppl). 2005.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** v. 9, n.17, p. 389-406. 2005.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E. E., ONOCKO R. T. organizadores. **Agir em saúde um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CANESQUI, A. M. e OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da família: modelos internacionais e a estratégia brasileira. In: Negri B, Viana AL, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Edição Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. dos S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos Saúde Pública**. v.22, n.9, p. 238–244. 2006.

CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do PACS/PSF. **Projeto de Municipal de Ampliação do Programa Saúde da Família**. Caxias. MA. SMS. 2004

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação do PACS/PSF. **Plano Municipal de Saúde**. Caxias. MA. SMS. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n. 4, p. 975–986. 2005.

CESAR, M. S. M. *et al.* Utilização dos serviços de saúde por menores de cinco anos no extrema sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 1, p. 299–305. 2002.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA M F. Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasileira Saúde Família**. v. 2, n. 4, p. 52–59. 2002.

COLOMÉ I. C. S.; LIMA M. A. D. S. Desafios do trabalho em equipe para enfermeiras que atuam no Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 2, n. 4, p. 548–56. 2006. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2006/revista%202006\(4\)/pdf](http://www.ufrgs.br/eenf/revista/revista-2006/revista%202006(4)/pdf)>. Acesso em: 27 out. 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZA, Z.M.A (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2000.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 705-711. 2006.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. ano 1, n. 1. p. 10 –15. 1996.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rúbio, 2005

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, p. 323–31. 2005.

DALL'AGNOL, C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Grupos focais como estratégia metodológica de pesquisa em enfermagem. **Revista Gaucha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 20, n. 1, p. 5–25. 1999.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças**. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Análise de Conteúdo*. Ribeirão Preto. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2003. p.1–10. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio 2008.

DONABEDIAN, A. **Explorações em avaliação de qualidade e monitorando**. Volume I: A Definição de Qualidade e Aproximações para sua Avaliação, Ann Arbor, MI: Imprensa de Administração de Saúde, 1980.

DUARTE, J.; BARROS, A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.

ELIAS, P. et al. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001 - 2003. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição especial. p. 62 –71. 2004.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde: analisando produção do cuidado no programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Brasília. ano 10, n. 1, p. 10 –15. 2006.

FILÁRTIGA, V. A. Dinâmica na dinâmica de grupos. In: TATAGIBA, M. C.; FILÁRTIGA, V. A. (Org.). **Vivendo e aprendendo com grupos: uma metodologia construtivista para dinâmica em grupos**. Rio de Janeiro: Manole, 2001.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latina – americana de Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 262–268. 2005.

FRANCO, T. B. e MEHRY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p.305–329. 1999.

FRANCO, T. B. e MEHRY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios**. 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 17 set. 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Setembro de 2007 - Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

GAIOSO, V. P. **A satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família no município de Ribeirão Preto**. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem no serviço de saúde. **Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 5, n. 12, p. 95 – 102. 2005.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual pratico**. Petropolis – RJ: Vozes, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.9, n.17, p. 134 – 139. 2005.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. IN: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUSA, E. R.(Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE Cidades@ programa na internet**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 30 jun. 2007.

KELL, M. C. G. Existe trabalho em equipe no programa saúde da família?. **Revista Ciência Saúde Coletiva**. 2007.

KLUTHCOVSKY, F. A. **Avaliação do processo expansão do programa saúde da família em um município no sul do Brasil**. 2005. 186 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. SP. 2005. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 maio 2007.

KOSTER, I. “Toolkit” para o trabalho na estratégia saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**. v. 2, n. 2, p.11–12. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um Modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. v. 1, n. 3. 1996.

MARANHÃO. Gerência de Estado de Qualidade de Vida. **Plano estadual de saúde 2004 – 2007**. 2004. 129p.

MASSOTE, A. W. et al. A contribuição de estudos na percepção da população usuária avaliação da atenção básica. IN: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; SILVA,

L. M. V. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MATIDA, A. Y.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiológica: movimentos e síntese no processo de avaliação de programa de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, p. 37 – 47. 2004.

MELLIN, A. S.; PINTO, A. G. Aproximação do processo de trabalho no projeto de saúde da família em centro de saúde de campinas. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**. v. 2, n. 2, p. 147–156. 2008.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E. **Desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões**. 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/>>. Acesso em: 17. jun. 2008.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo- SP: Hucitec, 2005.

_____. Um dos grande desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERY et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um Ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo) In: FLEURY, Sonia (organizadora) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pequisa Social: teoria, método e criatividade**. 24 ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional na atenção à contracepção. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, p. 795–801. 2005

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde : questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Coleção ABIA. Fundamentos de Avaliação. 2001.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n. 4. 2006.

OLIVEIRA, M. S. de A. A academia apostando na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. n° 3. p. 46 –52. 2000.

OLMSTED, M. S. **O pequeno grupo social**. São Paulo: Heder/EDUSP, 1980.

PACHECO, M. et al. O cotidiano dos agentes comunitários de saúde no programa saúde da família de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 17, n. 2. 2003. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_13cotidianoAgentes.pdf>. Acesso em: 17 out. 2007.

PAIM, J. S. A organização em serviço de saúde: modelos assistenciais e práticas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva. 2002. p. 447.

PAIS, J. A. **Vida cotidiana: enigmas e revelações**. São Paulo – SP: Cortez Editora, 2003. 147p.

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da Assistência Hospitalar: a satisfação dos usuários durante o período de internação**. 2006.165 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio 2008.

PEDROSA, J. I. S.; TELES J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n. 3, p. 303–311. 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 2001. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas - SP. 2001. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/tese.dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio. de 2007.

PERRIN, E. Alguns pensamentos em pesquisa sobre resultados, melhoria de qualidade, e medida de desempenho. **Cuidados médicos**. p. 89–91. 2002.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. 2001.

PINHEIRO, R.; GOMES JUNIOR, A. Práticas avaliativas na atenção básica: a importância do cotidiano e da participação do usuário. **Congresso Salvador – BA**. 17 de set. 2007. Disponível em: www.lappis.com.br. Acesso em: 20 out. 2008.

PINTO, I. C. **Os sistemas públicos de informação de saúde na tomada de decisão – rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**. 2000. 289 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. SP. 2000. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 maio 2007.

PIRES D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 5, n. 3, p. 251–63. 2000.

PNUD. Painel 2: **Democracia e participação social**. Disponível em <http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/_CPP2.esp.pdf>. Acesso em: 17 out. 2008.

QUEIROZ, I. Z.; SILVA, J.; LENY A.; TRAD, B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissional. **Interface – Educação, Ciência e Saúde**. v.9, n.16. 2005.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/ftp/espp/educ_permanente.rtf>. Acesso em: 28 fev. 2008.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. ; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. . v. 20, n. 2 . 2004.

RONZANI T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 27, n. 3, p. 229–236. 2003.

RONZANI T. M.; SILVA, C. M. O programa saúde da família: segundo os profissionais da saúde, gestores e usuários. **Revista de Ciências Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, p. 23–34. 2008.

SAKATA, K. N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 6, p. 659–664. 2007.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.5, n.2. 2005.

SANTAELLA, L. **A percepção: uma teoria semiótica**. São Paulo: Editora Experimento, 1993.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimento de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro. 2001. p. 219–234.

SANTOS, G. F. Financiamento e investimento na saúde pública de 1995 a 2002. In: Negri B, Vianna AL, organizadores. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Edição Sobravime - Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2003.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. n. 41(Esp), p.777–781. 2007.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Revista Interface – comunicação, saúde, educação**. v. 9, n.18. p. 521–536. 2005.

SCHAEDLER, L. I. Sistema Único de Saúde como rede em prática pedagógica. In: Ministério da Saúde. VER-SUS/Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 82-9. Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 18 (Supl), p. 203–211. 2004.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 256 f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC: 2006. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SENNA, M. C. M. e COEHN, M. M. Health care model and the family health strategy in the local level: analysis of an experience. **Revista de Ciência Saúde Coletiva**. n. 7, p. 523–535. 2002.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 18 (Supl), p. 203–211. 2002.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v. 9, n. 16, p. 25–38. 2005.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Educação e Saúde**. v. 6, n. 10, p. 75–84. 2002.

SILVA, M. J. **Agente de saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará**. Fortaleza-CE: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

SOUSA, M. F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 2. 2008.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri – SP: Manole, 2005.

TANAKA, Y. O. e MELO, C. **Avaliação de programa de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp. 2001, Disponível em <<http://www.adolesc.br/bvs/adolesc.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2007.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em Debate**. v. 27, n. 65, p. 257–277. 2003

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 1, p. 45–51, 2003.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. . Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOMASI, E. et al . Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2008.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso dos serviços de saúde no Brasil: 1998 – 2003. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 04, p. 975–986. 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

TURRINI, R. N. T. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: CIANCIARULLO T. I, (Org). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

VANDERLEI, M. I. G. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.12, n. 2. 2007. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos903/estrategia-saude-familia/estrategia-saude-familia2>>. Acesso em: 17 jun. 2008.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A. Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Physis**. n. 8 (Supl), p. 11–48. 1998.

VIEIRA, E. M. **Avaliação dos serviços de saúde**. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D.C. (org.). Fundamentos de epidemiologia. Barueri – SP: Manole, 2005.

VIEIRA, E. T. et al. O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 17, n. 3, p. 119–126. 2004.

VILLAS BÔAS, L. M. F. M. **O saber/fazer da enfermagem no cotidiano do PSF na perspectiva de construção de sua autonomia: um estudo de caso no Distrito Sanitário Norte de Natal/RN**. 2004. 223 f. Dissertação (Mestrado) Natal: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFRN; 2004. Disponível em: <<http://www.ufrn.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de maio 2008.

WAI, M. F. P. **O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismo de enfretamento**. 2007. 220 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2007. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/dissertação/pdfs>>. Acesso em: 25 de set. 2007.

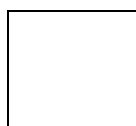
APÊNDICES

APÊNDICE – A

Guia Temático para Grupo Focal

- 1. Como era o seu trabalho cotidiano no PSF em Caxias antes de sua expansão?**
- 2. Agora depois da expansão como é o seu trabalho cotidiano no PSF? Houve mudanças? Que mudanças são essas? Foi em relação a:**
 - a- Suas ações específicas na ESF
 - b- Ações comuns a todos os profissionais da ESF
 - c- Organização do Trabalho em Saúde da Família
 - d- Acolhimento, Humanização e Responsabilização
 - e- Promoção da Saúde
 - f- Participação Comunitária e Controle Social
 - g- Atenção à Saúde da comunidade
 - h- Infra-estrutura e Equipamentos da USF
 - i- Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
- 3. Diante dessas mudanças quais foram os avanços?**
- 4. E quais são os desafios?**

APÊNDICE - B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. . Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **JOSENEIDE TEIXEIRA CAMARA**. 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 será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 3215 5437.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS - MA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Pesquisador Responsável: Mestranda JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

Telefones para contato: PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

Telefones para contato: (86) 3215-5558

Pesquisadores sujeitos: **Profa. Dra. LYDIA TOLSTENKO NOGUEIRA**

Descrição da pesquisa com seus objetivos:

Trata-se de uma pesquisa que será realizada no Programa de Pós-graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI. O estudo é de grande importância, pois, servirá de subsídio para que profissionais de saúde reflitam sobre as práticas de saúde e a organização da SF a nível local, para favorecer a abertura de espaços de discussão voltados à melhoria da estratégia, com foco no estabelecimento de vínculo, acolhimento, responsabilização, eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, equidade, voltado para a integralidade e para um agir cotidiano como força de mudança da realidade.

Os objetivos do estudo são:

- Conhecer a percepção dos profissionais da ESF sobre mudanças em sua prática cotidiana de trabalho após o processo de expansão da SF em Caxias - MA;
- Analisar a percepção dos profissionais da ESF sobre a aproximação ou distanciamento do SF às normas, diretrizes e orientações preconizadas pelo MS, após o processo de expansão.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

GARANTIA DE ACESSO: Gostaria de informar que você tem a garantia de acesso em qualquer etapa do estudo através do contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações você poderá entrar em contato como a pesquisadora Joseneide Teixeira Câmara a mesma poderá ser encontrada no seguinte endereço: Av. Castelo Branco, 577, Castelo Branco Telefone(s) (99) 3421-1137 ou (86) 8111-1978, em casos em que você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí no seguinte endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga, Bloco 6, telefone: (86) 3215 5437.

GARANTIA DE SIGILO: Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO: ao sujeito fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento.

Assinatura do pesquisador principal

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____ CPF: _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo **A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAXIAS - MA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações referentes ao estudo. Eu discuti com a Mestranda Joseneide Teixeira Câmara sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Caxias, ____ de _____ de _____

Assinatura do sujeito

ANEXOS

ANEXO – A



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, Brasil CEP 64049-550
Telefones: (86) 3215-5734 Fax (86) 3215 5560
e-mail: cep.ufpi@ufpi.br

PARECER

Parecer Nº. **59/08**

Pesquisador (a) Responsável: JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

Equipe Executora: LIDYA TOLSTENKO NOGUEIRA

CAAE Nº.: 0059.0.045.000-08

Instituição onde será desenvolvido: Universidade Federal do Piauí

Instituição onde os dados serão coletados : USF's /CAXIAS -MA

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí analisou na sessão do dia **17.04.2008** o projeto de pesquisa: **"A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA ME CAXIAS-MA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE"**

Mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio, a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Teresina, 17 de abril de 2008

Profa. Dra. Regina Ferraz Mendes
Coordenadora do CEP-UFPI

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](#)