



**O ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÕES, POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO,  
FRONTEIRAS PROFISSIONAIS E ESPAÇOS DE  
NEGOCIAÇÃO.**

**RELATÓRIO FINAL**

**FORTALEZA- CEARÁ  
2007**



O ENFERMEIRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
PERCEPÇÕES, POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO, FRONTEIRAS  
PROFISSIONAIS E ESPAÇOS DE NEGOCIAÇÃO

**COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL**

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Regianne Leila Rolim Medeiros (Coordenadora)

Ana Mattos Brito de Almeida Andrade

Ana Fátima Carvalho Fernandes

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

Maria das Graças Guerra Lessa

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2 Local e Período .....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Perfil dos Municípios .....</b>	<b>12</b>
3.3.1 Fortaleza.....	12
3.3.2 Aracati.....	12
3.3.3 Pedra Branca.....	13
3.3.4 Itatira.....	13
<b>3.4 Análise dos Dados.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5 Aspectos Éticos e também Legais da Pesquisa .....</b>	<b>15</b>
<b>4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Conhecimento e competências do enfermeiro no PSF .....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Conhecimento do Enfermeiro sobre o PSF.....	16
4.1.2 Competências do Enfermeiro no PSF.....	18
<b>4.2. O trabalho no PSF.....</b>	<b>23</b>
4.2.1 Funções Desempenhas.....	23
4.2.2 Organização e Planejamento da Equipe de Saúde .....	28
<b>4.3 Dificuldades encontradas para a realização do trabalho no Programa Saúde da Família.....</b>	<b>31</b>
4.3.1 Dificuldades Estruturais.....	32
4.3.1 Relação Enfermeiros e Sistema de Saúde.....	35
<b>4.5 Relação com os usuários e mudanças no comportamento da comunidade.....</b>	<b>50</b>
<b>4.5 Perspectivas e possibilidades de atuação.....</b>	<b>57</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Desde o início da década de 1980, intensificando-se principalmente na década de 1990, reformas nos diversos setores dos serviços públicos, incluindo o setor de saúde, tem sido objeto de discussões e debates. Respondendo a problemas macroeconômicos (recessão, dívida externa, desemprego etc.), muitos países lançam várias políticas, objetivando reduzir os gastos e melhorar a eficácia e a eficiência do setor de saúde na distribuição dos serviços (SEEDHOUSE, 1995; WEIL, 1990). Em muitos países em desenvolvimento as reformas no setor de saúde têm sido acompanhadas por objetivos mais amplos como, por exemplo, desenvolvimento social e reestruturação política, estando ligadas a questões que envolvem democratização, participação popular, maior responsabilidade por parte das instituições prestadoras de serviços e igualdade social (ATKINSON, 1995; SMITH 1985; WOLMAN, 1990).

Nessa perspectiva, duas medidas são fundamentais para atingir reforma econômica e desenvolvimento social: descentralização e participação popular. A descentralização dos serviços públicos, com a transferência de responsabilidades para o nível local, é vista como um meio de melhorar o planejamento e a implementação de programas nacionais, incorporando definitivamente a população no processo de desenvolvimento (COLLINS, 1996). A participação popular no planejamento e gerenciamento dos serviços é vista como um meio de garantir distribuição mais justa e eficiente dos recursos, além do pleno exercício da cidadania (SCOREL, 1998; GERSCHMAN, 1995).

No Brasil, dois outros fatores são também essenciais na reestruturação do setor. Primeiro, o conceito de saúde/doença foi ampliado, passando-se a buscar as características socio-culturais de causação das doenças. Assim, o caráter político da saúde passou a ser abordado, sendo o meio social entendido como um dos principais determinantes da saúde da população (GERSCHMAN, 1995: 42). A declaração de Alma-Ata, assinada em 1978, enfocou a idéia de saúde para todos e prioridade para a atenção primária em saúde, reforçando a necessidade de maiores investimentos na saúde preventiva.

Essa mudança de orientação relativamente às políticas de saúde, com ênfase na saúde preventiva, no acesso universal e igualitário, na intervenção direta da população e no meio social como determinante da saúde/doença, tem como conseqüência a necessidade de

criação e implementação de programas e ações que focalizem e priorizem a atenção básica de saúde.

A partir do final da década de 1980 e início da década de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, foram encaminhadas novas diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. A formulação do SUS, regulamentado pela Constituição de 1988 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização da integralidade, da descentralização e a participação popular. Considerando a realidade apresentada, o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado na estratégia do Programa de Saúde da Família.

O objetivo do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática de atenção à saúde substituindo o modelo tradicional que trata do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e centrado apenas na cura de doenças. Cada Equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número limitado de agentes comunitários de saúde (dependendo do tamanho da área de abrangência do PSF). O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe acompanhe no máximo 600 e 1.000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. As equipes do PSF centram-se nas Unidades de Saúde da Família e devem realizar assistência integral, contínua e de qualidade, atuando na própria unidade ou nos domicílios e em locais comunitários.

As equipes organizam-se ao redor da família, vista em seu contexto físico e social, trabalhando para conhecer a realidade da população e da possibilidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MS. Programa Saúde da Família, 2001). Assim, as equipes passam a desenvolver ações intersetoriais, como educação, saneamento, meio ambiente etc., buscando a promoção da saúde e da qualidade de vida da população sob sua responsabilidade. O Programa Saúde da Família trabalha também para promover a participação popular no enfrentamento e soluções dos problemas, no desenvolvimento de ações individuais e coletivas e na definição de prioridades de saúde, voltando-se para a promoção do bem-estar e para a valorização da comunidade local onde atua.

Conseqüentemente, baseado nesse novo modelo, os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, estenderam sua atuação e influência, deixando de

ser profissionais plantonistas de hospitais que não conhecem a realidade das localidades onde estão estabelecidos. Outro importante aspecto em relação ao Programa Saúde da Família é que ele traz a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional para o centro do programa, situando médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde como parceiros na resolução dos problemas de saúde.

Dentro dessa equipe multiprofissional, o Ministério da Saúde, no documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” (BRASIL, 1998), define as atribuições técnicas de cada um dos profissionais envolvidos no Programa Saúde da Família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde).

Como destacam Almeida e Mishima (2001), contudo a definição de atividades pelo Ministério da Saúde não é garantia de trabalho interdisciplinar e de co-responsabilidade entre os diversos profissionais na prática cotidiana.

... um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho de saúde compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania (ALMEIDA E MISHIMA, 2001, p. 151).

Campos (1997) faz uma distinção entre o que chamam de núcleo de competência e de responsabilidade e campo de competência e de responsabilidade. Núcleo de competência é o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão, em que cada profissional tem seu núcleo específico de atuação. Campo de atuação constitui os saberes e responsabilidades comuns a vários profissionais (CAMPOS, 1997). Assim, dentro no PSF, os profissionais de variadas categorias, em seu núcleo de atuação, têm responsabilidades próprias referentes à sua formação, mas, ao mesmo tempo, dentro de um campo competência, têm responsabilidades comuns como, como por exemplo, conhecimento sobre as diretrizes que norteiam o PSF.

Como apontam Almeida e Mishima (2001), no entanto, dadas as características do PSF, a definição de núcleo de competências não consegue dar conta da complexidade das relações e ações de saúde promovidas pelo PSF, pois, no dia-a-dia das atividades, as barreiras se tornam mais atenuadas.

O núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto, é necessário

flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral (p. 152).

Nessa perspectiva, um ponto fundamental expresso diz respeito a como, no cotidiano de trabalho do PSF, são estabelecidos espaços de negociação entre as diversas fronteiras das diferentes categorias profissionais. Isso se torna especialmente importante no que se refere às relações estabelecidas entre médicos e enfermeiros, as duas profissões que, dentro de uma hierarquia, estabelecem maior poder de barganha e decisão.

A literatura especializada há muito tempo trata sobre questões relativas ao papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, papel esse que produz hierarquização e desigualdades sociais entre as diversas profissões (DUPUIS, 2000, POLDER e JOCHEMSEN, 2000, SACCHINI e ANTICO, 2000). No PSF, no entanto, dada a flexibilidade ou complexidade das relações e do abrandamento das fronteiras profissionais, como visto há pouco, essas relações hierárquicas podem assumir caráter diferenciado. Isso é importante, principalmente para o enfermeiro, que, na prática, assume uma gama de funções diferentes daquelas oficialmente estabelecidas (MEDEIROS, 2002). Assim, estudos sobre o trabalho de enfermagem no PSF se fazem necessários para que se possa compreender as dificuldades enfrentadas por esses agentes e ajudar na consecução de uma ação interativa dos diversos trabalhadores do sistema de saúde e entre esses e os usuários.

O presente estudo teve como objetivo o Programa Saúde da Família, partindo da perspectiva multiprofissional, proclamada pelo Ministério da Saúde, de que os profissionais de enfermagem constroem sua identidade e negociam espaços. Quais as formas de atuação do enfermeiro no PSF? Como ele percebe sua atividade e as possibilidades do desenvolvimento de ações?

Cada categoria profissional tem cultura própria, formada com base em processos educacionais e sociais diferentes e que estará sempre presente nas relações que estabelecem entre si quando se encontram no momento do atendimento, traduzindo-se cotidianamente nas ações e posicionamentos de cada grupo em relação aos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2002). Assim, é reconhecido o fato de que a perspectiva de cada grupo é fator que influencia no funcionamento dos serviços no nível local (ATKINSON, et al, 2000).

Portanto, ao investigar a percepção do enfermeiro em relação ao PSF, procurou-se entender como essa percepção influencia na tomada de decisões no que se refere à organização dos serviços. Buscou investigar, também a abrangência das ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro no Programa Saúde da Família, tendo em vista que este assume atividades que não necessariamente são de seu núcleo de competências. Outro aspecto investigado foi a possibilidade da existência de conflitos entre o enfermeiro e o profissional médico da mesma equipe. Além disso, entendendo a satisfação das necessidades e demandas de saúde do usuário como preceito máximo do sistema de saúde, procura apreender também como o enfermeiro entende sua relação com o usuário do sistema de saúde.

O Estado do Ceará se torna um cenário ideal para o desenvolvimento da pesquisa, pois, desde o início da década de 1990, o Estado se transforma em um dos principais líderes na implementação dos preceitos da reforma de saúde, tomando como base principalmente o suporte ao processo de planejamento no nível local e Atenção Primária de Saúde com ênfase no PSF como estratégia de ação. Apesar disso, ainda são poucos os estudos que tratam das relações entre as diferentes profissões que compõem o Programa Saúde da Família.

Essa pesquisa, ao contribuir para melhor entendimento da atuação do enfermeiro, procura fornecer subsídios para melhor organização e funcionamento do PSF no plano local e também para o processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde.

O relatório está dividido em quatro partes. Na primeira, logo após esta Introdução (Capítulo 1), exibem-se os objetivos da pesquisa (Capítulo 2); em seguida, discutem-se os procedimentos metodológicos na elaboração e desenvolvimento do trabalho (Capítulo 3). Na terceira parte (Capítulo 4), são apresentados os resultados da pesquisa. Por último, trazem-se algumas considerações finais em relação aos resultados da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Investigar como os enfermeiros percebem sua atuação, conquistam a identidade profissional e seus espaços de negociação no Programa Saúde da Família, desde a perspectiva multiprofissional proclamada pelo Ministério da Saúde.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Investigar as funções (previstas e praticadas) e formas de atuação do enfermeiro no PSF;
- investigar como o enfermeiro percebe sua atividade e as possibilidades do desenvolvimento de ações;
- entender como essa percepção influencia na tomada de decisões no que se refere à organização dos serviços;
- investigar em que medida a abrangência de ações no Programa Saúde da Família contribui para a precarização do trabalho do enfermeiro;
- investigar como, no cotidiano de trabalho do PSF, são estabelecidos espaços de negociação entre as diversas fronteiras das diferentes categorias profissionais; e
- investigar como o enfermeiro entende sua relação com o usuário do sistema de saúde.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de Estudo**

O desenho da pesquisa baseia-se em uma abordagem qualitativa própria das ciências sociais. De acordo com Minayo e Sanches, a abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo. Sendo assim, “a compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social” (MINAYO e SANCHES, 1993: 244). Para os autores, a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos agentes, por meios dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas.

A coleta de dados foi feita com base na realização de entrevistas semi-estruturadas com os enfermeiros selecionados. Um roteiro foi estabelecido para orientar as entrevistas. Esses continham tópicos que guiaram o entrevistador nos objetivos da pesquisa. Isso não significou, porém, rigidez durante essa etapa e no relacionamento entrevistador/entrevistado, uma vez que o entrevistador tinha a liberdade de organizar os tópicos ou questões de acordo com as necessidades e condições reais impostas pela entrevista e as respostas dos entrevistados. Por meio das entrevistas, os enfermeiros puderam falar de si mesmos, de suas experiências, do trabalho desenvolvido e de suas expectativas de vida e em relação à profissão. As entrevistas possibilitam reflexões sobre os motivos que orientam as ações dos enfermeiros e também elaborar uma compreensão das representações e significados expressos nas narrativas desses profissionais.

Nesse contexto, a ênfase é dada aos processos, aos significados apresentados pelos sujeitos. As interpretações dos fatos expressam a experiência social vivida por pessoas que se relacionam, e vão além do que é estabelecido e padronizado, influenciando na constituição da própria história.

### 3.2 Local e Período

Para a seleção das áreas pesquisadas, entendeu-se que a escolha das áreas não necessariamente interferiria nos resultados da pesquisa, uma vez que ela teve como objetivo investigar o grupo de profissionais de enfermagem e o desenvolvimento de suas atividades no PSF, bem como suas relações com outras categorias de profissionais e os usuários. Assim, foi tomado aleatoriamente um município de pequeno porte (menos de 30.000 habitantes) e dois municípios de médio porte (com população aproximada de 50.000 habitantes) da macrorregião de Fortaleza, Estado do Ceará, representando as diferentes regiões, a saber: Itatira (pequeno porte) e Pedra Branca (interior) e Aracati (litoral). A Secretaria de Saúde do Ceará – SESA divide o Estado em três macrorregiões de saúde: Fortaleza, Sobral e Cariri, dentro das quais estão distribuídas 21 células regionais de saúde (CERES),<sup>1</sup> que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. Além desses municípios, Fortaleza, capital do Estado, também foi selecionada para a pesquisa. Aqui, foram escolhidas duas secretarias executivas regionais: Secretaria Executiva Regional VI e Secretaria Executiva Regional IV<sup>2</sup>.

No total, foram realizadas 30 entrevistas, sendo 12 enfermeiros em Fortaleza, 6 enfermeiros em Aracati, 6 entrevistas em Pedra Branca e 6 entrevistas em Itatira. Em Pedra Branca e Itatira foram entrevistados todos os enfermeiros das equipes do Programa Saúde da Família. Procurou-se entrevistar enfermeiros que tinham no mínimo um ano de trabalho com o Programa Saúde da Família. Isso se faz necessário porque, com maior experiência, os enfermeiros podem dar conta da profundidade das relações cotidianas de trabalho.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2007, utilizando-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, que tem aprovação de Lakatos e Marconi (2001:197), pois “o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente

---

<sup>1</sup> De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, são “espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde” (Fonte: [www.saude.ce.gov.br/internet/](http://www.saude.ce.gov.br/internet/)).

<sup>2</sup> Em Fortaleza existem as secretarias executivas regionais ou SERs, que em número de seis fazem obras de manutenção no espaço público. As SERs são formadas individualmente por bairros circunvizinhos que apresentam semelhanças em termos de necessidades e problemas. (Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Administra%C3%A7%C3%A3o\\_p%C3%BAblica\\_de\\_Fortaleza](http://pt.wikipedia.org/wiki/Administra%C3%A7%C3%A3o_p%C3%BAblica_de_Fortaleza))

uma questão”. As entrevistas foram gravadas e textualmente transcritas para a análise narrativa do conteúdo.

### **3.3 Perfil dos Municípios**

#### **3.3.1 Fortaleza**

Localizada na região metropolitana de Fortaleza, a cidade é a capital do Estado do Ceará. A população total, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE realizado no ano de 2000, é de 2.141.402, residindo toda ela na zona urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDM-M) é de 0,786 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). Entre os anos de 1991 a 2000, o IDH-M de Fortaleza cresceu 9,62%, passando de 0,717 em 1991 para 0,786 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 48,8%, seguida pela Longevidade, com 29, 8% e pela Renda, com 21,5%. Segundo a classificação do PNUD, o Município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano, já que possui o IDH entre 0,5 e 0,8 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), Fortaleza conta com uma equipe de 1326 agentes comunitários de saúde, e uma cobertura de 38,26% de PSF, de acordo com dados da Secretaria de Saúde Municipal para 2007.

#### **3.3.2 Aracati**

Aracati está localizado no vale do Jaguaribe, na Microrregião do Litoral de Aracati, distante 127,1 km de Fortaleza. A população total residente, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE realizado no ano de 2000, é de 61.187, sendo que 39.179 habitantes residem na zona urbana enquanto que 22.008 habitam a zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDM-M) é de 0,672 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). Entre os anos de 1991 a 2000, o IDH-M de Aracati cresceu 19,79%, passando de 0,561 em 1991 para 0,672 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação com 49,1%, seguida pela Longevidade, com 35,8% e pela Renda, com 15,1 %. Segundo a classificação do PNUD, o Município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano, já que possui o IDH entre 0,5 e

0,8 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), Aracati conta com uma equipe de 114 agentes comunitários de saúde e cobertura de PSF de 49,94%, de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para 2007.

### 3.3.3 Pedra Branca

Localizado nos Sertões Cearenses, na Microrregião do Sertão de Senador Pompeu, o Município de Pedra Branca dista 232,7 km de Fortaleza. A população total residente, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE realizado no ano de 2000, é de 40.742, sendo que 17.347 habitantes residem na zona urbana, enquanto 23.395 habitam a zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDM-M) é de 0,605 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). Entre os anos de 1991 a 2000, o IDH-M de Pedra Branca cresceu 33,55%, passando de 0,453 em 1991 para 0,605 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 48,1%, seguida pela Longevidade, com 31,4% e pela Renda, com 20,4%. Segundo a classificação do PNUD, o Município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano, já que possui o IDH entre 0,5 e 0,8 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), Pedra Branca conta com uma equipe de 99 agentes comunitários de saúde e área de 89,69% coberta com PSF de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para 2007.

### 3.3.4 Itaitira

Localizado na região norte do Ceará, na microrregião de Canindé, o Município de Itaitira dista 149,8 km de Fortaleza. A população total residente, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE realizado no ano de 2000, é de 15.541 habitantes, sendo que 6.030 residem na zona urbana enquanto 9.511 habitam a zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDM-M) é de 0,569 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). Entre os anos de 1991 e 2000, o IDH-M de Itaitira cresceu 27,29%, passando de 0,447 em 1991 para 0,569 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 51,1%, seguida pela Longevidade, com 36,9% e pela Renda, com 12,0%. Segundo a classificação do PNUD, o Município está entre as regiões consideradas

de médio desenvolvimento humano, já que possui o IDH entre 0,5 e 0,8 (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000). De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), Itatira conta com uma equipe de 35 agentes comunitários de saúde e 100% de cobertura de PSF de acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará para 2007.

### **3.4 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi realizada em duas fases: a primeira, durante as entrevistas (coleta de dados), foi importante porque ajudou na revisão, avaliação e orientação das subseqüentes entrevistas. Este momento é de troca de experiência e diálogo entre entrevistador e narrador, pois esta é uma relação não hierarquizada de pessoas com trajetórias e experiências diferenciadas, realizando uma pesquisa que comporta um encontro entre pessoas, o que significa experiência transformadora. Um processo mais sistemático de análises teve início após a realização das entrevistas. Nessa etapa os dados produzidos e o texto das narrativas foram codificados, agrupados em conceitos iniciais e em categorias práticas surgidas das próprias entrevistas e baseadas nos objetivos da pesquisa. Dessa forma foi possível delinear as propriedades e dimensões dessas categorias, sua significação e sentido.

Para a análise dos discursos, foram reunidas algumas categorias, definidas em relação ao enfermeiro e sua atuação no Programa Saúde da Família. Essas categorias estão assim agrupadas,

- a) **Conhecimento e Competências do Enfermeiro no PSF** (Conhecimento do Enfermeiro sobre o PSF, Competências do Enfermeiro no PSF).
- b) **O Trabalho no PSF** (funções desempenhadas, organização e planejamento da equipe de saúde).
- c) **Dificuldades Encontradas para a Realização do Trabalho no PSF** (dificuldades estruturais, relação enfermeiros e sistema de saúde, relação médico/enfermeiro no PSF, relação com a estrutura de poder local, vínculo profissional).
- d) **Relação com os Usuários e Mudança de Comportamento**
- e) **Perspectivas e Possibilidades de Atuação**

Nesta análise, verificou-se que, em alguns momentos, quando ligados a assuntos

específicos, como, por exemplo, a relação com os outros profissionais de saúde, havia uma diferença entre os profissionais que atuam nos PSFs de Fortaleza e que trabalham nos PSFs dos municípios do interior e litoral do Estado do Ceará (à exceção de Fortaleza). Assim, quando necessário, essas diferenças serão destacadas na apresentação e discussão dos resultados. Para garantir a confidencialidade dos agentes pesquisados, cada entrevistado estará identificado por um número, o mesmo ocorrendo com os municípios, exceção essa feita a Fortaleza, em alguns casos, quando é indispensável destacar a diferença entre a Capital do Estado e os demais municípios.

### **3.5 Aspectos Éticos e também Legais da Pesquisa**

Em outubro de 1996, o Conselho Nacional de Saúde, com base nas atribuições conferidas pelas Leis nºs 8.080 e 8.142, aprovou a **Resolução 196**, que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A Resolução 196 fundamenta-se nos principais documentos internacionais dos quais emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. No item III desta Resolução, foi definido que em pesquisas envolvendo seres humanos devem ser atendidas exigências éticas e científicas fundamentais, o que implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo. O consentimento livre e esclarecido significa que os indivíduos ou grupos, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa. A Resolução 196 determina ainda que toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Todos os entrevistados foram orientados acerca dos objetivos da busca e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início da entrevista. As identidades dos entrevistados serão protegidas e as falas estarão identificadas por uma numeração.

Assim, pois, esta pesquisa incorpora os referenciais básicos da Bioética – também configurados na citada Resolução – correspondentes a autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

## 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

### 4.1 Conhecimento e competências do enfermeiro no PSF

#### 4.1.1 Conhecimento do Enfermeiro sobre o PSF

O Programa de Saúde da família (PSF), como já discutido na introdução, é uma estratégia de governo que busca a reorganização da produção de cuidados de saúde, tendo como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, esta entendida e percebida desde partir de seu ambiente físico e social. Assim, a questão inicial que se expressou para o enfermeiro foi exatamente saber a compreensão e a representação que estes têm em relação ao PSF. Isso é importante porque são essas representações que orientam as ações dos profissionais no desenvolvimento de suas atividades. Portanto, comparado e diante do que o Ministério da Saúde preconiza, os enfermeiros reconhecem o programa como **estratégia de governo** que veio para dar suporte à prática assistencial, como está citado no documento oficial criado pelo Ministério da Saúde.

Uma estratégia muito boa de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde. (Enfermeira 3, Município 1).

É uma estratégia, que foi implantada pelo governo, e eu acho que ele foi assim feliz com essa implantação, a gente viu que ele trouxe uma resposta grande pra gente, principalmente no que diz respeito aos indicadores, evitando a mortalidade infantil, aumentou o índice de aleitamento materno. (Enfermeira 2, Município 1)

Uma estratégia que disponibiliza pra população um acesso maior aos serviços de saúde. (Enfermeira 5, Município 1)

Ele é uma estratégia como a gente chama, é um modo de trabalho diferenciado que trabalha com essa história do vínculo que eu acho fundamental, a empatia, o vínculo, a responsabilidade, o compromisso, você tem que ter perfil de profissional de PSF. (Enfermeira 4, Município 1)

Os enfermeiros foram conscientes nos seus discursos que a promoção da saúde é um novo modelo de prática que vai depender de transformações bastante radicais no modo de pensar e fazer saúde.

O PSF tecnicamente é tão lindo, tão rico. A meu vê, é uma estratégia, de promoção e prevenção basicamente. O que deveria ser a nossa meta, digamos assim, de trabalho. Promover e prevenir. (Enfermeira 5, Município 2)

O PSF, eu acho assim: o centro é a família, não só a doença, mas a saúde, como é que ele vive naquele local socialmente, bio-psico-social né, e também a questão de como ele poderia se auto cuidar, como ele exercer o seu papel como cidadão, e também é claro fazer prevenção e promoção em saúde, principalmente as áreas da LOAS. (Enfermeiro 1, Município 1)

A estratégia do PSF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, ensejando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000). Essa visão pode ser vista no discurso dos enfermeiros.

Eu acho que basicamente é a questão preventiva. Por exemplo: o que a gente cumpre os programas que são sete ações básicas, dentro do PSF. Que são: a saúde da mulher, a saúde da criança, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, a questão da saúde bucal que é com odontologia. (Enfermeira 1, Município 2)

Atua na atenção básica e que é aquele problema não vire uma coisa mais séria. E também a parte preventiva. Parte educativa que a gente trabalha muito, à parte de vacina, você trabalha, o conhecimento da população facilita um pouco mais o trabalho da gente. (Enfermeira 3, Município 3)

Como estratégia, o PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS como universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e se alicerça sobre três grandes pilares - a família, o território e a responsabilidade - além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. Observa-se que o discurso do SUS foi incorporado pelo enfermeiro, como se pode observar nas seguintes falas:

O PSF, eu acho assim: o centro é a família, não só a doença, mas a saúde, como é que ele vive naquele local, bio-psico-social né, e também a questão de como ele poderia se auto-cuidar, como ele exercer o seu papel de cidadão, e também é claro fazer prevenção e promoção em saúde é claro. (Enfermeira 2, Município 1)

É um programa que a gente acompanha as famílias de perto. A gente tem a oportunidade de conhecer as pessoas e intervir e evitar e ao mesmo tempo eles precisam de um atendimento hospitalar que é uma parte mais preventiva. Cria um vínculo com a família, conhece os problemas reais e tenta resolver. (Enfermeira 5, Município 1)

Assim, como se percebe, para os enfermeiros, o acompanhamento das famílias é um serviço primordial para o êxito do cuidado da saúde das famílias e é uma das principais estratégias do PSF. Portanto, em todos os municípios, os profissionais de enfermagem situaram as estratégias preconizadas pelo Governo, o que mostra o enfermeiro ciente das

suas funções e se percebendo como elemento fundamental no desenvolvimento das atividades do PSF.

E é exatamente por serem conscientes dessas ações e dos objetivos do PSF, que os enfermeiros enfatizaram que, infelizmente, na prática, muitas vezes não conseguem desenvolver suas ações como deveriam, como se nota perceber nos tópicos 4.2 e 4.3. Assim, não é surpresa afirmarem que teoricamente seria uma estratégia eficiente no cuidado da saúde da população, mas que a realidade do trabalho cotidiano mostra uma situação diferente.

É uma estratégia que poderia funcionar melhor. Eu acho uma boa estratégia. No papel eu acho que resolveria muito, a gente lendo as diretrizes. Ele é maravilhoso, mas que na prática não. Não funciona tão bem como no papel. (Enfermeira 4, Município 2)

É uma estratégia linda. Se realmente acontecesse como manda as diretrizes do PSF. Todas as normas operacionais que o PSF se baseia. Onde ele foi construído e tudo, mas infelizmente muitas coisas só existem no papel. A realidade é outra, a gente vê que realmente falta muita coisa, você fica muito limitado pelas condições sócio econômica da população que você assiste. Você vai orientar uma dieta: “mas doutora eu não tenho nem o que comer, como é que você ta me mandando comer frutas? (Enfermeira 5, Município 2)

O PSF é você trabalhar a promoção, você evitar a ocorrência dos agravos. Aqui a gente fica dando o tempo inteiro remédio pra parasitose, aí você vê que na casa pessoa que não tem água encanada. A criança vem, ela não tem higiene. Então do que adianta. (Enfermeira 4, Município 2)

#### 4.1.2 Competências do Enfermeiro no PSF

O trabalho do enfermeiro no PSF se constitui principalmente no monitoramento das condições de saúde, como núcleo da atenção de enfermagem, seja no atendimento individual ou no atendimento grupal; no levantamento individual e monitoramento de problemas de saúde (seja no enfoque de risco ou de vulnerabilidade), sendo que estes deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica (e, portanto pautados no saber da clínica); e ainda, como destaca Peduzzi (2000), no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa, no sentido dialógico, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos.

Segundo o documento Política Nacional de Atenção Básica, editado em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2006), são as seguintes as atribuições mínimas do

profissional enfermeiro, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006).

O profissional de enfermagem demonstrou ter conhecimento das atividades que deveriam ser de sua competência no Programa Saúde da Família, ou, para usar a definição de Campos (1997), demonstrou ter conhecimento das atividades estabelecidas pelo seu núcleo de competências. A seguir, mostra-se, como nas falas os enfermeiros exprimem as atividades que realizam dentro das suas competências.

### **A consulta de enfermagem**

A consulta de enfermagem é uma prática que foi criada para sistematização da assistência de enfermagem, oferecendo suporte ao enfermeiro na detecção precoce de algumas doenças. Como se nota pelos trechos seguintes, extraídos das entrevistas, identifica-se o fato de que, dentro do PSF, o profissional de enfermagem entende bem os seus limites e a sua prática de atuação. Como será demonstrando no tópico 4.3, no entanto, muitas vezes, no trabalho cotidiano, a linha que divide os limites dessa atuação não será tão clara e definida.

Acompanhamento da puericultura, de bebê até a um ano de idade, a sala de vacina que tem que estar supervisionando, saber se auxiliar de enfermagem está fazendo direitinho. Acompanhamento de pré-natal, em nível de seis. Até que a gestante esteja bem. Se o pré-natal dela é de auto-risco a gente não pode estar fazendo. Planejamento familiar, a partir da segunda consulta, a primeira vez é do médico. A realização de exames de prevenção, acompanhamento de hipertensão e diabetes, aqueles que já tem o medicamento específico, que a gente faz a consulta. A partir

da segunda consulta que ele já tem aquele medicamento que toma, mas pra trocar só com os médicos. Visita domiciliar, a parte educativa, educação e saúde, palestras nas escolas, no próprio posto, e só. (Enfermeira 2, Município 3)

Nós fazemos atendimentos das gestantes, todos os programas. Gestantes. Crianças, planejamento familiar, prevenção do câncer mamário e de útero, diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase, vigilância sanitária. Vigilância sanitária é assim, se tem uma pessoa doente, você tem de fazer de tudo pra ela ficar ali, e proteger as pessoas que estão ao redor. É o enfermeiro tem que ficar direto nisso aí, ele tem que notificar qualquer problema que tenha naquele lugar, as vacinas se a pessoa faltar, ele tem que correr atrás daquelas pessoas porque tem que ser 100%. Aí você vai conversar, que a gente chama de educação e saúde, que também é do enfermeiro. Pra você vê. O médico só fica fazendo consulta. (Enfermeira 1, Município 3)

Educação e saúde, eu vejo ela como se ela ficasse dentro da consulta. Porque dentro da consulta que eu te falei que eu oriento, com tratamento, que ele também deve fazer caminhada, dieta, é tudo educação e saúde. Fica, que não deveria ser assim. Deveriam existir grupos. Que existem grupos. Palestras que você faz na sala de espera. (Enfermeiro 4, Município 3)

Consultas de enfermagem né! Dentro dos programas, aí a gente atende os programas de saúde da mulher, que pega a parte de pré-natal a prevenção, tá! O pré-natal de gestantes sem risco, atendimento a criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento do hipertenso e do diabético, hanseníase e tuberculose também, todos esses programas a gente atende. Só não pode diagnosticar, mas dá continuidade à gente pode. (Enfermeira 5, Município 1)

### **A visita domiciliar**

A visita domiciliar constitui uma das importantes atividades do Programa Saúde da Família, sendo uma das práticas que mais subsidia a assistência e a atenção integral à comunidade. Em todos os municípios pesquisados, a visita domiciliar foi apontada como fazendo parte da rotina de trabalho da equipe.

Visita domiciliar, um paciente acamado, onde precisa uma passagem de sonda nasogástrica, ou uretral, onde é uma função privativa do enfermeiro. Auxiliar não faz. Que são pacientes de risco. Vacina não que auxiliar faz, tem muitas assistências que o auxiliar já faz, agora paciente de risco, todas devem ser o enfermeiro. Todo procedimento, que existe na nossa lei, todos aqueles que os auxiliares não pode desenvolver, como: consulta de enfermagem, ele não pode desenvolver, é só o profissional enfermeiro. (Enfermeira 4, Município 2)

A gente faz a visita domiciliar junto com o médico. É pra ser junto com o dentista, mas aqui o dentista não tem como ir. Aí vai o médico, vai a enfermeira, vai a auxiliar de enfermagem, o agente de saúde, é pra ir a equipe toda, na realidade. (Enfermeira 10, Município 1)

## **Promoção da saúde**

Hoje, o atual modelo de saúde busca a promoção e a prevenção de saúde com ênfase no trabalho interdisciplinar e intersetorial, com acento nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Os enfermeiros incorporam na sua prática ações de assistência e promoção da saúde e desenvolvem um trabalho específico dentro das equipes onde atuam. Dão ênfase na sua fala à promoção da saúde e à prevenção:

Aqui nós trabalhamos desde a promoção até a reabilitação se for necessário. Mas a gente pretende que o nosso maior número de ações seja exatamente na parte de promoção, e prevenção de doenças. (Enfermeira 8, Município 1)

Trabalha mesmo a promoção, saúde, educação e saúde, prevenção de doenças. Somos responsáveis por cada núcleo. Nós estamos trabalhando com o ciclo de vida, nós somos responsáveis por núcleo de criança e adolescente, núcleo saúde do idoso, núcleo saúde da mulher, e a gente faz diversas atividades. (Enfermeira 10, Município 1)

## **Gerente de unidade**

De acordo com Lazzarotto (2001), o enfermeiro gerente de unidade faz treinamento e controle da equipe e atividades consideradas como gerenciais. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, mediante o desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades. Na fala dos enfermeiros, percebe-se que eles realizam atividades similares a essas identificadas por Lazzarotto.

Gerente da unidade, que todos os papéis, todas as coisas passam por mim. Então, é coordenadora das agentes de saúde, supervisora e coordenadora das agentes de saúde na área. Elas têm uma coordenadora geral, mas eu como na unidade e como na área eu sou coordenadora delas e supervisora. Também supervisora das ações de enfermagem do nível médio, e ainda pré-natal, prevenção, acompanhamento de criança, à parte de todo o técnico, o técnico todinho da unidade é supervisionado, a questão da supervisão é comigo. E as funções de enfermeira e atendimento ambulatorial que atende pré-natal, que atende gestantes, que atende criança no acompanhamento, que vê adulto ou encaminha, ou que vê outras coisas que eu possa estar fazendo. (Enfermeira 6, Município 2)

Ele faz a supervisão dos agentes comunitários de saúde, ele também tem que está reciclando esse pessoal, supervisionando os auxiliares da equipe com aperfeiçoamento quando tem curso, a consulta de enfermagem, além de dar um suporte pro médico. (Enfermeira 7, Município 1)

Ela vai desde o planejamento em saúde, planejamento em equipes das atividades que vão ser desenvolvidas para promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação daquela população que está inscrita dentro do teu território, até a

própria assistência de enfermagem, consulta de enfermagem, que se convencionou falar tudo de programa. (Enfermeira 8, Município 1)

Pra gerenciar, mas o enfermeiro no gerenciamento da equipe, ele trabalha, por exemplo: ele trabalha desde a capacitação do agente de saúde, gerenciamento da educação desses agentes até o planejamento. Então esse gerenciamento ta mais ligado ao planejamento das atividades em equipe. (Enfermeira 8, Município 1)

### **O desenvolvimento de programas**

Com estes discursos, observa-se que os enfermeiros acreditam que o bom desenvolvimento dos programas é de fundamental importância para a realização das atividades no PSF.

É trabalhar com os programas preconizados pelo o Ministério, através da consulta de enfermagem. Que são programas de tuberculose, hanseníase, controle de hipertensão e diabetes, o acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil, a imunização, prevenção de câncer do colo uterino na mulher, pré-natal, planejamento familiar, a visita domiciliar que a gente faz aquele paciente que estão acamados, as puerperas que são as mulheres que tiveram nenê recentemente, a criança faltosa a vacina a gente também faz a busca ativa pra ela vir vacinar e a educação e saúde com as palestra educativas, os grupos de hipertensos que aqui a gente não tem implantado. (Enfermeira 3, Município 1)

Eu consigo desenvolver todas, dentro das que o ministério preconiza que é dentro daquelas sete que é tuberculose, hanseníase, atenção ao adulto, a criança, eu consigo desenvolver todas. Claro que tem uma que a gente gosta mais e outras que você, até porque assim, tem coisas que a gente não vê tanto. Que a gente sabe que tem e às vezes não aparece tanto. Hanseníase, e tuberculose, mas são coisas que a gente sempre ta abrindo o livrinho preto pra gente ta anotando os possíveis que possam aparecer, mas não vou dizer que é uma parte que eu goste muito de trabalhar com tuberculoso ou com hanseniano. Não por preconceito não. (Enfermeira 6, Município 2)

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro estão bem delimitadas e dentro das funções preconizadas pelo Governo, o que mostra um certo preparo do enfermeiro para trabalhar no Programa.

## 4.2. O trabalho no PSF

### 4.2.1 Funções Desempenhas

No tópico anterior, foi possível perceber que o enfermeiro atuante no Programa Saúde da Família tem amplo conhecimento sobre os objetivos do PSF e as atividades de competência do profissional de enfermagem. Assim, o objetivo aqui é compreender como, na prática, ocorre o desenvolvimento dessas atividades, ou seja, se o enfermeiro no trabalho cotidiano nas equipes de saúde desempenha ações de acordo o determinado ou em acordo com os princípios da estratégia de Saúde da Família.

Ermel e Fracolli (2006), em um estudo realizado em Marília, São Paulo, relatam que as ações desenvolvidas pelas enfermeiras estavam concentradas no trabalho de assistência, voltada para os indivíduos ou grupo de indivíduos com determinada patologia, além de ações de gerência, tais como supervisão e treinamento de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e também previsão e provisão de material, elaboração de relatórios e boletins mensais. Nos municípios investigados, pode-se constatar que também as atividades não diferem daqueles retratadas por esses autores.

Verifica-se que as enfermeiras exercem funções variadas, tais como coordenadora da equipe, supervisora, gerente da unidade, e em cada uma dessas funções realizam diversas atividades, como atendimento clínico, vigilância epidemiológica e Educação em Saúde, o que lhes permite ocupar posições estratégicas no processo de tomada de decisão, assim como na formulação e implementação das políticas no nível local.

Aqui eu atendo os programas, faço visita domiciliar com a equipe, atendo dois turnos por semana na prevenção, na supervisão das auxiliares, conversando, tirando algumas dúvidas, checando se as coisas estão sendo feitas de acordo com as ordens técnicas, investigando caso novo, investigando óbito menor de um ano, óbito em mulher de idade fértil. (Enfermeira 2, Município 1)

O pessoal diz que o PSF faz de tudo. Então essa responsabilidade sanitária do PSF que nenhum lugar tem, hospital não tem. Responsabilidade que a gente tem e eu me identifico com isso e gosto. (Enfermeiro 1, Município 1)

A responsabilidade maior de um PSF, de uma equipe é a enfermeira. É a enfermeira que coordena a unidade de saúde. Então, não é só assistência não. É desde a lâmpada que queima, o papel higiênico que está faltando, a visita de um paciente idoso. É desde

a estrutura ao funcionamento. É tudo. Todos têm suas atribuições. A enfermeira tem as atribuições privativas que só ela faz. Os médicos têm as privativas e as auxiliares têm as privativas. Mas a enfermeira, ela ta ciente de todas as privativas e coordenando todas as funções. É responsabilidade dela. (Enfermeira 4, Município 2)

Quanto à função gerencial, Passos e Ciosak (2006) compreendem que “a ação gerencial é determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais, em especial as de saúde”. Os escassos recursos organizacionais e materiais, entretanto, contribuem para transformar o trabalho gerencial em atividades de controle e execução de tarefas, conforme identificado nas falas.

Primeiro é a gerência da unidade é do enfermeiro. Toda gerência, a parte física, se der algum problema é você que tem que resolver, solicitação de material, até mesmo a frequência dos profissionais que trabalham aqui, dos funcionários, acompanhar os agentes de saúde. (Enfermeira 1, Município 2)

A gente dá conta da luz que queima ao pré-natal. É tudo, a organização do posto, gerenciamento, administração, fica tudo com a gente, papelada. Notificação de doente fica tudo comigo. O pré-natal, saúde da criança, hipertensos, diabéticos, se tiver tuberculose e hanseníase, prevenção do câncer, câncer de mama que a gente faz também, saúde do idoso que a gente acaba acompanhando. (Enfermeira 2, Município 2)

Tem a questão das outras coisas. Papelada é comigo. Tudo que é papel é comigo, avaliação no final do mês da produção sou eu que faço, controle de vacina, notificações, receituário que falta, eu que tenho que pegar porque o médico não vai pegar. Eu digo pra ele “quando o senhor precisar, o senhor vai lá e pega.” Mas ele não vai, tem que ser a babá da enfermeira. Deveriam fazer um estudo pra saber qual o problema das enfermeiras que tem mania de mãe. Não sei qual o nosso problema. (Enfermeira 2, Município 2)

Gerente da equipe que vive com prestação de contas dos mapas, reuniões sistemáticas com os agentes comunitários de saúde, atendimento ao pré-natal, prevenção de câncer do colo de útero, consultas aos hipertensos e diabéticos, atendimento de puericultura. (Enfermeira 7, Município 1)

As visitas domiciliares, como visto no tópico anterior, são consideradas uma das atividades mais importantes realizadas pelos enfermeiros, pois permitem estreitar os laços com a comunidade e conhecer com profundidade a realidade social das famílias.

As visitas domiciliares... porque é uma das áreas bem específicas do Programa Saúde da Família. Os acamados têm direito. O profissional vai até a casa da pessoa. Vê o problema da pessoa. Eu acho algo tão diferente e muito importante a visita domiciliar. Porque lá na casa da pessoa, eu vejo como é a casa, como ele se comporta na casa, como é a relação familiar, qual é a função dele dentro da família, como é a higiene da casa, tudo isso é importante. Como ele está tomando o

remédio, onde é guardado o remédio. A visita domiciliar estreita mais a relação. (Enfermeiro 1, Município 1)

Estudo de Baduy e Cordony Júnior (1996), realizado em Londrina, Paraná, mostrou que para os enfermeiros “trabalhar no domicílio permitiu o desenvolvimento do vínculo com os usuários e, conseqüentemente, uma aproximação a modos diferentes de viver, fator que estava sempre validando ou não as ações realizadas. Esta forma de conhecer a comunidade representa um desafio, isto é, a busca de outras formas de apreensão, outros meios de abordagem, buscando captar aspectos novos que ampliem a compreensão a respeito do usuário”. No entanto, Ermel e Fracolli (2006), realizando a observação de um grupo de enfermeiras do PSF de Marília, durante a visita domiciliar, identificaram o fato de que o objeto de intervenção é o indivíduo doente e, embora as enfermeiras afirmassem que a visita domiciliar era para a família, o foco estava no indivíduo, pois, durante a visita, a enfermeira não buscava identificar a dinâmica familiar nem discutia as mudanças na vida da família diante do problema de saúde de um de seus membros, tornando evidente o distanciamento entre o discurso e a prática. A propósito das diversas ações desenvolvidas pelos profissionais, no contexto do PSF, Oliveira e Gusmão (2007) argumentam: “o que se vê, muitas vezes, são profissionais acreditando estar cuidando da família mesmo quando seu processo de trabalho não se diferencia daquele adotado na assistência ao indivíduo. Em sendo assim, considera-se que é a assistência ao indivíduo que tem familiares que está acontecendo, e não a assistência à família, enquanto unidade. E, no entanto, existe diferença entre cuidar de um indivíduo que pertence a uma família e cuidar da família propriamente dita, quando a assistência tem características próprias e é desenvolvida a partir do universo das relações familiares”.

Essa situação pode ser vista como se repetindo nos municípios pesquisados, onde se pôde notar que as visitas domiciliares, embora referidas como atividade voltadas para a família, são realizadas, na maioria das vezes, quando o paciente necessita de procedimentos especiais.

Algumas vezes, a enfermeira se vê forçada a ir além de suas competências ou do que o seu exercício profissional permite, seja por ausência do profissional médico, seja por sentir necessidade de assumir as tarefas de outros membros da equipe ou mesmo pela própria demanda da comunidade.

Existe no interior uma questão muito forte chamada prescrição, então assim, é se você não tiver sensatez e não se policiar, você acaba fazendo o que os outros estão lhe manipulando, por exemplo: como no interior tinha grande rotatividade de médicos então o secretário de saúde que também era médico, se chegasse um paciente com tal sintoma, ele queria que a gente prescrevesse a vontade. Mas eu sempre me políciei, sempre soube dos meus limites. (Enfermeira 9, Município 1.)

Eu não sei mais se eu sou enfermeira, médica, auxiliar de enfermagem. Eu acho que estou pra descobrir qual foi o meu diploma. Eu só sei que eu sou enfermeira porque na minha casa tem um diploma de enfermagem, mas muitas vezes eu me pego fazendo papel de médico. A prescrever alguma medicação que não pode, que não sejam aquelas que o próprio ministério da saúde já designou que todos os enfermeiros pudessem prescrever que estão dentro dos programas. Então a gente acaba prescrevendo uma medicação que a gente não pode, a gente acaba prescrevendo uma medicação às vezes até injetável. Pra gente não ver o paciente agonizando na nossa frente. Então é esse o papel de médico que a gente faz. A gente acaba fazendo curativo, acaba fazendo uma punção venosa, tendo que fazer no lugar da auxiliar de enfermagem porque ela não está preparada pra aquilo. Acaba fazendo o papel de assistente social que às vezes no município não tem, acaba fazendo o papel de psicóloga pra conversar com as famílias que estão tendo problemas. Às vezes o paciente vem no posto não é pra pegar remédio, ele vem pra conversar com você. Ele está passando por algum problema e ele quer conversar. E então a gente acaba sendo psicólogo, psiquiatra também porque tem uns doidos que vem pro posto também. Então a gente não sabe mais nem qual a função da gente. Os programas a gente acaba fazendo sem muita estimativa do que a gente tá fazendo, sem poder se inteirar do que a gente tá fazendo. Só faz mais pra vir a verba do município. Mas como enfermeiro o que a gente menos faz é ser enfermeiro dentro do Programa Saúde da Família. (Enfermeira 4, Município 3)

Essa questão, que na verdade leva a um excesso das atividades na prática desempenhadas pelo enfermeiro, é apontada como das grandes dificuldades encontradas para o desenvolvimento de ações no PSF. Apesar disso, como se verá no Tópico 4.3, garante ao mesmo tempo um maior *status* junto à população para o profissional de enfermagem.

Por essas entrevistas também se percebe como na prática sucede o desenvolvimento do trabalho em equipe, considerado elemento fundamental no PSF. O trabalho em equipe constitui a base da proposta da estratégia saúde da família, sendo uma forma eficiente de estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas; no entanto para que seja viabilizada, é imprescindível, como já destacam Araújo e Rocha (2007), que haja relação interativa dos profissionais, mediada pela troca de conhecimentos e articulação de um campo de produção de cuidados comuns. Para Almeida e Mishima (2001), se essa integração não ocorrer, “*corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado,*

*fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão de trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos*”. Nesse sentido, Araújo e Rocha (2007) argumentam: “*o estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo, dessa forma, a divisão social de trabalho e estabelecendo relações de mando e autoridade*”. Pelas entrevistas, nota-se, no entanto, que essa relação dialógica ainda é insuficiente, em especial quando considerado o profissional médico, fazendo com que, dentro da perspectiva do trabalho multiprofissional, apenas ocorra uma divisão de tarefas, seguindo a hierarquização tradicional de poder do profissional médico, como se verá também na sessão 4.3.

Dessa forma, a discussão de Campos (1997) sobre *campo de competência e de responsabilidades* e de *núcleo de competência e de responsabilidade* - “por núcleo entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional enquanto por campo entende-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades” -, torna-se importante dentro da estrutura do Saúde da Família. Assim, para o desenvolvimento do trabalho em equipe, torna-se necessário redefinir, no cotidiano das unidades básicas de saúde da família, as responsabilidades e as competências dos profissionais.

Apesar de alguns elementos considerados negativos, no entanto, as experiências no PSF são havidas como gratificantes, importantes para o crescimento pessoal e profissional:

A gente trabalhava com muitas microáreas o acesso muito difícil eu já passei por pouca e boas, mas é um aprendizado. Foi muito bom pra mim. Eu passei 4 anos em um município foi extremamente rico, eu cresci muito como pessoa e como profissional, foi mais um passo em termo de aprendizado pra mim. Foi uma experiência muito rica. Enfermeira 2, Município 1)

Eu trabalhei oito meses em hospital, mas nunca foi a área que eu gostava, eu sempre gostei mesmo de trabalhar com saúde pública. Surgiu uma oportunidade, uma vaga, no interior a quase 300 km daqui de Fortaleza, eu fui assumir essa vaga. Eu não sabia nada sobre o PSF. Eu só sabia que trabalhava com família e que tinha a ver com saúde pública, mas assim o que eu ia fazer, eu não sabia de nada. Eu fui aprendendo com a experiência mesmo de trabalho. (Enfermeira 3, Município 1)

Muito boa! Assim, um aprendizado muito grande, né? A gente vai verdinha ainda, porque a faculdade, na realidade ela dá diretrizes, né? Pra você, na prática mesmo que a gente pega, vê a coisa como ela realmente acontece. E aí o primeiro

município que eu trabalhei foi como uma escola, muito bom mesmo! (Enfermeira 5, Município 1)

Eu acho que no interior a gente tem uma experiência de vida muito grande. Que a gente consegue realmente delimitar e assumir. E principalmente quando você passa um longo período. Porque você sabe quem é realmente hipertenso, quem é que dá trabalho, quem é aquela mulher que quase todo ano tem pré-natal... a gente acaba conhecendo de verdade as nossas famílias e a nossa clientela. Que aqui em Fortaleza está tendo dificuldade de fazer. (Enfermeira 7, Município 1)

#### 4.2.2 Organização e Planejamento da Equipe de Saúde

Identifica-se o fato de que no Município de Fortaleza, os enfermeiros planejam as atividades em conjunto com os outros profissionais utilizando uma estratégia chamada “Roda de gestão” e com base nas prioridades identificadas, porém adaptam-se de acordo com as necessidades. No entanto, percebe-se que, para os outros municípios, a elaboração do cronograma de atendimento é compreendida como se fosse o planejamento.

A gente tem aqui a roda de gestão. Que é mais uma reunião que acontece toda sexta-feira à tarde, onde a gente discute problemas da unidade, problemas das equipes, e a gente faz o planejamento das ações. Recentemente a gente fez o plano de ação contra a dengue implantados pelas equipes. Então essas sextas-feiras que ocorre semanalmente, elas ficam destinadas pra isso, pra planejamento e pra discussão. (Enfermeira 3, Município 1)

A gente faz por programa, de atendimento. Aí são feitas os cronogramas. O usuário chega aqui e faz consulta com o médico, enfermeiro, e encaminha pra o dentista. A gente fez isso tudo direitinho. (Enfermeira 2, Município 2)

Fazendo um cronograma principalmente. A gente tem, cada dia da semana um tipo de atendimento. No dia de hipertenso, que é na segunda, se chegar uma criança que é na quarta, mas se chegou com febre, diarreia, eu atendo. A gente faz um cronograma, mas é bem maleável por conta do profissional médico, consulta médica. (Enfermeira 4, Município 2)

A gente tem um calendário, esse meu calendário faz tempo que ta ai. E ai cada dia da semana eu tenho uma coisa pra fazer. No dia de segunda eu faço prevenção, na terça é hipertenso, na quarta eu faço pré-natal, na quinta já tem pré-natal de novo, planejamento a tarde, cada programa tem o seu dia, ou a tarde ou o dia todo. E ai a demanda livre, quando a gente ta com o médico não que ele assume, mas quando está sozinho, primeiro é os programas e fica a demanda livre por último. (Enfermeira 1, Município 3)

A gente se organiza através de cronograma. Nosso atendimento da equipe lá é médico e enfermeiro. Tem um cronograma lá feito na parede do médico, da enfermeira e do dentista. Cada dia tem sua data estabelecida, mas termina a gente

não fazendo só o programa daquele dia.. Mas todo dia foge, nunca você atende só o programa, não tem como, a não ser se você for muito rigorosa, rígida. “Não vou atender e pronto.” Aí a comunidade sai insatisfeita e termina criando problema. Então pra não criar problema a gente termina fazendo essas aberturas. (Enfermeira 4, Município 4)

É consenso o fato de que os profissionais da atenção básica devam ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (OLIVEIRA e MARCON, 2007), no entanto, na pesquisa, percebe-se que o planejamento variou de equipe a equipe, pois algumas usavam os dados obtidos para planejar as ações e outras não, conforme pode ser visto nas falas.

Por enquanto ainda não usa esses próprios dados do SIAB porque ta organizando a sala de situação. Porque aí sim, quando tiver a sala de situação e os agentes de saúde, tem como trabalhar em cima dos dados. (Enfermeira 6, Município 1)

Os indicadores de campo eu não utilizo pra fazer o planejamento do calendário não. O que utilizo é como eu te disse: vai ter uma campanha aí a gente ta incluindo. Tem um grupo de hipertensos que é tal dia, a gente ta incluindo algumas coisas em relação aos indicadores que precisam ser trabalhados. Tem um grupo de gestante que a gente tem fixo que é a última segunda-feira de cada mês que a gente ta trabalhando os indicadores em relação às gestantes. Mas pra fazer o cronograma eu não utilizo os indicadores. Eu utilizo assim alguma coisa de um grupo fechado. Como a gente trabalha muito aleitamento materno porque o nosso tem um indicador baixo. (Enfermeira 6, Município 4)

Todo primeiro dia de cada mês, a gente se reúne, avalia os dados, conversa sobre certos dados, a gestante ou o programa do pré-natal, o programa do sulfato ferroso, o programa do hipertenso e vai avaliando cada um. O que está pendente? O que falta? E a gente vai ver o que falta e o que merece ser melhorado naquele mês. No mês passado foi ruim pra isso então, vamos melhorar nesse mês. A gente tem uma reunião e conversa sobre o assunto. (Enfermeira 2, Município 3)

Para Cotta et al (2006), o trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família mantém as características da compartimentalização, sem um planejamento coletivo que adapte as atividades às necessidades da população na área de abrangência.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) define como características do processo de trabalho da Saúde da Família a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações”. Percebe-se que essa prática não acontece no cotidiano de trabalho das equipes, embora

alguns profissionais considerem importante a participação da comunidade no momento de planejar as ações,

Hoje o planejamento está sendo só da equipe. Em médio prazo, na minha cabeça tem que ter a comunidade. A comunidade é que tem que decidir. Às vezes eu pergunto pra gestante. Eu tenho um dia de pré-natal de manhã e outro a tarde ai eu pergunto: “pra você é melhor como? É melhor de manhã ou a tarde?” Ai ela pode a tarde porque de manhã tem os meninos que vão pro colégio. Já outra não, prefere de manhã. Mas eu acho que o planejamento tem que ser junto com a família, mas pra isso, a gente tem que ta puxando pra ter esse vínculo pra ta conversando com ela. (Enfermeira 12, Município 1)

É relevante salientar que alguns profissionais têm consciência de que não fazem planejamento, mas trabalham para resolver problemas. Um estudo realizado por Friedrich e Pierantoni (2006), em Juiz de Fora, evidenciou que a demanda espontânea do usuário se mostrou indutora das atividades realizadas pela equipe. Para os autores, “as ações preestabelecidas do PSF (atenção ao diabético, hipertenso, pré-natal, entre outras) acabam por inibir outras ações da estratégia, como o levantamento de problemas de saúde próprios da localidade, pelos usuários e pelos trabalhadores.”

O que eu acho é que a secretária não tem uma programação, um cronograma. Não cumpre realmente um cronograma. Na verdade é essa. A gente ta num momento que parece que só trabalha pra apagar incêndio, só pra resolver problema. Porque falta tempo pra planejar. Então não sobra tempo. É falta de organização que já vem de anos. É aquela historia que eu te falei, já vem de anos. Entra sai, entra sai, entra sai, deixa de ir cuidar, o outro pega a secretaria com um monte de dívida e não consegue arrumar a casa pra recomeçar a trabalhar. Difícil planejar numa situação em que nada funciona, todos estão com os salários atrasados três meses. (Enfermeira 1, Município 2.)

O único planejamento é de horário. Porque o certo seria a gente fazer uma reunião e dizer cada coisa que a gente quer fazer. Que deveria todo mundo se reunir e falar pra gente fazer um mapa e a gente não faz porque a gente não tem tempo pra isso também. (Enfermeira 3, Município 3.)

Em alguns municípios nem todos os profissionais participam das reuniões havendo queixas sobre a ausência dos outros profissionais de saúde e do gestor:

Tem uma reunião que é feita com a coordenadora, mas é geral. Às vezes ficam só os enfermeiros, alguns dentistas, agora pra reunir os médicos isso é um pouco difícil não é nem todos que às vezes gostam. E gestor só às vezes quando tem alguma coisa mais séria, um problema maior. É besteira, não gostam, acham que não precisam, não dão importância. E seria importante a presença deles porque dava pra eles terem noção de como é que estão as coisas, como é que ta os indicadores, quais são os problemas que a gente precisa trabalhar mais. É conhecer um pouco mais a realidade que a gente ta trabalhando hoje em dia. (Enfermeira 1, Município 3.)

Geralmente há reuniões mensais. Quando existe reuniões são mensais. Só que na maioria das vezes só quem participa das reuniões são os enfermeiros. A papelada do PSF fica todinha a cargo do enfermeiro e o médico não participa. Todos os meses nós temos a consolidação dos agentes de saúde com os enfermeiros. Faz um ano que eu estou aqui. Médico e dentistas nunca participaram de uma reunião, pelo contrário tem agente de saúde minha que não conhece o meu dentista. Porque eles não participam das reuniões. Não quer saber se, vamos supor, se a população está gostando do trabalho dele, se na área existe muitos desdentado, não quer saber nada, só quer saber se ele está atendendo no consultório dele e acabou. A papelada fica toda a cargo do enfermeiro, o enfermeiro faz o planejamento. O que ele fizer está feito porque os outros dois profissionais do PSF não participam. (Enfermeira 4, Município 3)

Há relatos de que não fazem reuniões de planejamento, mas cumprem metas definidas pela secretaria de saúde.

Não. Existe reunião na secretaria de saúde com os PSF. Existem metas a serem alcançadas. ... é muito dicotomizado, não tem aquela coisa mesmo de você sentar com todos os funcionários, seja o auxiliar de serviços gerais ou de nível superior e a gente colocar o que está acontecendo e vê o que pode fazer. Já no outro que eu trabalhava, eu tinha reunião que geralmente o médico não participava porque tinham outras coisas pra fazer. O calendário já existia antes deu... essas datas assim dia disso, dia daquilo já existia. Então pra não modificar a rotina do que eles já estavam adaptados, eu só me encaixei e a gente deixou flexível em relação a alguma coisa que aconteça. Campanhas ou alguma coisa assim. (Enfermeira 6, Município 4)

### **4.3 Dificuldades encontradas para a realização do trabalho no Programa Saúde da Família**

O trabalho nas unidades de saúde que têm por base a estratégia do Programa Saúde da Família constitui desafio para o enfermeiro, que se vê cotidianamente tendo que lidar com uma série de problemas e dificuldades que dificultam o pleno desenvolvimento de suas atividades e, conseqüentemente, do Programa. Essas dificuldades podem ser divididas como de natureza estrutural, ou seja, aquelas que dizem respeito às condições materiais das unidades de saúde e de trabalho, e aquelas ligadas às relações estabelecidas entre o enfermeiro e o sistema de saúde, mais especificamente os outros profissionais que compõem a equipe de PSF, os enfermeiros e a administração local, aqui incluindo tanto os secretários como vereadores e prefeitos.

#### 4.3.1 Dificuldades Estruturais

Iniciando com as dificuldades estruturais, pode-se perceber que, nos municípios do Estado, essas dificuldades se referem principalmente à própria estrutura física das unidades de saúde, algumas das quais não oferecem condições adequadas para atendimento, faltam medicamentos, faltam materiais, como, por exemplo, bloco de receituário para prescrição, e a questão do transporte. Além disso, as péssimas condições das estradas em algumas áreas das zonas rurais são apontadas como empecilho para a realização das visitas, e em muitos lugares, durante a estação chuvosa, somente carros com tração conseguem fazer o percurso, mas estes não estão disponíveis para todas as equipes.

A área que a gente atua é uma área muito boa muito acolhedora, mas tem os seus pontos negativos. É uma área de difícil acesso, tem áreas que a gente só consegue ir a pé. Outras áreas não passa nem moto. Agora sexta-feira próxima vou ter que fazer a vacinação na campanha do idoso numa área super difícil só vai com carro tracionado, então já é outra questão de dificuldade em questão da vacinação dos idosos que nesse período eu tenho que ir domicílio por domicílio porque são poucos os que vão procurar principalmente essa área que é difícil, é longe, então eu tenho que me dirigir até lá e ir domicílio por domicílio subindo ladeira, subindo em jumentinho e andando a pé e é assim. E a dificuldade eu acho que é em relação a isso o acesso que é difícil e a territorialização que é muito mal distribuída, foi muito mal feita. (Enfermeira 5, Município 4)

Outro ponto a ser considerado de natureza estrutural é a questão da territorialização. Praticamente os enfermeiros, em todos os municípios, foram unânimes em apontar o grande número de famílias pela quais cada PSF é responsável, ou seja, a grande extensão do território de atuação, como é possível de se perceber também na última fala reproduzida. Para eles, esse é um fator que prejudica a qualidade do atendimento e o processo de promoção da saúde, uma vez que ficam sobrecarregados com tantas famílias, como já visto.

É exatamente nessas dificuldades, porém, que se vê uma das características do trabalho do enfermeiro, que talvez possa contribuir para explicar por que, mesmo em meio a certas condições adversas, o PSF atinge sucesso e melhora as condições de saúde da população, ou seja, a improvisação e o fato de extrapolarem os limites de sua atuação. Este fato também é sensível em relação ao campo de atividades do médico e do enfermeiro, como se verá no tópico 4.3.1. No tópico 3.2, já se viu também como o enfermeiro assume todas as responsabilidades pelo gerenciamento e funcionamento do programa. O depoimento de uma enfermeira de Aracati ilustra bem essa situação.

**Entrevistador: E quando não tem o material esterilizado o que você faz?**

Entrevistado: Eu fico doída aqui. “Fulana, vai ali no centro de saúde e fale com minha amiga Fulana de Tal.” Mando um bilheteinho, colega, atenciosamente solicito... Ai as colegas me mandam um material emprestado. Ninguém nega. Jeitinho de brasileiro. E o enfermeiro é impressionante, parece que foi formado mesmo pra trabalhar com improvisação. É incrível! Improvisa e leva adiante. (Enfermeira 1, Município 2)

Em outro trecho, uma enfermeira de Pedra Branca acentua que investe seu dinheiro na busca de melhorar as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde.

Eu quero resolver as coisas da unidade mesmo. Tem muitas vezes que eu tiro dinheiro do meu bolso pra colocar lá dentro porque eu gosto das coisas funcionando. Numa campanha dessas de ter uma festinha pros meus idosos. Na campanha de vacina das crianças, ter bombons pra ta distribuindo, ter um pãozinho, ter um cachorro quente. (Enfermeira 5, Município 4)

Em Fortaleza, em relação à estrutura física das unidades, não muito diferente dos demais municípios, os principais problemas destacados foram em relação à falta de salas ou inadequação das salas em uso para a realização de atendimento, falta de medicamentos e falta de transporte para a realização das visitas domiciliares. Transporte em Fortaleza também se torna importante em virtude da grande extensão da área atendida por equipe, como foi destacado pela maioria dos enfermeiros.

O que a gente discute mesmo é a questão de estrutura. Que a estrutura física da unidade não é boa, não acho legal, é desconfortante. É desconfortante pro paciente e é desconfortante pra mim, é muito quente, esse ventilador ele ta aqui por que eu trouxe de casa. Se não tivesse eu tava aqui pingando suor, morrendo de calor. Quando eu cheguei aqui eu disse: “Não agüento, trabalhar nessa sala, eu não agüento.” Mas ai quando eu escuto algumas colegas dizerem assim: “Olha, tu ta no céu, porque você tem pelo menos uma sala pra ta atendendo, onde eu to, não tem nada. Não tem sala, eu fico vagando pelos os corredores.” Eu não posso reclamar do meu ventilador. (Enfermeiro 10, Município 1)

O ideal é caso tivesse uma ocorrência que a gente precisa ir, tivesse um carro, mas não tem. E ele vem dois dias na semana, então a gente, tudo que a gente tem que fazer, visita domiciliar, as vezes um atestado de óbito, uma investigação epidemiológica... ta tendo surto de dengue em tal área aí eu preciso de um carro pra ir lá, pra fazer um bloqueio, pra atuar né, orientar. E o carro só vem quarta de manhã e quinta a tarde, e aí o que é que a gente faz? (Enfermeiro 9, Município 1).

Em relação à falta de material, assinalam:

As vezes falta material de curativo, quebra a máquina de esterilizar, a gente não faz nem um curativo, porque não tem material esterilizado. Exame de prevenção, as vezes os espectros descartáveis não vem. Agora não, ultimamente ta vindo, mas

acontece de faltar o tubinho, falta tudo, pra exame de sangue, porque aqui também é um posto de coleta, então assim, existem grandes barreiras né, pra que a gente possa atuar sem deixar a desejar. (Enfermeiro 9, Município 1)

Além disso, Fortaleza tem também um diferencial negativo em relação às áreas do resto do Estado, ou seja, a questão da violência e da necessidade de atendimento em áreas consideradas de risco criminal.

Aqui, aqui, e aqui por incrível que pareça, tem áreas que tem prédios muito bonitos e tem uma rua antes de você entrar dentro que tem uma grande favela que não dá pra ver por que ela tá por dentro. Tá dentro assim do meio de um quarteirão. Você entra assim no bequinho, ali é só um bequinho, quando você olha assim, um aglomerado de casas. Aqui na Parangaba tem áreas de risco 1, que a gente chama, que é esgoto a céu aberto, que não tem banheiro. A gente corre bastante risco andando nesses locais. Carro, aqui no posto ele só vem dia de quarta-feira de manhã e quinta-feira de tarde. (Enfermeiro 9, Município 1)

Outro problema, também diferente do resto do Estado, é a questão do menor índice de cobertura dos agentes de saúde na capital, ou a falta de capacitação desses Agentes, que é apontado como fator que prejudica um melhor atendimento e o andamento das atividades do enfermeiro.

Eu acho que tem questão de compromisso. Que pra você querer fazer algo você tem que ter compromisso e a vontade de fazer e como também a capacitação. Tem que ter uma capacitação dos profissionais. A maior dificuldade que hoje eu vejo no Programa Saúde da Família de Fortaleza que é muito diferente do Programa da Saúde que eu atuava no interior é que os nossos agentes de saúde, eles não são capacitados, eles são os nossos olhos na comunidade e são olhos que você vê que tá precisando de lentes e não tem lentes. Não tem. Quando eu trabalhava há 4 anos atrás na Saúde da Família no interior, eu tinha agentes de saúde com capacitação em Saúde da Família, com curso de capacitação de 1 ano e aqui muitas vezes eu digo: “você têm que saber disso!” Que às vezes eu reclamava: “Você está precisando de mais capacitação”. (Enfermeira 8, Município 1)

No caso da minha equipe, que eu só tenho dois agentes de saúde, tenho um na área que é uma área grande e descoberta, que não tem agente. Então se aparecer aqui alguém com alguma queixa dessa área. Eu já sei que lá não tem agente, lá não tem como o agente passar porque não tem. E desses dois eu tenho um muito compromissado, compromissado até demais. Tudo que eu pedir ele faz. Ele visita todo mundo, ele pesa todas as crianças, todos da área dele, ele conhece. E tem outro que é mais relapso como é que eu sei que ele mais relapso? Eu pergunto: “Fulano de tal passou na sua casa esse mês?” “Faz uns três meses que ele não passa lá”. (Enfermeiro 3, Município 1)

Assim, como já visto, a sobrecarga de trabalho, atrelada às dificuldades físicas/estruturais, ao grande número de famílias atendidas, e às relações com o sistema de saúde, como se vê a seguir, dificulta o trabalho do enfermeiro no PSF.

#### 4.3.1 Relação Enfermeiros e Sistema de Saúde

Trabalhar-se-á aqui, nas relações entre os enfermeiros e o sistema de saúde, mais precisamente com os outros profissionais, principalmente aquelas dificuldades com as quais os enfermeiros se deparam quando lidam com elementos que não necessariamente dizem respeito à estrutura material ou física, mas que também comprometem a organização dos serviços e da assistência prestada. Essas relações com os outros profissionais, em especial, os médicos, como vamos perceber, influenciam também nas relações com a administração municipal ou as secretarias municipais de saúde, ou o que se está chamando de estrutura de poder local.

##### a) Relação Enfermeiro/Médico no PSF

Da perspectiva multiprofissional, o PSF aproxima em uma intensidade maior, se comparado com o trabalho realizado nos hospitais, os profissionais médicos e enfermeiros. No PSF, diferente do hospital, apesar de cada profissão manter competências específicas, existe ainda uma série de responsabilidades que são de obrigações comuns aos profissionais. Aqui, o conceito de núcleo de competência e de responsabilidade e campo de competência e de responsabilidade (CAMPOS, 1997) pode ser mais bem entendido. Como visto, núcleo de competência é o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão, e cada profissional tem seu núcleo específico de atuação. Campo de competência são os saberes e responsabilidades comuns a vários profissionais. Assim, dentro no PSF, os profissionais de categorias diferentes, em seu núcleo de atuação, têm responsabilidades próprias referentes à sua formação, mas, ao mesmo tempo, dentro de um campo de competência, têm responsabilidades comuns, como, por exemplo, conhecimento sobre as diretrizes que norteiam o PSF e atuação na promoção da saúde. Portanto, teoricamente, a atuação no PSF pressupõe uma troca maior de conhecimento entre esses profissionais médicos e enfermeiros, aproximando duas categorias que historicamente são marcadas pelas relações de poder e hierarquização do profissional médico.

Em um estudo sobre trabalho em equipe na saúde, Almeida e Mishima (2001) já apontam para a necessidade de revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, pois, de acordo com os autores, isso pode levar a valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre o trabalho dos profissionais em saúde. Afirmam que somente com essa discussão sobre a centralidade do médico, a saúde da família poderá ir além de uma tarefa técnica hierarquizado para um trabalho com maior interação social e integração da equipe. Para eles, se isso não ocorrer, pode-se repetir o modelo fragmentado e centrado na Biologia, com a desvalorização dos diversos profissionais. Assim, um importante questionamento dessa pesquisa consistiu em procurar desvendar como na prática sucedem essa interação e a realização do trabalho em equipe.

Nos diversos municípios, principalmente (como veremos a seguir, Fortaleza apresenta algumas especificidades), um dos fatores que se observou diz respeito exatamente à hierarquização das profissões ou ao poder exercido pelo médico.

Mais uma vez, diferente do relacionamento ocorrente nos hospitais, onde os médicos ocupam as principais funções diretoras e os cargos administrativos e de coordenação, no PSF, as funções de coordenação encontram-se em todos os municípios pesquisados, a cargo dos enfermeiros, e, apesar de não haver dados para o restante do Estado do Ceará, essa parece ser a realidade em praticamente todos os municípios. As funções do enfermeiro como coordenador foram descritas no Tópico 4.1.2.

A posição de coordenador do PSF, que garante o gerenciamento dos recursos humanos nas unidades de saúde, deixa de fora, no entanto, o profissional médico. Em relação a estes, os coordenadores não têm nenhum controle, e aqui não se está referindo às atividades específicas do médico, mas àquelas que deveriam ser realizadas em conjunto, que dizem respeito ao campo de competências, como visto há pouco.

O médico que eu to, ele faz o seguinte: o antigo fazia, mas talvez por ele ser muito velho, parece que ele tem 39 anos de profissão, ele se cansou. Então ele não gosta de ficar, por exemplo: uma gestante, eu mando uma gestante pra ele, ele pega olha, mas não mede a barriga da mulher, ele não ouve o batimento da criança, ele olha pra mulher e lê fala, fala, fala, às vezes escreve e às vezes não, e tchau. O planejamento familiar, ele vai logo dizendo “isso ai não é meu.” às vezes ele só fala assim: “você tem que tomar o remédio assim, e assim, e assim. E tchau e boa noite.” Ele não conscientiza aquela pessoa. (Enfermeiro 3, Município 3)

Mas a questão de hábito é que é difícil mudar nele. Horários, os nossos horários é 7:30 às 11:30 e de 13:30 a 17:00. Ele só funciona depois de 8:30. Ele não chega antes disso. Ontem ele chegou cedo não sei como. Ele chegou 14:10. Foi incrível, porque nunca acontece. Pode

falar com a coordenação, com a secretaria de saúde, não muda, ele só funciona depois de 8:30, acha que é o certo e vai continuar assim pro resto da vida. Já me estressei, já conversei, não muda. Então, resolvo, que o meu horário é a partir de 8:30 que a gente vai pro interior e eu dependo dele. A gente não tá junto? E é assim, tem algumas coisas que ele não muda. (Enfermeira, 2, Município 2).

Assim aconteceu do médico ter plantão em determinado lugar ai não querer vir trabalhar dois dias na semana. “Eu tenho plantão em tal lugar.” Porque quer somar mais dinheiro. Só que ele tem que dar aquelas quarenta horas. Faltar e ter aquele compromisso que já surgiu. Já surgiu do médico desmerecer o agente de saúde, até já teve médico que tentou me desmerecer. Mas eu mostrei o meu conhecimento científico e a relação já se tornou um pouco melhor. Já teve momentos dessa forma. Mas já teve momentos de eu trabalhar com médicos que eu gostei muito. Que ele trabalhou junto comigo embora ele achava que a estratégia saúde da família não fosse tanto o que eu acho. Que eu acho que é uma solução tem várias outras soluções. E ele é um profissional bom. Tem esse tipo também. Tem aquela pessoa que porque é doutor entre aspas, é aquele que pode chegar mais tarde, essas coisas, deixa muito aquela papelada, a parte burocrática, com a enfermeira que ela já tem muitas funções. [...] É uma relação difícil. Porque ele é um profissional que há muita falta. Ai a gente tem que viver naquela dicotomia, naquela ambivalência. Você nem pode dizer “doutor”... eu acho até errado chamar de doutor. “Pessoa. Olha você tem esse compromisso com a sua comunidade, você tem que exercer isso. Tem que estar aqui, a comunidade precisa!” Mas também tem aquela relação que ele, a falta, qualquer coisa, ele tem emprego em qualquer lugar e a gente fica 3 a 4 meses sem médico. (Enfermeiro 1, Município 1)

Além disso, os coordenadores também não têm controle sobre horários e dias de atendimento do médico, como se vê pelas duas primeiras falas dos últimos entrevistados. Isso é possível, de acordo com os enfermeiros, em razão do poder de barganha do médico, que lhes permitem negociar os termos de contratação de trabalho diretamente com a administração municipal em melhores condições do que os enfermeiros. Isso enseja uma situação em que cada categoria, apesar de trabalharem em equipe, estabelece os termos de trabalho independentemente uma da outra. Portanto, percebe-se é que dentro de cada equipe existem diferentes modalidades de relações trabalhistas.

Por que uma pessoa de outro lugar, da área quer dizer, tá precisando de uma visita domiciliar e que sabe que tem uma indicação de tratamento, que é um idoso, não pode ser feita a visita domiciliar por que hoje não é visita domiciliar? Sendo que está dentro do horário? Isso eu não consigo compreender ainda. Eu acho que eu não vou conseguir compreender mesmo assim. São os acordos que existem. Tem quem pode, quem não pode. (risos)

[...] Eu já cheguei falei pra pessoa. Inclusive do horário, inclusive em relação essa visita que aconteceu e o segundo passo é comunicar a coordenação. Se existem os acordos. Então tem que ser dito de lá pra cá. Pra que eu possa pelo mesmo saber como eu estou trabalhando. Não aceito, não acho leal isso ai, mas existem os acordos. Eu pedi que o acordo fosse feito oficialmente pra poder, mas não chegou nada ainda. Até já mudou algumas coisas. Que eu acho que houve muitas reclamações. Não de mim porque eu sei quando existem essas coisas a gente não

precisa se manifestar bruscamente, que os outros mesmos vão se encarregando disso. Por enquanto digamos está 50% resolvido. Chegar a 100% nesse, como é a saúde hoje ainda não chega. (Enfermeira 4, Município 4)

Essa situação, na óptica do enfermeiro, prejudica o funcionamento e o desenvolvimento de atividades dentro do Programa Saúde da Família,

Fica meio assim, eu querendo ajeitar e não tendo como ajeitar. E isso atrapalha como um todo. Por exemplo se tem uma pessoa que não se propõe em fazer aquilo que foi colocado, que foi pedido, vai atrapalhar querendo ou não. Até mesmo de me limitar a entrar na sala a pedir um favor, um paciente que chegou e não tem mais ficha e aí ta com um probleminha e que na minha avaliação não seria interessante agendar porque seria melhor resolver naquela hora. Mas ele sempre diz: “tem ficha? Tem. Não tem. Não tem.” Então assim limita. Aí tem a questão do humor, se ta num humor favorável: “Não tudo bem pode colocar.” Se não está num humor muito favorável: “Não. Tem ficha? Tem. Não tem ficha. Não tem.” Então você fica assim, eu sinceramente hoje prefiro não entrar na sala dele pra pedir alguma coisa porque nos últimos dias ele vem sempre dando não e isso me estressa. Eu digo logo pro paciente: “Olha a gente tem consulta pra tal dia. Você quer ou você não quer? Não posso fazer nada. É um tratamento e tratamento eu não faço eu faço acompanhamento.” E assim fica. E é aquela coisa a pessoa se questiona pra mim e diz assim: “E aí eu tenho dia pra adoecer?” num demanda dessa eu não sei nem o que responder. (Enfermeira 4, Município 4)

Assim, o médico continua central e hegemônico na equipe de saúde, e isso mesmo quando continua isolado em seu núcleo de competências, sem atuação ou integração compartilhada de responsabilidades dentro da nova lógica do PSF. Isso leva para àquilo que Almeida e Mishima (2001) já alertavam, ou seja, um atendimento centrado na recuperação biológica individual, como se nota na fala de alguns enfermeiros.

Para Peuerweker e Sena (1999), o trabalho interdisciplinar e multiprofissional não representa a anulação de cada saber, mas, pelo contrário, significa sim a integração desses saberes, a atuação conjunta de várias categorias profissionais com o objetivo de promover uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde/doença. Pelos depoimentos, no entanto, vemos que, na prática, ocorre o isolamento desses profissionais.

Nos municípios (exceto a Capital), também se pode perceber que, dadas as condições de trabalho, em que muitas vezes alguns PSFs funcionam sem a presença do profissional médico na equipe, ocorrem situações nas quais o enfermeiro entra no núcleo de atuação do profissional médico, extrapolando seu próprio núcleo de responsabilidades.

Ai a população chega um ponto que diz: “enfermeiro não resolve nada” e que realmente não vai além do que ele pode. Tem uns colegas até que vão. Não é a

realidade? Imagina um assentamento! Eu vou condenar por isso? Ele chega num assentamento. Aqui a gente tem um assentamento que fica a 50 quilometro da sede. Você chega, você vê uma criança com diarreia. Sabe que a mãe não tem dinheiro nem pra pagar a passagem que é dez reais. Vai deixar morrer de diarreia? Se tu tem o remédio, se tu sabe a dose. O que você acha? O que você faria? É difícil gente. Ai você acaba deixando o remédio. A mãe mesmo. Chega pra você e diz: “se você não me der o remédio eu não tenho não, ele morre e eu não vou.” Eu já ouvi mãe dizendo isso. “eu não tenho dinheiro, pra ir” tem muitas vezes esses usuários chega aqui do hospital, ele nem atendido é. Porque não tem mais ficha, e isso não é só aqui não. É porque nem todo mundo fala. O problema maior da saúde no Brasil são essas. Porque tem pessoas que tem mania de mascarar a realidade. Porque quer ganhar o seu que é só título. Mas a maioria desses municípios trabalha com essa realidade. Não tem condições. Não oferece uma qualidade mesmo de serviço ao usuário. Você ta entendendo o que eu to dizendo? (Enfermeira 1, Município 2)

Médico é mais essa questão que eu te falei. Os médicos, eles têm, não sei se porque é cultural também ou de onde vem isso, que enfermeira tem que ser subserviente. Eu não concordo com isso. E as vezes a gente tem dificuldade de por exemplo: em algumas condutas médicas a gente tentar sentar, conversar, e muitos deles já têm opinião formada. E não aceitam que a gente questione algumas. Por exemplo: se o médico prescreve uma medicação, eu não concordei com a medicação que ele prescreveu e eles acham assim: “quem é você pra me dizer qual é a medicação que eu posso ou não posso passar? Qual é o embasamento teórico que você tem enquanto enfermeira pra me questionar?” Então eu já tive problemas desse tipo de não concordar com a medicação que o médico passou e chegar pra dizer: “doutor será que o senhor não poderia modificar isso aqui.” E o médico dizer: “não. Não vou mudar, eu acho que deve ser essa medicação, pronto e acabou.” Então a gente as vezes torna um clima até desagradável dentro da equipe, mas isso foram raríssima vezes. Até porque desde que eu me formei, isso é até um problema também. Eu já trabalhei em muitos PSFs, por muito tempo sozinha sem médico. Aqui eu to tendo médico no momento porque me colocaram, me locaram nesse PSF que tem médico, mas se você pesquisou, se você falou com algum enfermeiro cuja a área esteja descoberta de médico. Eu acho que aqui mais de 50% ta descoberta de médico. Em outro município que eu trabalhei, eu acho que mais de 80% do tempo que eu trabalhei lá, eu fiquei sem médico. Pouquíssimo eu tive contato com o médico. Então assim, do contato que eu tive com o médico, quase eu não tive problemas porque o período era tão curto que só dava tempo dele atender a demanda. Que sempre é reprimida. (Enfermeira 5, Município 2)

Isto sucede parte em virtude da pressão que recebem do sistema local, como secretários de saúde e administradores, e também pelas próprias condições de carência do sistema de saúde em que trabalham, como se depreende das entrevistas. Assim, o enfermeiro, nessas circunstâncias, pressionados pela população e administradores, realiza atividades que sabe não dever realizar, excedendo inclusive os seus limites de atuação.

A Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem no Brasil, determina alguns procedimentos que podem ser realizados pelo profissional de

Enfermagem. Nessa Lei, a Consulta de Enfermagem, feita pelo enfermeiro em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i) e a prescrição de medicamentos, desde que sejam estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (Art. 11, alínea c), são estabelecidos como pontos essenciais para a prática do enfermeiro. A Resolução COFEn nº 195 (de 18 de fevereiro, 1997), determina sobre a legalidade da solicitação de exames por enfermeiros, afirmando, em seu art. 1º, que o enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais. A Resolução COFEn nº 2 permite ao enfermeiro realizar essas atividades desde que nos limites de programas de saúde pública e rotinas que tenham sido aprovadas por instituição de saúde, pública ou privada. Desta forma, está assegurado o direito de os enfermeiros executarem a Consulta de Enfermagem na sua integralidade, podendo, se necessário, diagnosticar, orientar ações de saúde, solicitar exames e prescrever medicações, inclusive escolhendo o fármaco e sua posologia necessários ao tratamento. Segundo o documento Política Nacional de Atenção Básica, editado em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2006), o enfermeiro, conforme protocolos ou normativas técnicas outras estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, pode realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações.

O enfermeiro, então, tem uma amplitude de ações as quais pode realizar, desde que respeitados os limites legais. Pela fala dos entrevistados, porém, nota-se que há certa extrapolação desses procedimentos em algumas situações. Isso pode ser demonstrado pela ocorrência de situações de conflitos e atritos entre enfermeiros e médicos.

Porque a gente tá vivendo um momento bem difícil no município. Eu como profissional eu não to. Você tá sempre ligando o profissional ao trabalho que você está exercitando. Não tem como você separar. Então hoje a gente não tem uma portaria que regulamenta. Pra consulta e prescrição de enfermagem. Nós tivemos colegas que já foram processadas por médicos. Respondendo processo no conselho de medicina.

[...] Porque estavam sozinhas, sem médicos e sem ninguém. No interior, na zona rural. Mais de 30 quilômetros de acesso ao município. Você vê um hipertenso, precisando de medicação, você tem a medicação. Porque ele usa medicação que tá no prontuário, porque você não vai dar? Ela foi processada porque ela solicitou um exame, não foi à medicação. Solicitou um exame que ela pode solicitar, mas não tem portaria. De regulamento. (Enfermeira 1, Município 2)

Apesar disso, essas condições também conduzem a um maior poder do enfermeiro no PSF, levando-o inclusive a questionar alguns procedimentos realizados pelos médicos. Tais situações são provavelmente difíceis de ocorrer no trabalho realizado nos hospitais:

Na primeira eu não tive problema nenhum. A pessoa que eu trabalhava era maravilhosa. O médico que eu trabalhei era maravilhoso também e não tive nenhum problema. Na segunda experiência, como eu disse, eu trabalhei com três profissionais médicos. Dois me deram muita dor de cabeça. Que tipo de dor de cabeça: a primeira, ela tinha uma visão, é até complicado de falar sobre essa experiência, porque vai envolver questões legais e tudo mais. Que era uma pessoa que tinha um hospital, e vinha de outros interiores. Então ela gostava muito de dar um diagnóstico que às vezes não existia. Teve muito problema com relação a isso. Pra ela poder levar a esse hospital, entendeu? Eu tive muito problema com ela em relação a isso. E a visão dela de PSF que não era muito... ela achava, por exemplo: a questão do TB, ela não sabia levar, ela tinha certos, atitudes que não... ela tinha certas atitudes que complicava o andamento do trabalho da gente. E o segundo também era complicado. Foi complicado porque ele tinha umas idéias bem viajantes. Então, no início eu chegava a discutir com ele. Ai depois eu aprendi a lidar com ele. Que era só deixar ele falar e mais nada. (Enfermeiro 3, Município 2)

Em Fortaleza, no entanto, nas duas áreas trabalhadas, a linha que divide o trabalho do médico e do enfermeiro é muito mais rígida, clara e definida, em comparação com os demais municípios. Isso pode ser possível dada a presença maior do profissional médico em Fortaleza, além ainda de outros profissionais de saúde, como dentistas e assistentes sociais, pois o enfermeiro não trabalha tão sozinho. Além disso, nas entrevistas, não apareceu a pressão da administração para que extrapolem essa linha de atuação, como percebido nos demais municípios.

Na Capital do Estado, no entanto, os maiores conflitos que os enfermeiros enfrentam estão ligados ao pessoal de nível médio, aqui incluídos os agentes de saúde. Para muitos enfermeiros, os agentes de saúde da Capital não trabalham como deveriam, como já visto. Essa situação é agravada pelas formas de contratação desses agentes, que ainda não são concursados, mas prestadores de serviços. Portanto, esse contexto difere do resto do Estado, onde a linha de trabalho dos agentes já está mais coordenada e definida, o que se pode perceber inclusive pela surpresa de alguns enfermeiros quando comparam a atuação do agente de saúde nos municípios em geral. Em relação aos outros profissionais de nível médio, os entrevistados apontaram a falta de capacitação desse pessoal, além da alta rotatividade, como problemas que enseja conflitos.

Dentro desse quadro, principalmente fora da Capital, há uma insatisfação do enfermeiro relativamente à remuneração, principalmente quando comparam o salário que recebem e o trabalho que realizam, com o salário pago ao médico e o trabalho que este de fato executa. Para os enfermeiros, apesar das especificidades de cada profissão, dentro do PSF, em virtude da quantidade de tarefas que ficam em sua responsabilidade, o salário deveria se aproximar ao salário do médico, já que este pouco participa das atividades, limitando-se ao atendimento e à realização de consultas.

Tem que vir mais. Porque se a gente for comparar o que o médico ganha e o que o enfermeiro ganha, é uma disparidade enorme. E o enfermeiro, ele tem muito mais atividades que o médico porque o médico é só consulta e vai embora. Ela consultou vai embora, hoje tinha 5 ou 6 gestantes pra ela, atendeu sai por aqui. Eu posso ir? Eu não posso. Vou fechar nota de medicamento, contar medicação (...). (Enfermeira 2, Município 2)

Em termos de salário, eu acho que o enfermeiro deveria ter uma remuneração melhor. Porque hoje, como eu to colocando pra ti, hoje em tudo, em tudo o que vem em termos de serviços, ele vem relacionado ao enfermeiro. Então não é que eu esteja insatisfeita com o que eu estou ganhando, porque pra mim tudo o que vem é bem vindo, mas eu acho, não só acho tenho certeza que deveria ser, a remuneração do enfermeiro deveria ser melhor. Porque todo serviço que vem é em cima do enfermeiro, tudo o que vem, vem direcionado pro enfermeiro. (Enfermeira 4, Município 4)

Mas que a remuneração ainda é inferior porque a desigualdade é exorbitante dos profissionais que trabalham com a mesma coisa e não é a mesma capacitação porque cada um trabalha nas suas áreas diferentes, mas é, acabam se complementando por se complementar eu não entendo porque tem que ser tão diferente.

[...] Eu não sei quanto é que está aqui com relação, porque sempre é o médico, eu não sei como é que está aqui em relação ao médico e eu nem quero ficar sabendo, mas eu acho que deve de está mais de quatro mil reais. No concurso. E a gente é dois. Então pra mim, o dobro é grande. Só pra você ter uma idéia, não aqui, mas tem um outro município que uma amiga minha trabalha que ela disse que pra morar da cidade, pra morar no distrito ofereceram duzentos reais a ele pra ela, além do salário dela, pra ela morar naquele distrito e o médico ofereceram mil e quinhentos reais pra ele morar lá. Então pra você vê o quanto é diferente. Se os dois vão morar no mesmo lugar, pra fazer o mesmo trabalho, porque ela vai aceitar menos pra ela morar lá e não ter a qualidade de vida que ela tinha. É tão assim, não sei nem quantas vezes mais em relação ao outro. (Enfermeira 6, Município 4)

Isso também mostra como, no PSF, o enfermeiro, apesar de não ser reconhecido pelo sistema de saúde, se percebe como igual ao médico. Diferente, portanto, das relações que se estabelecem dentro dos hospitais, onde tradicionalmente o médico é aquele

hierarquicamente em posição superior. Assim, a hierarquia estabelecida entre as profissões tem uma linha mais tênue e menos no PSF, servindo para reconfigurar a visão do enfermeiro sobre a sua profissão.

#### **b) Relação com a estrutura de poder local**

Um dos aspectos analisados, na fala das enfermeiras está relacionado às dificuldades que essas profissionais encontram para exercer seu trabalho no PSF. A relação com os políticos e gestores municipal constitui-se como um dos principais problemas vivenciados na atenção básica de saúde, especialmente fora de Fortaleza.

Duas entrevistadas relataram terem sido constrangidas por vereadores e até pelo prefeito para prestar atendimento à população; outra falou da pressão que havia recebido pelo secretário de saúde para prescrever medicação ou realizar algum procedimento de responsabilidade médica:

É porque eu acho que vem do coronelismo. Aqui no Ceará tem muito disso. Pelo o coronelismo. O povo acha que porque o padrinho é o vereador, nem que seja padrinho de fogueira, mas pra ele vale tudo. Eu digo muito na minha área aqui, se não for filho do Lula, provado em certidão eu não atendo. É. Eu digo muito quando vereador manda bilhetinho pra eu atender a fulaninha que veio do outro município pra eu atender. Porque parece que o vereador está querendo uma nova pontinha lá nesse município ai traz pessoas pra atender com o dinheiro daqui, com os remédios daqui, gosta de fazer muito essas coisas. Tem coisas que eu grito, eu não tenho medo, se eu perder meu emprego eu vou atrás em outro lugar. (Enfermeira 3, Município 3)

A própria população e até mesmo o próprio gestor, os próprios poderes do município acabam exigindo tudo isso do próprio enfermeiro. De repente se você que está vamos supor, o enfermeiro não é pra ta atendendo ninguém que esteja desidratado, todos esse tipos de consultas é pra ir pro médico. E se você não atende se disser: “não vou atender porque não sou médico”. Então, acaba vindo vereador, prefeito, pra saber porque você não atendeu aquela pessoa. Quando vem, a gente conversa com eles, explica, mas mesmo assim eles exigem que a gente atenda. (Enfermeira 4, Município 3)

Na maioria das vezes quando eles vêm, até o posto ou é trazendo eleitores deles ou familiares. Ai eles vêm até o posto, faz aquela revolução porque não tem médico e já sabendo eles que não tem médico. Porque eles fazem parte do poder do município. Então, se eles não sabem que tem médico o que tipo de vereadores são aqueles? [...] mas os vereadores que foram eleitos que estão à frente do povo é pra saber, mas não sabem qual é a função da enfermeira, qual a função do médico. Acham que enfermeiro pode prescrever qualquer coisa [...] Eles querem saber se a

pessoa é atendida, principalmente se é um eleitor dele. Quer saber se a pessoa saiu satisfeita. (Enfermeira 4, Município 3)

Os entrevistados também reclamam da falta de autonomia da secretaria de saúde perante o prefeito e do “nepotismo” existente na administração municipal nas cidades do interior do Estado:

[...] eu analiso a gestão de forma leiga porque eu não tenho conhecimento de assumir uma secretaria de saúde, eu creio que é muito difícil. Secretaria e prefeitura. Mas como leiga eu acredito que não sei se por falta de competência ou porque a secretaria de saúde não tem autonomia pra decidir o que é o certo e o prefeito é que manda na verdade, não sei, mas não ta bem e isso é 100% da população do município. (Enfermeira 3, Município 2)

O município paga mal, paga atrasado, nós estamos no final de Março e nós ainda não recebemos o salário de Fevereiro. O prefeito faz vista grossa, a secretária de saúde é a irmã dele num ta nem aí, o nepotismo aqui nem funciona, os vereadores aqui é tudo da situação, não tem nenhum da oposição e acontece que você fica ao Deus dará. Esperando a boa vontade do prefeito de pagar, entrar um recurso Federal que no meu ponto de vista o dinheiro era pra entrar na conta do profissional de saúde e não pra conta da prefeitura, porque eles descontam tudo, fazem de tudo pra descontar o seu dinheiro e você ficar com um “salariozim” lá em baixo. (Enfermeiro 2, Município 3).

[...] hoje é um prefeito, amanhã é outro e depois vem outro que começou a política agora não sabe as obrigações, os deveres não sabe nada. Só sabe o que? Se vem dinheiro. “Ah você ganhava tanto, pois vai continuar ganhando do mesmo tanto” [...] na minha opinião, esse negócio de municipalização, seria bom se tivesse um gestor que quisesse fazer saúde, então seria importante pra mim. Enquanto não tiver que não queira fazer saúde, o município não vai pra frente, em termos de saúde não vai não e a politicagem continua. (Enfermeiro 2, Município 3)

A desorganização na transição de uma gestão para outra e a falta de acesso, a ausência do diálogo com os gestores de saúde dos municípios interioranos foi mais um dos aspectos que criou obstáculos ao desenvolvimento das atividades dos profissionais de saúde. Uma das enfermeiras afirmou que a “perseguição política”, sofrida em outra cidade, a levou a se transferir de município.

Aqui nós temos à coordenadora, que teve uma mudança agora. Todos os problemas que você tiver, você vai pra coordenadora. A gestora você praticamente não tem acesso. Você chegar pros gestor e dizer que estou precisando disso ou estar acontecendo isso. Inclusive eu particularmente nunca fui bater a porta e tentar, mas tem relatos de outras pessoas que tentaram e nunca conseguiram. Porque a chefe ta ocupada, porque não dá pra atender agora. Já aconteceu isso, com pessoas perguntar onde estava à gestora e a pessoa dizer: “ela viajou pra Fortaleza.” E eu

com problema de carro, esperando um transporte chegar, vi que a secretária estava lá. Então você vê que é a questão acesso mesmo. (Enfermeira 3, Município 2).

A gente tem contato com eles [usuários] na rua, quando vai pra consultar, as vezes eles comentam alguma coisa. “Você trabalhava onde? Não sei o que...” A gente responde. Eu não minto. “Eu vim pra cá por causa de perseguição política.” Mas no começo, agora não eles já se acostumaram. (Enfermeira 1, Município 4)

Tomando por base o depoimento dos profissionais de Enfermagem que atuam em Fortaleza, percebe-se não haver a interferência política da maneira como acontece nos demais municípios contemplados pela pesquisa. As pessoas entrevistadas solicitam mais empenho dos gestores municipais, mas, ao mesmo tempo, afirmam que o PSF progride por conta do trabalho da atual administração.

Eu acho assim, a base é assim, você tem que ter gestor comprometido, ter gestor que realmente acredite na estratégia porque se você não tiver acontece o que estava acontecendo aqui em Fortaleza, no município de Fortaleza que onde realmente era o caos. A nova, a prefeita pegou a atenção básica daqui, a saúde em uma maneira geral, um caos, em decorrência da falta de estrutura da atenção básica, onde municípios de pequeno porte, que há muito tempo tem saúde da família e aqui em Fortaleza praticamente ta começando agora, as coisas fluírem e a gente vê que os resultados, o impacto é a longo prazo... (Enfermeira 2, Município 1)

É uma coisa que não tem volta, que tem melhora daqui pra frente, depende do compromisso do gestor, de ter uma imagem nessa gestão ta engajado, ta empenhado, a prova é tanto que esse concurso, eu acho que os profissionais que entraram tem gente que entrou que não tem perfil, que não gosta, quer fazer disso um bico e não dá certo porque prejudica a comunidade. A resolubilidade é boa, é grande, a gente resolve muita coisa na atenção primaria, a gente dá muito resolubilidade, coisa banal que ia pro hospital agora a gente consegue resolver. Só que tem os entraves que é a fila de espera que tem coisa que não cabe a gente, tem as referências, tem aquela demora, mas eu acho que o PSF é muito, muito importante. Esse povo ganha muito com o PSF. Isso porque eu sou suspeita em falar porque eu amo muito isso. Desde o começo que eu sempre gostei, mas eu acho que é um programa sem volta. É daqui pra melhor. Acertamos mesmo. (Enfermeira 4, Município 1)

Os enfermeiros acreditam que o clientelismo e a transição de uma administração municipal para outra, em algumas cidades, interfere no PSF. Uma delas disse que muitos profissionais eram admitidos por indicação política enquanto a outra enfermeira ressaltou a importância do concurso realizado em Fortaleza.

Os que eu trabalhei, era assim, o pessoal era muito clientelista, né? Os políticos, os gestores não tinham a menor, os dois únicos que eu trabalhei, né? De interior, os políticos, eles não tinham noção do que era PSF. Até porque quando eu saí da Universidade em 95, foi o ano que o PSF tava se formando [...] Mas sempre levava

muito em conta a questão política né? Das coisas, empregos, o acesso dos profissionais aos locais de trabalho eram muito ligados a quem indicava né? Hoje em dia isso tá mudando, né? Isso aí eu já acho que é um grande avanço. A questão do concurso em Fortaleza e nos interiores, eu acho que é um avanço e tanto. (Enfermeira 6, Município 1)

O que era que acontecia? Se colocava uma equipe na comunidade, daqui a pouco o médico saía, a política mudava, o prefeito e vereador quebrava essa equipe. Saía o médico, saía enfermeiro e a comunidade... [...] Então com esse estabelecimento, vínculo empregatício a partir de agora que nós somos funcionários públicos, eu acredito que isso venha melhorar em todos os sentidos na ESF e o principal é o vínculo. Que a gente está com estabilidade no local, a gente vai ter mais condições de está trabalhando com essa comunidade sem correr o risco da gente sair por qualquer outro motivo. (Enfermeira 2, Município 1).

### **c) Vínculo Profissional**

Apesar desses problemas possíveis de constatar nas entrevistas, nos últimos anos, no entanto, foram implementadas algumas medidas que contribuíram para promover maior satisfação do enfermeiro em relação ao trabalho no PSF. Uma das principais mudanças está relacionada à realização de concurso público para a seleção de enfermeiros e médicos a serem alocados nos PSFs dos municípios cearenses.

Em outubro de 2005, o Secretário da Administração e o Secretário da Saúde do Estado do Ceará divulgaram a abertura das inscrições do I Concurso Público Unificado de Base Local no Estado / Programa Saúde da Família, por meio de Edital nº 002 / 2005, destinado ao provimento dos cargos ou empregos de médico, enfermeiro e cirurgião-dentista. A iniciativa, pioneira no Brasil, teve por objetivo resolver o problema da falta de profissionais nas equipes e ampliar o seu número, trazendo mais e melhores resultados nos indicadores de saúde. Embora o PSF estivesse implantado há 11 anos no Ceará, a cobertura no Estado era de 54%, pois das 1.726 equipes do PSF qualificadas, apenas 1.311 estavam funcionando.

Dos 184 municípios cearenses, 118 aderiram ao concurso, havendo a oferta de 4.339 vagas, assim distribuídas: 1.593 para médicos, 1.399 para enfermeiros e 1.347 para cirurgiões-dentistas. Em cada uma das categorias, foi reservado um percentual para portadores de deficiência. O concurso abrangeu duas etapas, sendo a primeira constituída por uma prova de conhecimentos gerais (saúde coletiva) e prova de conhecimentos específicos, e a segunda uma prova de títulos. Todos os municípios pesquisados aderiram

ao concurso unificado estadual, embora no Município de Itatira apenas uma das enfermeiras entrevistadas fosse concursada, pois o município não conseguiu preencher todas as suas vagas abertas durante a efetivação do concurso.

A realização do concurso representou grande passo na resolução do grave problema da rotatividade da equipe, justificada, na maioria das vezes, pela precarização das relações funcionais que tinham como consequência a descontinuidade das ações e o enfraquecimento dos vínculos estabelecidos entre as famílias e as equipes do PSF.

A importância do concurso consiste no fato de possibilitar aos profissionais o direito a algumas garantias trabalhistas as quais até então eles não tinham tido acesso, em razão das formas de contratação vigentes.

(...) chegar no final do ano e receber o décimo terceiro, chegar as minhas férias e ter direito as minhas férias. Trinta dias seguidos, coisa que eu nunca tinha tido e já tive agora pela a primeira vez, e ser remunerada em relação a isso, ter direito a uma licença, porque vou me submeter ao procedimento cirúrgico, como também já aconteceu e sem ter problema algum. Então com relação a isso eu to muito satisfeita.

[...] O ponto positivo que eu vejo em relação ao funcionário concursado é você ter uma estabilidade, mas em relação ao meu trabalho eu continuo desenvolvendo da mesma forma. A gente só não se preocupa mais assim com possíveis demissões, é só a estabilidade mesmo, você está trabalhando mais sossegada, mais tranqüila. Mas com relação ao desenvolvimento das atividades ta igual.

(Enfermeira 4, Município 4)

Olha, eu já trabalhei sem vínculo empregatício, já trabalhei no interior, e quando eu fui ter neném, faltava praticamente uma semana pra eu ter neném e coincidia faltar uma semana pra eu completar um ano de trabalho. Porque o trabalho foi de um contrato temporário, e você acredita que o prefeito me demitiu, porque se eu tivesse ficado até depois do contrato, eu não teria mais contrato temporário, e eu teria direito a licença a maternidade. Mas ele me demitiu antes, então eu sai do interior sem nada. Então foi quando eu fui em casa fiquei em casa, tive neném, fiquei em casa, passei na residência. Então assim, entre trabalhar sem vínculo empregatício sem acontecer uma segurança, a qualquer momento pode ser colocado pra fora, você não trabalha com aquela segurança de quem está com estabilidade, e já que depois do concurso, a diferença é grande. (Enfermeira 9, Município 1)

Outro fator importante é que, apesar de afirmarem que o concurso contribui para garantir maior satisfação com o trabalho, haja vista os direitos conseguidos, este não modificou a forma como já vinham atuando. Apesar disso, reconhecem que o concurso contribui para garantir certa tranqüilidade no trabalho e, conseqüentemente, também, para aumentar o vinculo com a comunidade, melhorando assim, as relações com a população

que atendem, uma vez que favorece a diminuição da alta taxa de rotatividade dos profissionais nos municípios.

Porque o vínculo é pra sempre. Só se caso eu passe no concurso federal, porque mesmo eu passando no estadual, ou eu me mude pra morar em... eu não vou deixar um concurso público! Então isso permite que o profissional fique na área, faça o vínculo com aquela comunidade e não fique pulando de galho em galho por um salário melhor, por condições de um trabalho melhor. Você se sente mais seguro. Mesmo eu estando em estágio probatório, que são 3 anos, mas isso me dá segurança de ter décimo terceiro, férias, todos os seus direitos trabalhistas, que nunca nós percamos esses direitos. É muito bom. Você tem segurança pela a vida toda. E a comunidade vai ter os mesmos, não vai ficando aquele rodízio de profissionais que acontece, ainda acontece. Você chega a um profissional... por isso o prontuário é importante, pra saber a história do paciente, pra saber o que o outro profissional fez. Mas ai quando você é concursado, com certeza ganha o profissional, ganha a comunidade. (Enfermeira 11, Município 1)

O concurso eu acho essencial pra o Programa Saúde da Família, até porque o Programa Saúde da Família, ele quer um elo do profissional com a comunidade. Pois se ele quer esse elo pra não ter aquele rodízio de profissional. Profissional sai profissional entra. Ele tem que ter um profissional concursado, não é o profissional que ta ali passando uma chuva, passando um tempo e depois sai. Não é assim não. Tem que ser um profissional concursado, tem que ter os direitos dele e tem que ter os seus deveres também. Tem que treinar. Isso eu acho a principal função e eu gosto muito de realizar. Eu não me sinto uma pessoa subalterna. Que a qualquer hora pode botar pra fora. (Enfermeiro 1, Município 1)

Isso a longo prazo pode levar a uma melhoria da qualidade do atendimento, já que, de acordo com os enfermeiros, possibilita aos profissionais um melhor conhecimento da área onde trabalham. Mostrando os benefícios do concurso em relação a esse conhecimento, os entrevistados destacam:

Como por exemplo: eu peguei uma gestante magrinha e a minha agente de saúde disse “Ela sempre foi magra.” E eu sempre batendo na tecla nutricional, dela se alimentar. E o bebê dela estava bem, até que ela foi pra ginecologista, ele foi fazer um pré-natal, e a ginecologista achou que a criança estava com retardo de crescimento uterino. Que a barriga dela estava pequena e que ela era uma gestante desnutrida. Ai eu fui questionar com ela porque eu não concordava com ela por causa do histórico dela, pelo o que a agente de saúde tinha falado, sempre foi aquela estrutura. E eu fui muito questionada pela ginecologista. Até que ela veio pra Fortaleza [a gestante] e o ginecologista do César Carlos fez uma carta de ginecologista pra ginecologista. Dizendo: “Essa é a estrutura física. Essa gestante não está desnutrida...” Aquilo ali, eu deveria ter tirado uma xerox. De como é importante o agente de saúde, a história da paciente. (Enfermeira 11, Município 1.).

Até porque vê assim. Eu vim pra ficar, eu to aqui pra ficar. Agora tem raiz. Eu tenho que dá o meu melhor, fazer o meu melhor porque eu vou cuidar de uma criança, de uma gestante por exemplo que ta, de uma gestante agora, o bebê vai

nascer, eu vou acompanhar esse neném. Então vai ter toda aquela evolução. Eu vou cuidar daquela família. Aquela família tem um avô que é hipertenso, tem aquela gestante e ela tem aquele bebê. Então é aquele vínculo que eu sei que eu vou ficar, que eu to aqui pra ficar. Então eu vou oferecer o meu melhor que eu vou vê os resultados daqui há 2, 3, 5, 10 anos. Eu deixei a minha contribuição, eu deixei a minha marca. Aquela família eu deixei o meu melhor, eu fiz o que eu pude. Então a questão do vínculo é essa. É você trabalhar naquela tranquilidade de que eu não vou sair daqui, se a prefeita mudar porque eu fui submetida a um concurso e eu amar o que eu faço porque eu adoro o que eu faço. (Enfermeiro 1, Município 1)

Isto pode levar inclusive ao envolvimento em outras lutas comunitárias por reivindicações de melhores condições, extrapolando inclusive a atuação dentro do sistema de saúde. Isso se dá principalmente porque o profissional não tem mais aquele medo de ser demitido a qualquer momento.

Porque hoje em dia eu não me sinto mais uma pessoa tão insegura. Se eu achar que determinada atuação do gestor for errada, eu junto com a comunidade, a gente pode... é até uma função do PSF também: lutar pra melhoria. Se está faltando esgoto, estar faltando mais policiais, entendeu? A gente pode instigar a comunidade a se formar enquanto grupo e lutar pelos direitos dela. E eu não me sinto inseguro não. Eu luto. Eu digo pra eles. Eu acho que é o que existia antes quando eu não era concursado. Eu tinha muito medo de perder o meu emprego e eu me calava com algumas coisas erradas. Hoje em dia não. Se um médico não quer fazer determinada coisa, eu falo, dou a minha opinião e eu me sinto um profissional mais seguro. Eu acho que é vantagem a prefeitura investir no profissional. (Enfermeiro 1, Município 1)

Assim, como se vê pelos trechos de algumas entrevistas, outro importante aspecto em relação ao vínculo é que ele também contribui significativamente para enfraquecer a dependência do enfermeiro em relação às disputas políticas locais e estruturas de poder, que, como já se viu, exerce grande pressão sobre o trabalho do enfermeiro, podendo inclusive garantir força nas situações em que são forçados a fazer atendimento.

Ajuda com certeza. Porque você se sente mais seguro. O meu emprego eu via muito instável. Eu nunca sabia. Quando mudava uma gestão, mudou o prefeito eu “Vixe, e agora? Vai sair todo mundo, vão botar só os deles.” Era uma coisa que a gente temia. Hoje em dia não. Sai Luizianne, volta, entre outro, eu tô fazendo o meu papel, não fazendo nada de errado, eu continuo trabalhando. Sou concursada, servidor, é outra história.

Ele ajuda porque eu passei por Trairí, Paraipaba, Capistrano, Paracurú e agora Fortaleza. E a gente nota que o profissional de saúde, muitas vezes no interior, ele é muito usado. Então muitas vezes quando os líderes políticos ou o vereador, prefeito ou alguém que tenha um envolvimento, interesse político na comunidade, ele começa a vê o profissional que se destaca na comunidade, que fala, que de referência, ele tenta fazer a politicagem. Eu acho que com o concurso público isso não acontece porque o profissional também, o profissional sabe. Eu passei 4 anos

no Trairí, o fato de eu trabalhar pra essa administração, se ela perder automaticamente eu saio, sem eles saberem o que eu fiz na comunidade, o que eu deixei, então o trabalho, ele vai auto se destruindo. Porque eles não querem nem saber, ou ele lhe tira de dentro da comunidade que você tem vínculo, que é juntamente o que o PSF se propõe. Você passa 4 anos então você já sabe ali mais ou menos. Mesmo que ele não demita, ele te tira da equipe e lhe bota em outra equipe pra você começar tudo do zero. (Enfermeira 12, Município 1)

Faz porque você tem uma segurança maior. Quando você não é concursado, o que é hoje, não é amanhã, e você sai do mesmo jeito que entrou. Não tem nada. A não ser que você tenha suas reservas. Ai vem a questão política, se você quiser que eu esteja hoje, eu estou se não quiser eu não estou não. É complicado e o efetivo não, tem uma segurança maior. (Enfermeiro 2, Município 2)

Essa maior estabilidade pode inclusive garantir ao profissional de enfermagem maior segurança para recusar realizar atividades que não dizem respeito às suas competências ou núcleo de atuação.

Eu acho. Muito. Porque a gente sente um pouco mais protegida. Digamos assim, juridicamente. Enquanto a gente é serviço prestado, a gente está sempre com aquele receio de a qualquer momento ser demitido, que eles vão colocar uma pessoa deles, um parente, uma indicação, a gente está sempre com esse receio e com o concurso não. Lógico que a gente sabe que o cargo da gente não é vitalício, tanto como os outros a gente tem as mesmas obrigações, mas a gente fica um pouquinho mais seguro dentro do trabalho e com isso a gente consegue desenvolver melhor. Eu acho. Antes quando eu era prestação de serviço, eles batiam o pé no chão e diziam: “você tem que fazer isso.” Vou fazer isso porque eu sou obrigada a fazer determinada coisa que você não quer. Isso não é da minha alçada, e agora não. Chega caso aqui que eu digo que eu não vou atender porque não é serviço da minha área. “Você tem que procurar um médico.” Ta entendendo? A gente se sente um pouco mais segura, não ta voltado os pacientes, você ta encaminhado pro médico. A gente ta dizendo “eu não vou atender porque não é da minha área não posso fazer.” Eu acho assim. (Enfermeira 5, Município 2)

#### **4.5 Relação com os usuários e mudanças no comportamento da comunidade**

Segundo Araújo (2004-2005), o PSF contempla em sua proposta teórica uma maneira de trabalhar, na qual se estimula a formação de vínculos entre os profissionais da área e as famílias envolvidas, além do desenvolvimento de uma postura crítica e criativa ao encarar os problemas de saúde da comunidade. Para esse autor, o que se deve buscar é uma relação na qual vínculos são criados e fortalecidos numa perspectiva de mudança do atendimento da saúde, num modelo mais abrangente que esteja em consonância com o padrão vigente.

Assim, a relação com os usuários é de fundamental importância para que o PSF alcance resultados.

Nos municípios pesquisados, o relacionamento com a comunidade é tido como positivo, percebendo-se que, aos poucos, são criados laços de respeito e confiança entre profissionais e população. Esses laços, que inicialmente podem ser conflituosos, com o passar do tempo, se transformam:

Eu sinto que tem um respeito, eles confiam, tem um relacionamento muito grande de confiança, de respeito, uma relação boa. (Enfermeira 1, Município 2)

Assim que eu cheguei já me disseram que era uma população bem difícil, bem precária, pobre mesmo, muita droga, desde a adolescência, só riscos. Uma área de risco mesmo. E no início na adaptação e tudo, teve alguns conflitos até você mostrar seu trabalho, mostrar como você é, mas nada sério. E hoje em dia anda bem. A gente procura realmente tornar um profissional da família mesmo, pra assistir a família mesmo e não só a doença. (Enfermeira 4, Município 2)

Boa. Eu gosto de ser enfermeira. É uma relação boa de confiança. Eles realmente entram naquela sala fecham a porta e querem ser ouvidos e eu tenho que ouvir e me sinto bem ouvindo e podendo ajudar porque eu fui preparada pra isso pra ouvir. (Enfermeira 5, Município 3)

Eu tento ter um vínculo. Pelo mesmo quando você conhece a pessoa e trata pelo o nome já é um vínculo e aí a pessoa se sente à vontade de retornar. Eu acho que isso já é alguma coisa. E não sei te dizer se é bom ou se é ruim. Eu me sinto bem com os usuários [...] No meu ponto de vista eu sei conduzir isso aí que eu acho que é boa. Ótimo seria demais. Já no deles eu não sei se eu atendo as expectativas deles. (Enfermeira 6, Município 4)

Nestas falas, existe preocupação do enfermeiro com o acolhimento e a maneira de lidar com o paciente. Uma relação de respeito e amizade é citada em vários relatos, principalmente no interior, onde os laços vinculares são mais próximos e todos se relacionam com todos em vários locais. O enfermeiro passa a ser considerado como fazendo parte da comunidade, uma pessoa boa, respeitada, e que se importa com a qualidade de vida das pessoas daquele lugar:

Depois de cinco anos aqui a gente tem uma relação de amizade, por conta que eu já entro nas suas casas a bastante tempo, conheço o usuário. É tanto que as meninas começam a rir quando chega gente nova na área. Se chegar gente nova eu pergunto “você é nova aqui na área há quanto tempo?” é tanto que eles começam a rir “a senhora conhece?” e eu digo: “conheço.” Então cinco anos trabalhando eu posso dizer que eu conheço o seu Raimundo. Entendeu? Que eu posso entrar na sua casa, sei os seus problemas, sei a sua vida, sei o que eles comem, sei a dificuldade, então, é um relacionamento muito bom porque é um relacionamento de amizade, de briga também, que eu puxo muito a orelha, vou atrás, ele já sabem tanto como é o meu

estilo de trabalho que não me dão muitas, tem umas que me dão dor de cabeça, mas ele já sabe “a doutora não vai aceitar isso.” É tanto que eles já chegam “doutora a senhora vai brigar comigo”. (Enfermeira 3, Município 4)

É uma relação como se fosse de amigo mesmo porque eu procuro conhece todo mundo pelo nome e graças a Deus eu tenho uma boa memória e decoro mesmo o nome de todo mundo, o parentesco, se é pai, se é mãe, se é irmão, se é sobrinho. Eu procuro relacionar dessa forma pelo parentesco deles [...] Então a gente se relaciona dessa formar. (Enfermeira 5, Município 4)

Bom eu costumo ter uma relação muito boa com os usuários, até porque eu gosto muito de informar, eu gosto de saber, eu gosto de perguntar. Eu não gosto só que a gestante entre no consultório e eu olhe a altura, olhe o batimento, olhe a idade gestacional e mande embora não. Gosto de saber se ela tem uma boa relação com o esposo, se ela ta aceitando aquela criança, principalmente se for uma adolescente, se foi planejada aquela criança, se ela já tem uma relação estável. Então eu acabo por intrometer um pouco na vida pessoal da pessoa de querer saber realmente o quê se passa na cabeça daquela pessoa, se aquela criança não veio apenas por um simples erro. Eu gosto muito de trabalhar com pessoas [...] Acabo por envolver os maridos, peço para que os maridos venham escutar o coraçãozinho, se for namorado vir e eles vêm. (Enfermeira 4, Município 3)

Outro ponto observado nas falas é o fato de que o enfermeiro se sente valorizado pela comunidade. O apoio desta fortalece a importância do trabalho do enfermeiro dentro da equipe e faz com ele seja reconhecido como tão importante quanto o médico. Além disso, como divisado nos tópicos 4.2 e 4.3, o profissional de enfermagem assume no PSF uma quantidade maior de funções comparado com o profissional médico, situação essa que também contribui para que ele esteja mais presente junto à população e, portanto, tenha até mais destaque do que o profissional médico. Araújo (2004-2005) aponta para a valorização que o PSF pode trazer ao enfermeiro, ao destacar que este profissional tem uma participação igualitária nas decisões tomadas pela equipe, principalmente junto ao médico. Outro aspecto é a sua relação com a comunidade e a forma como esta o vê na escala hierárquica, não estabelecendo muita diferença entre o enfermeiro e o médico.

A criação de vínculos iniciais, seguida da sensação de aumento da atenção e cuidado sentido por parte da população, aumenta a confiança no trabalho do profissional, que passa e ter mais oportunidade de ensinar coisas novas e conseguir mudanças nas atitudes, melhorando a qualidade de vida da população.

Oliveira e Marcon (2007), em estudo sobre o Programa Saúde da Família, também observaram que o fortalecimento do vínculo ajuda na obtenção de informações, pois os enfermeiros conseguem maior facilidade de acesso e de aceitação das orientações

realizadas. Isso, por sua vez, beneficia a prática profissional, pois a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecidos com as famílias favorecem a qualidade da assistência e, como consequência, entre outros aspectos, resulta na maior gratificação pessoal e profissional.

[...] Quando me diz o nome, quando me diz a rua, eu sei. Às vezes quando eu estou no hospital e vejo que é da minha área, eu já conheço todo o histórico dele, eu já sei como ajudá-lo. Então a família em si, essa, o PSF veio mais pra gente conhecer a nossa população. Conhecer aquilo que você trabalha, não deixar tão solto e a gente não saber o histórico de doenças ou histórico da família, que às vezes você vem aqui, não é só pra, eles vem aqui quando tem um apoio, quando eles conhecem, ele vem pra conversar, ele vem aqui pra contar seus problemas. O nosso consultório serve de sentimental, de ajuda psicológica, serve de tudo. Então, eles não procuram a gente só pela doença. Esse vínculo é importante. Que hoje são poucos que tem, porque se você vier daqui a uns dois meses, passar por algum PSF, você vai vê que não é mais a mesma enfermeira. Não é. Isso é que prejudica o PSF em si é essa rotatividade. Porque se não tivesse, se o governo tivesse feito estratégia pra fixar o profissional dentro da sua comunidade que ele escolheu, não teria tanto essa rotatividade. Hoje nos estaríamos conhecendo a nossa real população. Hoje eu posso dizer, tanto eu como a enfermeira de Santa Lucia que somos nós duas que trabalhamos há mais tempo aqui, que a gente conhece a nossa população. (Enfermeira 3, Município 4)

O Programa Saúde da Família, eu acho que é uma maneira de você está mais próxima da sua clientela. Uma maneira que a política... que encontrou mesmo de deixar o profissional mais a vontade com a comunidade e atuar diretamente na promoção da saúde, na prevenção de doenças e se socializar mais com a clientela. Eu acho que basicamente é isso. Eu adoro meu trabalho, adoro trabalhar no PSF exatamente por essa maior aproximação que eu tenho com os clientes, com os usuários, a questão das visitas, de conhecer, ter um contato maior, ter a preocupação de chamá-los pelo nome, de conhecer a realidade deles. Então eu acho que é muito mais do que um programa, eu acho que é um contato que o profissional tem com os usuários com a comunidade e tem que gostar de fazer o PSF porque não é muito fácil, não são resultados rápidos todo esse trabalho em cima da educação e saúde que é uma coisa pra ser conseguida a longo prazo, não é uma coisa de imediato, mas que é muito gostoso de fazer. Eu gosto muito de atuar no PSF. (Enfermeira 5, Município 4)

Apesar de alguns enfermeiros descreverem algumas dificuldades no trato com a população, no geral, acentuam o fato de que essa relação é positiva, como visto. Muitas vezes destacam que essa relação positiva ocorre muito em função da sua atuação e da qualidade do trabalho que desenvolvem. Segundo relato dos enfermeiros, a comunidade se sente valorizada com a atenção e passa a confiar e tentar seguir as orientações dadas. Dessa maneira, o profissional consegue alcançar os resultados preconizados pelo programa.

É normal. Eles já me conhecem, pelo o tempo de serviço que eu to aqui. Não tenho nenhum problema não. Às vezes aparece alguém que quer fazer confusão, mas pessoal às vezes se alteram, mas dá pra levar. (Enfermeira 1, Município 3)

Geralmente é boa. Não diria que é ótima, mas é boa porque a população é um pouco complicada. A gente aqui tem que ter muito tato, ter muita paciência [...] mas a gente consegue levar bem, com conversa, com jeito, a gente consegue ter uma relação boa com a comunidade. (Enfermeira 2, Município 4)

Apesar de um bom relacionamento, contudo, alguns problemas e dificuldades foram apontados, tendo ligação principalmente com questões relacionadas à disputa de poder dentro da comunidade, problemas políticos e ineficiência na administração e organização da equipes, como vistos no Tópico 4.2 e 4.3.

Algumas falas parecem sugerir certa dependência da população ao trabalho do enfermeiro, dando poder e controle por parte desse profissional dentro do Programa, como se ele fosse responsável pela resolução dos problemas.

[...] Mas como muitas vezes o usuário acha que você está ali resolve tudo, é um faz tudo. No caso o enfermeiro é um faz tudo. Procura você e não procura ela. E muitas vezes ela não está na localidade. Muitas vezes ela não ta porque o consultório não está funcionando, ela não vai. Ai sobra pro enfermeiro. Hoje eu estava sozinho no posto, eu e duas auxiliares de enfermagem. (Enfermeira 2, Município 3)

Quando questionados acerca de suas percepções em relação a mudanças observadas na comunidade, a opinião dos enfermeiros parece bastante otimista, mesmo apontando para uma mudança que não seria imediata, mas sim a médio o longo prazo. Há o entendimento de que se trata de um processo de mudança, no qual todos estão envolvidos, sendo co-responsáveis pelos sucessos e dificuldades:

Principalmente que a gente trabalha bem essa parte de educação e promoção. Como eu te falei, essa parte de alimentação, as pessoas acabam compreendendo que é muito importante ter a uma alimentação mais adequada. As crianças recém-nascidas, muitas mulheres não querem amamentar e a gente orienta. Diz a importância da alimentação e elas acabam percebendo a importância disso. As próprias crianças maiores com relação à alimentação, com relação à higiene. Eu acho que provoca sim, provoca mudanças de pensamento nas pessoas. Acabam vendo que a gente ta aqui pra ajudar a elas e acabam compreendendo e seguindo algumas orientações da gente. Nem sempre e nem todas, mas na maioria dos casos as pessoas aceitam o nosso trabalho e são bem receptivas a ele e acabam mudando a sua forma de pensar e de agir. (Enfermeira 2, Município 4)

Se você fizer um trabalho com a comunidade, ela tem melhorado. Eu gosto muito de ir as escolas dar palestras, gosto muito de falar em público, eu gosto de falar. Eu gosto de saúde pública por mais que eu ache que a parte assistencial é melhor pra

enfermagem, porque você vai fazer só o seu papel, mas eu gosto muito de trabalhar com pessoas, principalmente com pessoas carente, que no interior a gente tem mais que são os que procuram o PSF. Então assim eu vejo que se você for conversar, eu converso muito com adolescentes nas escolas que é o meu público alvo, eu gosto de trabalhar com eles. Então você vê muda um pouco a concepção das pessoas que não têm informação nenhuma. Então toda vida que eu vou ao colégio, eu vejo que já mudou um pouco e que eles querem puxar de mim mais e mais, aprender mais e mais. A mesma coisa é com a população. Quando ela entra na sala e conversa comigo que eu oriento como é que se deve... que tipo de comida deve comer, que tipo de exercício que deve fazer, eu noto que eles mudam um pouco os atos deles só que não é todo profissional que tem essa paciência de ta dentro do consultório informando o paciente de como é que deve ser e não somente entregando remédio. (Enfermeira 4, Município 3)

Os enfermeiros parecem ter consciência de que mudar é uma atitude complexa que exige um trabalho permanente de conquista diária e que a participação dos usuários é essencial nesse processo, assim como o trabalho em equipe e a intersetorialidade. Um dos pontos que atrapalha essa mudança e o atendimento efetivo do PSF é exatamente a visão curativa e assistencialista, com grande influência da consulta exclusivamente médica. Destacam, no entanto, que essa visão vai se modificando no momento em que a comunidade alcança e entende o que significa o PSF.

Um dos pontos principais de mudança por parte da comunidade é em relação a melhoria do acesso e aumento da cobertura; assim como a possibilidade de realizar atividades de educação, aumentando as possibilidades de atuação em outros lugares que não o posto de saúde.

Eu acho que é a facilidade apesar desses pontos que eu mencionei, mas a facilidade do atendimento. Você ter uma equipe na área e saber que pode contar com ela. Que diariamente a gente vê nos noticiários as pessoas vindo pegando filas e não conseguem atendimento. Graças a Deus aqui, posso responder pela minha área e por esse município. Isso não ocorre. Algumas pessoas realmente não têm paciência de esperar e vão embora sem atendimento mesmo, mas as pessoas que têm paciência de esperar, todas são atendidas. Eu acho que facilitou mais isso. O meu PSF tem mais de dez anos que ele funciona e antigamente... eu perguntei como era a história antes e as pessoas vinham pra cá e eram atendidas no centro de saúde. Então era aquela região, mais outra região quer dizer se tornava mais difícil as pessoas chegarem o final do dia e serem atendidas. E eu acho que com o PSF na área facilita mais o atendimento e consultas e até mesmo até mesmo educação e saúde que a gente faz nas escolas. Numa época dessas de campanha de vacina, de programa da dengue, programa de saúde coletiva mais assim em relação à dengue a gente vai esclarecendo o estudante, aos pais, então assim facilita muito em relação assim essa nossa aproximação. (Enfermeira 5, Município 4)

Eu acho assim como eu já falei em termos de positividade. Porque quando você tem uma equipe dentro de um bairro, é diferente de você ser único pro município

todo. Então fica melhor de ser trabalhado porque você vai ter aquela visão de trabalhar, dar prioridade os pacientes da sua área e fazer com que cubra todo o atendimento pra aquela clientela. Então como eu digo de nunca vai ter... sempre vai ter alguém que vai no hospital, sempre vai ter alguém que costuma, que gosta mais do médico tal, aí tem essa questão. (Enfermeira 4, Município 4)

Nota-se, também em Fortaleza:

É você percebe, melhora no acesso ao serviço como eu tava te dizendo. Como eu tava conversando com as meninas sobre hanseníase, elas chegam e dizem assim: “Ah! a gente tem paciente em casa que abandonou o tratamento de hanseníase na Doutora Libânia por que não tem o vale transporte.” Então melhorou porque você pode oferecer o tratamento aqui dentro da unidade, você pode fazer a detecção do caso, pode tratar o paciente. O paciente de TB você pode fazer já a parte... dá uma cesta básica pra melhorar a parte, a parte nutricional do paciente, num é nem na parte nutricional, é dá um reforçozinho pra ele agüentar tomar aquele catatal de remédio. Mas assim eu acho que melhorou sim, melhorou porque de qualquer forma você faz consulta de puericultura, as mães que se que se interessam, você já orienta bastante aleitamento materno, o cuidado com a criança principalmente... eu acho que melhorou. Agora a gente tá longe do que a gente almeja. (Enfermeira 6, Município 1)

Há também, certa inculpação do usuário pela falta de entendimento do programa e das ações de prevenção com a falta de educação e capacidade de entendimento. Junto a essa falta de compreensão das pessoas sobre o PSF, está também a distorção do conceito do programa nas propagandas, que mostram o médico indo até a casa das pessoas e oferecendo seu serviço. Isso parece afetar um pouco a dinâmica de funcionamento das unidades e causar algumas dificuldades para a equipe e na mudança de comportamento da população.

Porque eu acho que as pessoas são, por falta de educação, são despreparados. Um minuto de conversa e se perguntar já não sabe mais. Eu digo que a gente sempre conversa e hoje eu falo, tudo bem, amanhã, amanhã não. Na próxima semana, vou de novo. E aí como você tá? E não sei o que e começa a conversar, o que a gente conversou na semana passada? Se eu perguntar alguma coisa que eu falei na semana passada ninguém sabe mais e eu vejo os rostos que estavam na semana passada, nem sempre são os mesmos, mas muitas vezes são os mesmos. Não muda não. Os mesmos rostinhos lá, toda a semana. (Enfermeira 2, Município 2)

Não. Sabe não. Pra eles é tudo a mesma coisa. Eles não compreendem, mas ao mesmo tempo eles ficam calados porque vamos dizer: chegou uma coisa e eu só faço até aonde eu posso. Se não der pra eu resolver eu não resolvo e aí se gostou, gostou ou não gostou e aí ele tem que voltar. Voltam chateados? Voltam. Eu não vou me prejudicar numa coisa que não cabe mais a mim. Se não tiver médico na unidade ele vai pro hospital regional. Que é nível secundário. (Enfermeira 1, Município 3)

Assim, os enfermeiros garantem que existem algumas distorções no entendimento do programa por parte dos usuários, como falta de compreensão do papel do enfermeiro, propagandas na mídia que colocam o programa como atendimento domiciliar etc. Segundo os enfermeiros, esses problemas podem estar atrapalhando as mudanças na comunidade, haja vista o fato de que nas ações de promoção, a participação ativa do usuário e o “empoderamento” de suas atitudes fazem parte desse processo de mudança.

Para algumas enfermeiras entrevistadas, as ações relacionadas ao PSF poderiam ser muito mais efetivas se o número de famílias fosse menor pois, o grande número de famílias por equipe é destacado como dificultador para o cumprimento das ações de acompanhamento, promoção e prevenção, situação que também já foi destaca no Tópico 4.3, quando enfatizam as dificuldades que se deparam no trabalho cotidiano no PSF.

Eu acho que a educação, saúde, a promoção da saúde é que a gente deveria investir mais. Se a gente realmente trabalhasse com um número de famílias preconizadas pelo Ministério, daria pra você desenvolver um bom trabalho nessa parte educativa. (Enfermeira 1, Município 2)

Uma equipe. É ilusão, realmente não depende do PSF. Só diz que tem, mas não é, não funciona, só pra dizer que tem. Nossa territorialização há muito tempo que deveria ter feito uma reterritorialização. A população de 2007 aumentou. Que o mínimo é 2400 pessoas por equipe, até 3 500 no máximo por equipe. (Enfermeira 1, Município 2)

#### **4.5 Perspectivas e possibilidades de atuação**

Uma das categorias analisadas na fala dos enfermeiros está relacionada às possibilidades de atuação que a categoria encontra no trabalho do PSF. Isso é importante porque pode mostrar a percepção e as perspectivas dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento de suas atividades.

Aqui, nota-se foi que grande parte dos enfermeiros entrevistados diz cumprir todas as exigências preconizadas pelo MS, entretanto, os exemplos apontam para dificuldades de realizar as atividades com a qualidade e cuidados necessários. O acompanhamento é feito mas ainda existe muito a preocupação com a doença em si e, no trabalho ainda individualizado, o paciente muitas vezes não é visto em sua totalidade:

Eu consigo desenvolver todas, dentro das que o ministério preconiza que é dentro daquelas sete que é tuberculose, hanseníase, atenção ao adulto, a criança, eu consigo desenvolver todas. Claro que tem uma que a gente gosta mais e outras que

você, até porque assim, tem coisas que a gente não vê tanto. Que a gente sabe que tem e às vezes não aparece tanto. (Enfermeira 6, Município 2)

Pode meio termo? Então é meio termo. Porque assim é preconizado uma atenção como um todo e ainda não existe. A gente tenta quando vê a mãe, vê também o recém nascido, vê o filho mais velho, mas o tempo é tão limitado, você tem tantas obrigações a fazer que você não vê nem aquela pessoa nova que ta chegando naquele ambiente familiar, você vê só focado. Por isso que é meio termo porque a gente tenta fazer, mas ainda consegue meio caminho, aí não consegue. Consegue só dá só um passinho e aí pode ser um meio termo algumas vezes pra mais e algumas vezes pra menos. (Enfermeira 6, Município 4)

As barreiras e dificuldades apresentadas que podem interferir na qualidade do atendimento estão relacionadas à deficiência na infra-estrutura dos postos que não permitam a execução das atividades preconizadas, principalmente no que diz respeito a atividades educativas, como visto no tópico 4.3, dificultando, assim, as possibilidades de realização do trabalho, a atuação do enfermeiro e o conseqüente o funcionamento do Programa. Com efeito, existe um sentimento de impotência ante as possibilidades de atuação do enfermeiro, fazendo inclusive com que alguns pensem em mudar de área de atuação.

É. Meu momento é essa sensação que eu tenho: de arrependimento. Você se questiona “poxa e aí? Vou ficar nessa área, quando tiver oportunidade de fazer um curso de saúde coletiva, eu não posso fazer. Pela a decepção que eu to vivendo. Eu não vou agüentar.” Ta num curso de saúde coletiva, me aprofundando como é a questão da estratégia, e eu não vivo essa realidade. Eu não to conseguindo lê em casa e vivenciando uma realidade completamente diferente, imagine quando eu fizer um curso de pós-graduação. Não dá. É tanto que o curso que eu penso em fazer agora de saúde coletiva não entra nos meus sonhos. De forma alguma. Isso porque todo o meu currículo foi voltado pra saúde coletiva. (Enfermeira 3, Município 2)

Quando eu terminei a faculdade que eu fui trabalhar no interior, não como enfermeira do PSF, mas enfermeira do hospital. Eu sempre tive a curiosidade de estar dentro pra vê como funcionavam os programas, como era o andar da carruagem mesmo dentro do PSF [...] Não ta na prática, às vezes nem tanto pelo os profissionais, mas pelo os gestores. Porque um dinheiro que vem pra ser empregado naquilo acaba sendo usufruído pra outros fins. E aí como é que você pode desenvolver um trabalho dessa forma? Não tem como. Não tem como você desenvolver, a gente sempre conversa, quando o prefeito chama a gente pra conversar, a gente diz a ele saúde não tem como você ter lucro com a saúde. Não existe lucro. Não existe a pessoa quere ter lucro com a saúde. O lucro é não ter doente. Pronto! Ai é um lucro maravilhoso, que não precisa encaminhar, você não precisa marcar consultas, você não precisa comprar mais remédio do que você estar comprando. Então, o lucro é esse. Só que eles querem tirar lucro de tudo. E acaba tirando proveito da saúde. Um dinheiro que o ministério já manda predestinado praquilo não acontece. O profissional fica desestimulado porque todo mundo fica

desestimulado com o ganho abaixo da média. Todo mundo fica desestimulado. O profissional que sai da sua casa, da sua residência, com seus pais ou com seu marido. Sai pro interior as vezes distante, sem horário de ônibus ou gastando o seu carro, seu próprio veículo pra se locomover de Fortaleza até o interior. Tendo uma alimentação precária. Porque na maioria dos interiores, principalmente cidadezinha pequena, não é grande cidade como Iguatu, como Canindé. Então, essas cidades pequenas, acabam não tendo uma alimentação satisfatória. A moradia às vezes não é uma casa bem estruturada, vai morar com outras pessoas que você nem se quer conhece, não sabe se você vai se habituar. Então tudo isso são dificuldades que nós profissionais encontramos no interior e que não somos ressarcidos por isso. Não existe. Você sai do seu conforto pra ir atender uma população distante e você não estar sendo bem pago por aquilo. E a gente profissional, todos, não estão pedindo acima do que a gente deve ganhar não. Estamos pedindo o que a gente deveria ganhar. O que o ministério manda realmente pagar. E que o município não repassa. (Enfermeira 4, Município 3)

Nos municípios do interior, como visto, a ausência do profissional médico, apesar dos conflitos gerados e da sobrecarga de trabalho que isso traz ao enfermeiro, possibilita, na verdade, uma ampliação das possibilidades de sua atuação, já que estes muitas vezes assumem parte das responsabilidades do médico. Como se nota na relação dos enfermeiros com os usuários, no tópico 4.4, para muitas pessoas, dada a ausência do médico, não conseguem distinguir quais as competências específicas do enfermeiro e as específicas do médico, havendo na prática uma confusão entre essas atividades. Isso concretamente aumenta o *status* da categoria da enfermagem. Além disso, a maioria das equipes de PSF é coordenada e chefiada pelo enfermeiro, como já abordado, dando a esse profissional um *status* e uma valorização até então exclusiva do médico. Dessa forma, o enfermeiro passa a assumir maior controle das atividades da equipe.

Assim, é interessante se apreender, nesse quadro de reconfiguração da atuação do enfermeiro no PSF e do maior *status* que ele adquire, como esse profissional percebe as perspectivas da atividade de Enfermagem no futuro, e como ele, na qualidade de profissional, se entende nessas atividades.

Uma preocupação descrita pelos enfermeiros está relacionada ao aperfeiçoamento constante, na necessidade e vontade de fazer cursos de pós-graduação e seguir estudando.

Eu almejo um mestrado e um doutorado. Sempre, gosto muito dessa questão da pesquisa, do ensino e não ficar só na assistência não. Me acomodar não. Eu quero realmente dar continuidade, passar sempre conhecimentos que eu tenho pra os que estão chegando e lutar sempre por uma classe unida, por uma classe cooperativista que só assim a gente consegue crescer e mostrar pra sociedade a importância do profissional enfermeiro. (Enfermeira 4, Município 2)

Eu pretendo a cada dia que passa a minha intenção, é cada dia que passar, melhorar minha trajetória. Tentar ta fazendo sempre esses cursos de pós-graduação, posso fazer um outro curso, ou então partir pra um mestrado, pra um doutorado e fazer esses cursos que sempre tem esses cursos extra pra melhorar o serviço de saúde, não digo assim só o serviço de saúde pública, mas o serviço de saúde em geral. Quando você ta passando por um curso é dá o retorno melhor à população. A minha trajetória, eu pretendo a cada dia melhorar, ter avanços de qualidade. Isso, a gente só tem avanço, a gente tendo oportunidade de crescer, fazer cursos, porque muitas vezes você se delimita muito no interior, as vezes você fica se acomodando, acha que porque tudo ta na Capital as coisas mais avançadas e você pra fazer um curso tem que ir pra Capital. (Enfermeira 4, Município 4)

Eu quero fazer minhas especializações e eu queria muito continuar no PSF que eu gosto muito mesmo. As vezes eu fico até assim parando pra pensar fazendo um pré-natal de uma mãezinha e acompanhando a gestação todinha e a criança nasce e já ta com dois anos, eu fico só imaginando daqui há dez anos essa criança já adulta e a mãe falando assim: “Ô foi ela que me acompanhou. Então eu não isolo a possibilidade de continuar no PSF porque eu gosto, mas eu quero fazer muito curso em relação a essa área porque eu gosto. A questão é você não se acomodar. Não é porque eu to num interior a mais de 18 km de Fortaleza, as vezes a gente cai nesse comodismo, mas eu to realmente me planejando pra fazer minha especialização em saúde pública e em obstetrícia que eu também gosto e assim continuar fazendo minhas especializações e me qualificando mais. Agora sempre pensando em continuar no PSF porque é muito bom você fazer aquilo que você gosta. (Enfermeira 5, Município 4)

Estando fora dos grandes centro a chance de se aperfeiçoar é tida como uma dificuldade, apontando que as opções estão centradas na Capital. No restante do Ceará, segundo os enfermeiros, não se tem como fazer bons cursos. Essa preocupação vem acompanhada pelo medo de ficar acomodado:

Eu pretendo a cada dia que passa a minha intenção, é cada dia que passar, melhorar minha trajetória. Tentar ta fazendo sempre esses cursos de pós-graduação, posso fazer um outro curso, ou então partir pra um mestrado, pra um doutorado e fazer esses cursos que sempre tem esses cursos extra pra melhorar o serviço de saúde, não digo assim só o serviço de saúde pública, mas o serviço de saúde em geral. Quando você ta passando por um curso é dá o retorno melhor à população. A minha trajetória, eu pretendo a cada dia melhorar, ter avanços de qualidade. Isso, a gente só tem avanço, a gente tendo oportunidade de crescer, fazer cursos, porque muitas vezes você se delimita muito no interior, as vezes você fica se acomodando, acha que porque tudo ta na Capital as coisas mais avançadas e você pra fazer um curso tem que ir pra Capital. Um curso que você queira mesmo tem que ir pra Capital, um curso de uma carga horária bem maior. Então assim, geralmente quando você ta em interior, interior e bom, mas tem suas desvantagens, tem essa desvantagem por essa questão de você terminar e aí for fazer um curso de pós-graduação e tem que ta indo pra capital e voltar. Minha pós-graduação eu fiz assim ia e voltava, mas é muito cansativo. Então se você não tiver coragem, você até deixa pra lá e eu acho que não deve ser assim, você tem que enfrentar mesmo os problemas, se você quer crescer, você tem que está a cada dia se aperfeiçoando, fazendo curso, fazendo

alguma coisa, seja lá em Fortaleza, em São Paulo. Tem as dificuldades, mas pra você crescer e ter uma trajetória melhor pra você e pra comunidade. (Enfermeira 4, Município 4)

Ao pensar no futuro, muitos enfermeiros nesta situação trocariam o trabalho no PSF por outro, desde que fosse mais perto de casa,

Eu pretendo ficar perto de casa. Eu estou a trezentos quilômetros de casa! Então eu pretendo vir pra Fortaleza, na área que for. Eu gosto muito do PSF, mas se tiver perto de casa na área que tiver, que dê dinheiro eu estou dentro. Eu me vejo em Fortaleza, em que área eu não vejo. Isso independe desde que eu esteja perto de casa. (Enfermeira 1, Município 4)

Fiz pra cá e já me arrependi amargamente. Deveria ter feito pra Fortaleza, porque se tivesse feito pra lá tinha entrado, pensando na família que eu tenho aqui, porque tem qualidade de vida morar no interior, mas acaba que o salário de Fortaleza é bem maior do que o daqui. Se eu tivesse ido pra lá, eu tinha entrado logo. Teve outro concurso dos hospitais que eu tive uma prova boa e provavelmente eu vou entrar e aí eu não sei como eu vou fazer. 20 horas lá e 40 horas aqui. Mas vou deixar acontecer. (Enfermeira 2, Município 2)

É perceptível, na fala de alguns entrevistados que há certa decepção com o trabalho, apontando o desgaste e a remuneração não vantajosa como algumas das causas dessa insatisfação,

As minhas perspectivas não são boas. Por vários motivos. Por vê a nossa profissão sendo pouco valorizada por várias universidades sendo colocada nesse... sem apoio, umas universidades que eu acho que não tem muito haver com enfermagem. Em qualquer canto está havendo curso de enfermagem. Então, como é que vai ficar a situação daqueles profissionais. Será que são bem qualificados? Será que vão sair preparados? Eu sei que na universidade não sai preparado, mas pelo menos numa UECE, numa Federal tem mais anos de ensino. E essas outras? Como é que estão sendo os professores? Como é que estão saindo o pessoal? Será que estão valorizando? Então vai muito desvalorizar o trabalho da gente. Porque é o seguinte. Hoje eu tenho 15 anos de profissão, eu tenho o meu valor. Então o meu preço é esse, mas vem um outro colega que está se formando agora, que quer se colocar no mercado vem com um preço e qualidade, cadê? Então hoje eles não estão valorizando a qualidade, mas há a quantidade. Então eu to vendo que está saindo enfermeiro despreparado, já pegamos muito aqui. (Enfermeira 3, Município 4)

Eu quero fazer minhas especializações e eu queria muito continuar no PSF que eu gosto muito mesmo. As vezes eu fico até assim parando pra pensar fazendo um pré-natal de uma mãezinha e acompanhando a gestação todinha e a criança nasce e já tá com dois anos, eu fico só imaginando daqui há dez anos essa criança já adulta e a mãe falando assim: “Ô foi ela que me acompanhou. Então eu não isolo a possibilidade de continuar no PSF porque eu gosto, mas eu quero fazer muito curso em relação a essa área porque eu gosto. A questão é você não se acomodar. Não é porque eu to num interior a mais de 18 km de Fortaleza, as vezes a gente cai nesse

comodismo, mas eu to realmente me planejando pra fazer minha especialização em saúde pública e em obstetrícia que eu também gosto e assim continuar fazendo minhas especializações e me qualificando mais. Agora sempre pensando em continuar no PSF porque é muito bom você fazer aquilo que você gosta. (Enfermeira 5, Município 4)

Por outro lado existem aqueles que gostam do trabalho do PSF. O maior problema é que não se sentem valorizados profissionalmente. Para estes, existe uma crença na organização do PSF e no seu fortalecimento, ou pelo menos um desejo de que isso efetivamente ocorra, possibilitando que as ações sejam realizadas de maneira positiva e que a população possa se beneficiar com o que o programa pode oferecer, aumentando a qualidade de vida das pessoas.

Não. Eu pretendo sim. Porque eu acredito que só tem a crescer e a melhorar. Porque se for comparar como começou pra quantidade que tem agora, só tende a crescer, só falta mesmo é vontade política. (Enfermeira 4, Município 2)

Estudar para concurso também está nos planos de alguns enfermeiros, visando a maior estabilidade e a melhores salários, podendo ou não estar ligado a saúde pública e PSF.

Eu no momento eu to estudando pra concurso. Fazer o concurso da UERNE, que é a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Então, no momento eu to me dedicando a concurso. Olho, procuro em tudo que é site, onde é que tem um concurso, vê quais os que me interessam, to investindo nessa parte. E to procurando, to pesquisando uma nova especialização. Enfermagem. Agora assim, dentro da enfermagem, eu to observando ou a parte de ensino ou nessa parte de Tribunal Eleitoral. Se eu vou fazer o próximo que vai ser o Tribunal da Justiça. (Enfermeira 3, Município 2)

Seguir carreira acadêmica faz parte da expectativa de alguns enfermeiros:

Como eu me vejo, uma pergunta que não quer calar. Sinceramente, quando eu estava na graduação eu tinha muita vontade de ser docente. Era uma vontade que eu tinha de fazer mestrado, ir em busca disso. E os caminhos acabou me enveredando pro PSF. No momento, hoje eu quero conseguir um trabalho que, não que seja um sonho, mas um trabalho que eu possa desenvolver bem. Que eu me sinta bem. E que no momento eu não to me sentindo. Na realidade são momentos incertos, que eu to batalhando pra conseguir um concurso pra que eu me sinta realizada. E no momento não estou. (Enfermeira 3, Município 2).

Eu quero fazer minhas especializações e eu queria muito continuar no PSF que eu gosto muito mesmo [...] eu to realmente me planejando pra fazer minha especialização em saúde pública e em obstetrícia que eu também gosto e assim continuar fazendo minhas especializações e me qualificando mais (Enfermeira 5, Município 4).

Como já demonstrado, porém, essa esperança no sucesso do Programa não é sentida por todos, porquanto alguns desconfiam da eficiência da estratégia, reforçada pela desvalorização do trabalho do enfermeiro:

As minhas perspectivas não são boas. Por vários motivos. Por vê a nossa profissão sendo pouco valorizada por várias universidades sendo colocada nesse... sem apoio, umas universidades que eu acho que não tem muito haver com enfermagem. Em qualquer canto está havendo curso de enfermagem. Então, como é que vai ficar a situação daqueles profissionais. Será que são bem qualificados? Será que vão sair preparados? Eu sei que na universidade não sai preparado, mas pelo menos numa UECE, numa Federal tem mais anos de ensino. E essas outras? Como é que estão sendo os professores? Como é que estão saindo o pessoal? Será que estão valorizando? Então vai muito desvalorizar o trabalho da gente. Porque é o seguinte. Hoje eu tenho 15 anos de profissão, eu tenho o meu valor. Então o meu preço é esse, mas vem um outro colega que está se formando agora, que quer se colocar no mercado vem com um preço e qualidade, cadê? Então hoje eles não estão valorizando a qualidade, mas há a quantidade. Então eu to vendo que está saindo enfermeiro despreparado, já pegamos muito aqui. (Enfermeira 3, Município 4)

A busca de realização profissional surgiu na fala de alguns enfermeiros:

Eu quero fazer minhas especializações e eu queria muito continuar no PSF que eu gosto muito mesmo. As vezes eu fico até assim parando pra pensar fazendo um pré-natal de uma mãezinha e acompanhando a gestação todinha e a criança nasce e já ta com dois anos, eu fico só imaginando daqui há dez anos essa criança já adulta e a mãe falando assim: “Ô foi ela que me acompanhou. Então eu não isolo a possibilidade de continuar no PSF porque eu gosto, mas eu quero fazer muito curso em relação a essa área porque eu gosto. A questão é você não se acomodar. Não é porque eu to num interior a mais de 18 km de Fortaleza, as vezes a gente cai nesse comodismo, mas eu to realmente me planejando pra fazer minha especialização em saúde pública e em obstetrícia que eu também gosto e assim continuar fazendo minhas especializações e me qualificando mais. Agora sempre pensando em continuar no PSF porque é muito bom você fazer aquilo que você gosta. (Enfermeira 5, Município 4)

Continuar trabalhando no PSF até porque eu não gosto muito de hospital, eu prefiro PSF, trabalhar na comunidade. Eu me vejo trabalhando no PSF. (Enfermeira 2, Município 4)

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com suporte na análise das narrativas produzidas por enfermeiros que atuam no PSF, traço-se de que maneira, no cotidiano, as relações entre enfermeiros/equipe e entre enfermeiros/sistema de saúde e população são estabelecidas e as estratégias da atenção básica vão sendo efetivadas.

O estudo remete que se reflita sobre a atuação do enfermeiro o PSF, suas dificuldades e possibilidades de mudança.

Observa-se que os pressupostos do PSF são incorporados pelo enfermeiro, mas a falta de interação das equipes o leva ao acúmulo de funções que o sobrecarregam e comprometem o desenvolvimento de suas atividades.

Embora o PSF seja uma estratégia de Governo pautada na promoção da saúde, os enfermeiros ainda centram suas ações na prática da clínica, individual e curativa, ou seja, a cura das doenças.

A finalidade do trabalho do enfermeiro no PSF é o cuidado de Enfermagem e a manutenção de condições adequadas para a execução do cuidado, mas os enfermeiros são sobrecarregados de atribuições que não são suas, dificultando assim a detecção precoce dos problemas e das necessidades de saúde das pessoas sob a sua responsabilidade.

As insatisfações no exercício profissional acompanham suas trajetórias funcionais. A ausência de melhores perspectivas oferecidas pelo mercado de trabalho, os baixos salários e a posição subalterna, em geral ocupada nos serviços, são os principais motivos apontados para o desencantamento com a profissão e com o trabalho no PSF.

O enfermeiro consegue melhor prestígio social e político quando tem uma participação igualitária nas decisões tomadas pela equipe, principalmente com a equipe médica. Dentre as atividades previstas no Regulamento do Exercício Profissional pelo Ministério da Saúde, o enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades, apesar das reações surgidas por parte da classe médica.

A relação com a comunidade é um dos pontos positivos visto pelo enfermeiro, levando a um melhor desenvolvimento das funções, enfocando o fato de que o reconhecimento social fortalece as aspirações identitárias. A proximidade com a população requer habilidades específicas; foi dada a oportunidade ao enfermeiro de avançar em áreas

que vão desde o planejamento e coordenação das ações em saúde até a consulta de Enfermagem.

O gerenciamento das atividades dos agentes comunitários de saúde, mesmo representando uma sobrecarga de trabalho, indicou um poder significativo diante do desenvolvimento dos trabalhos da equipe.

Mesmo com as dificuldades relatadas, o enfermeiro expressa maior realização profissional no PSF.

Conclui-se que o enfermeiro vê o PSF não só como um espaço de recriação do trabalho em saúde, mas como forma de estabelecer o seu “lugar” na busca do reconhecimento social da profissão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2000. Disponível em [http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas\\_idh.php](http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php). Acessado em agosto de 2007.

Abu-El-Haj, J. *A Mobilização do Capital Social no Brasil: o Caso da Reforma Sanitária Cearense*. São Paulo, Annablume, 2000.

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*. 2001; v. 9:150-153.

Araújo, M. B. S.; Rocha, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva* 12(2):455-464, 2007

Atkinson, S. (1995). “Restructuring Health Care: Tracking the Decentralization Debate”. *Progress in Human Geography* 19 (4), pp. 486-503.

Atkinson, S., Medeiros, R. L. R., Oliveira, P. H. L. and Almeida, R. D. (2000). “Going Down to the Local: Incorporating Social Organisation and Political Culture into Assessments of Decentralised Health Care”. *Social Science and Medicine*, 51, 619-636.

Baduy, R. S.; Cordoní Júnior, L. *Programa Saúde Da Família Em Londrina: Construindo Novas Práticas Sanitárias*. Disponível em [http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude\\_da\\_familia.htm](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

Brasil, Ministério da Saúde .Secretaria de Políticas Públicas. Guia Prático do programa de Saúde da Família. Brasília;2000

Brasil, Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde. *Descentralização dos Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília, MS/SUS, 1993.

Brasil, Ministério da Saúde. *As Vantagens da Municipalização da Saúde*. Brasília, MS, 1997

Brasil, Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, MS, 1997.

Brasil, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família (PSF)*. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva - Brasília, MS, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. *Programa Atenção Básica (PAB): parte fixa*. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva - Brasília, MS, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

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. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. cap.7, p.229-66.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-195/1997  
 Publicação: 18/2/1997. Disponível em  
<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7039&sectionID=34>.  
 Acessado em 15/09/2007

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. LEI N 7.498/86, de 25 de junho de 1986.  
 Disponível em:  
<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35> Acessado  
 em 15/09/2007.

Cotta, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3) : 7 - 18]

Costa, M. B. S.; Lima, C. B.; Oliveira, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 149-152. dez. 2000.

Collins, C (1996). “Decentralisation” In Janovsky (ed.) *Health Policy and Systems Development*. (chapter 10), pp. 161-178. WHO Geneva

Deslandes, S. F. (1997). “Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (1), pp. 103-107.

Dupuis, H. M. “Professional Autonomy: a Stumbling Block for good Medical Practice. An Analysis and Interpretation”. *Theoretical Medicine*, 21: pp. 493-502, 2000.

Eemel,R. C. e Fracolli, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc. Enferm USP*. 2006, 40(4);533-9.

Escorel, S. (1998). *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ.

Friedrich, D. B. C.; Pierantoni, C. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(1):83-97, 2006.

Gerschman, S. (1995). *A Democracia Inconclusa: um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Gilbert, N. (ed.). *Researching Social Life*. London, Sage

Have, T. H. "Re-evaluating Professional Autonomy in Health Care". *Theoretical Medicine*, 21: pp. 503-513, 2000.

Lakatos, E.M; Marconi, M.de A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Lazzarotto, E. M. "Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde (dissertação de mestrado)". Florianópolis (SC), Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção/UFSC, 2001.

Mendes, E. V. (1996). *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo, HUCITEC.

Minayo, M. C. S.; Sanches, O Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 Sep 2007.

Nys, H. and Schotsmans, P. "Professional Autonomy in Belgium". *Theoretical Medicine*, 21: pp. 425-439, 2000.

Oliveira, F. A. (2002). "Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação". *Comunicação, Saúde, Educação*. 6 (10), pp. 63-74

Oliveira, R. G.; Marcon, S. S.. Opinião dos enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família. *Rev. Latino-americana Enfermagem*, 2007, maio-junho; 15(3)

Passos, J. P.; Ciosak, S. I.. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em unidade básica de saúde. *Rev. Esc. Enferm.USP*, 2006; 40(4): 464-8

Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva de promoção da saúde. In: Anais do 1 Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de Saúde da Família, 2000 nov.9-11; São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde, 2000. p 1-11

Polder, J. J. and Jochemsen, H. "Professional Autonomy in the Health Care System". *Theoretical Medicine*, 21: pp. 477-491, 2000.

Sacchini, D. and Antico, L. "The Professional Autonomy of the Medical Doctor in Italy" *Theoretical Medicine*, 21: pp. 441-456, 2000.

Seedhouse, D. (ed.) (1995). *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, England.

Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London, Sage

Smith, B. C. (1985). *Decentralization: the Territorial Dimension of the State*. London, Allen & Unwin

Weil, C. D. E. *et al* (1990). *The Impact of Development Policies on Health: a review of the literature*. World Health Organization (WHO), Geneva.

Wolman, H. (1990). "Decentralisation: What It Is and Why We Should Care". In R. J Bennet (ed.). *Decentralisation, Local government and the Markets: Towards a Post-Welfare Agenda?* Oxford University Press.