



**O MULTIPROFISSIONALISMO EM SAÚDE E A  
INTERAÇÃO DAS EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA.**

**RELATÓRIO FINAL**

**FORTALEZA- CEARÁ  
2007**



O MULTIPROFISSIONALISMO EM SAÚDE E A INTERAÇÃO DAS  
EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**COORDENAÇÃO INSTITUCIONAL**

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação CETREDE / UFC / UECE

**EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Regina Heloísa Mattei de Oliveira Maciel (Coordenadora)

Ana Flávia Araújo Lima

Ana Maria de Freitas Costa Albuquerque

Andréa Silva Walter de Aguiar

João Bosco Feitosa dos Santos

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
1.1 Implantação do SUS e seus Preceitos .....	5
1.2 O Programa de Saúde da Família .....	8
1.3 A Equipe Multiprofissional .....	11
1.4 Objetivos da pesquisa .....	15
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>16</b>
2.1 Participantes.....	16
2.2 Critérios de Inclusão e abordagem dos participantes .....	16
2.3 Entrevistas Coletivas .....	17
2.4 Procedimentos.....	18
2.5 Análise dos Dados .....	19
2.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	19
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
3.1 Tema 1: Componentes formais do trabalho: contrato, salário, jornada, horário e condições físicas de trabalho.....	21
3.2 Tema 2: A equipe multiprofissional e o modelo da atenção básica .....	35
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>

## RESUMO

O trabalho do Programa de Saúde da Família se baseia na atuação das equipes multidisciplinares: as equipes de saúde da família e as de saúde bucal. Preconizado pelas diretrizes do SUS, o modelo de atenção das equipes é baseado na universalização do acesso ao sistema, na territorialização da clientela, na integralidade das ações, incluindo a promoção e educação em saúde e a percepção dos determinantes do processo saúde/doença, sem prejuízo dos atendimentos clínicos. O Programa de Saúde da Família focaliza a atenção básica e é promotor de melhores condições de vida para a população. No intuito de verificar como se dá esse processo nas unidades de saúde do estado do Ceará, foi realizada esta pesquisa, buscando verificar o funcionamento das equipes multidisciplinares das unidades de saúde do Estado. A pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa, com cinco grupos focais com os diferentes profissionais que compõem as equipes. Grupos homogêneos no tocante à categoria profissional. As reuniões, gravadas e as transcrições submetidas à análise de discurso. Dois grandes temas: o primeiro relacionado às condições e organização do trabalho, bem como a aspectos relacionados às características dos recursos humanos. O segundo voltado para os relatos das atividades realizadas, incluindo a forma de interação entre os profissionais das equipes. Os profissionais relataram diversos problemas, no que diz respeito às condições e organização do trabalho: condições físicas precárias, dificuldades na organização, capacitação, salários e contratos de trabalho. Em relação às atividades das equipes, os relatos denotam atividades isoladas, ainda pautadas pelo modelo biomédico de atenção, apesar de haver relatos de atividades de promoção e educação em saúde. No entanto, as atividades relatadas demonstram a não existência de interdisciplinariedade nas equipes.

## INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. O Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente instituído como programa focalizado, direcionado a grupos da população com pouco acesso ao consumo de serviços de saúde, atualmente é uma estratégia de reorientação da atenção primária em saúde baseada no modelo de atenção integral.

No coração do modelo de saúde que o país vem adotando encontra-se a Equipe de Saúde da Família (ESF). Lotadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSF), essas equipes devem, na ação, seguir os preceitos do Programa de Saúde da Família (PSF). O foco principal do programa, por sua vez, é o atendimento básico de saúde da população adscrita à UBSF (atenção primária). A idéia é a de que o atendimento integral em saúde envolve não só o paciente, mas também as famílias e as condições socioculturais da comunidade.

Este trabalho procura investigar como o trabalho das ESFs está organizado e quais relações se estabelecem entre os membros dessas equipes, procurando verificar a estratégia de atuação intragrupal e os reflexos sobre o atendimento dos usuários.

### **1.1 Implantação do SUS e seus Preceitos**

O processo de construção do SUS é resultante do conjunto de embates políticos e ideológicos, de diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrentes de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e a forma de organização dos serviços não são fruto apenas do momento atual. Ao contrário, têm longa trajetória de formulações e lutas (MENDES, 1990).

O SUS, instituído pela Constituição Federal, em 1988, proporciona a base político-filosófica e programática para mudança na concepção do processo de saúde. Ele é embasado em princípios doutrinários: integralidade, universalidade e equidade, e organizativos: descentralização, hierarquização, participação popular e complementaridade do setor privado. No artigo 198, a Constituição Federal determina

que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único, organizado de forma descentralizada, visando ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade, no que se denomina controle social.

O SUS é único por se basear-se na mesma filosofia de atuação em todo território nacional, organizado de acordo com a mesma lógica. É *universal* porque deve atender a todos sem distinção, garantindo o *acesso* de todos ao sistema de saúde. Nas ações, deve visar o *atendimento integral*, uma vez que o processo de saúde é dependente de vários fatores, incluindo aspectos socioculturais. O sistema deve garantir a *equidade*, é que a saúde é um direito de todos os cidadãos. O processo de descentralização e regionalização visa garantir maior controle social e melhor gestão dos recursos, no sentido de maior eficácia das ações. O processo de *hierarquização* compreende o atendimento em níveis de complexidade crescente, iniciando-se pela *atenção básica*, porta de entrada do sistema. Além disso, o SUS prevê a participação do setor privado, ou seja, quando os hospitais públicos não podem, sozinhos, fornecer o atendimento necessário, instituições privadas são contratadas, sem, no entanto, descaracterizar a natureza pública dos serviços. Compete ao SUS, além da formulação e execução das ações diretamente ligadas à saúde, formular e executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ações de saúde do trabalhador, de saneamento básico e colaborar na proteção ao meio ambiente (BRASIL, 1988). A incorporação do conceito ampliado de saúde (Lei Orgânica da Saúde, artigo 3º) ao SUS demanda readequação do conceito de *vigilância epidemiológica*, de tal forma que as doenças transmissíveis deixaram de ser o único objeto da vigilância, incorporados os determinantes e as condições que influenciam a sua ocorrência e manifestação.

A reforma ambiciosa do sistema de saúde requer a reorientação das práticas para além da coleta de dados e assistência às pessoas acometidas por agravos à saúde. Deve abranger o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e dos condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de busca de melhor qualidade de vida para a população. Na direção de mudança de perspectiva em saúde, Cohen *et al.* (2004), por exemplo, propõem que o conceito de “habitação saudável” seja incorporado aos preceitos e políticas setoriais do PSF.

A introdução do SUS consubstancia a proposta da *reforma sanitária* e vem provocando a reformulação das práticas de saúde pública para responder aos princípios e objetivos propostos, o que tem implicações sobre o modo concreto de produzir atenção à saúde no cotidiano dos serviços.

Apesar dos avanços da implantação do SUS e suas diretrizes na melhoria da saúde da população de baixa renda, vários autores mostram que o sistema está ainda em fase de implantação e consolidação e depara várias questões importantes que merecem reflexão. Almeida (2003:350), por exemplo, conclui em debate sobre o SUS que

Sem desqualificar os avanços conseguidos (que não são poucos) e a complexidade desse empreendimento, num país continental, com enorme heterogeneidade e imensas desigualdades, até o momento o resultado do processo de reforma não tem apontado para a construção do SUS tal como formulado na Carta Magna e nas leis que o instituíram. Inicialmente pensado como um sistema nacional de saúde, predominantemente público, que harmonizasse e regulasse o complexo mix público e privado de serviços (sua marca histórica e estrutural), o SUS é visto pela população, policy makers, analistas, pesquisadores e outros diferentes atores, como o "subsistema" público, ou a "alternativa" para os que "não podem pagar", ou a "oportunidade" de uso de certos serviços para os que pagam por serviços privados, mas dispõem de acesso diferenciado ao SUS a partir de canais privilegiados. A fragmentação e dualidade do sistema têm sido confirmadas; a heterogeneidade e as desigualdades não têm sido superadas. [...] Isto não quer dizer que não caminhamos nada. Ao contrário, caminhamos bastante, mas numa direção diferente daquela preconizada pelo impulso inicial da reforma contido na Carta Magna. Talvez assumir essa constatação como real seja o primeiro passo para mudar. E nesse sentido tenho dúvidas se é apenas uma questão de explorar plenamente os instrumentos da estrutura institucional atual e amadurecer o uso dos instrumentos existentes, pois me parece que precisamos de mudanças mais profundas, de correção de rumo, e isso só será possível repensando que sistema de saúde queremos e quais os mecanismos a ser privilegiados na sua implementação. Decidir "para quem" queremos o SUS. Se concordamos que é o subsistema público para os pobres, até que estamos indo bem, é só uma questão de aperfeiçoar mecanismos. Se queremos "outra coisa", temos que repensá-lo.

Alves e Timmins (2001) concordam com a autora e estimam o sistema sujeito a uma sobrecarga de demanda cada vez maior, dificultando a implantação do modelo de atenção integral preconizado pelo SUS. Assim também Filmer *et al.* (2000), comparando o montante gasto com indicadores de saúde da população, consideram os resultados obtidos até então, com a implantação do sistema no Brasil e em outros países, decepcionantes, embora reconheçam certos avanços. Cordeiro (2001), em análise do papel do governo na implantação das políticas públicas de saúde, conclui que a reforma da saúde está se realizando com oscilações, avanços e recuos que traduzem ambigüidades, conflitos e contradições. Grande parte dos problemas apontados e

propostas de melhorias do sistema dizem respeito ao financiamento e gestão governamental de sistema imenso e complexo como o SUS e relações com o sistema de saúde privada ou saúde suplementar, bem como o seu controle social (por exemplo, D'AVILA *et al.*, 2002; COSTA E PINTO, 2002; FARIAS, 2001; LIMA, 2000; LECOVITZ *et al.*, 2001; MARQUES e MENDES, 2002a e 2003; NORONHA e SOARES, 2001; OLIVEIRA *et al.* 2004; PESSOTO *et al.*, 2001; UGA *et al.* 2003).

Por outro lado, citam-se também problemas no atendimento e na definição das funções das equipes dentro do PSF, bem como questões relativas à interdisciplinariedade, como veremos a seguir.

## **1.2 O Programa de Saúde da Família**

Uma das principais características do SUS em atenção básica é o PSF, cuja estratégia de ação envolve o trabalho em equipe e a educação em saúde (BRASIL, 1997a; 2001a).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, está sendo implantado no território nacional como estratégia de reordenação e reorientação da atenção à saúde, na perspectiva de consolidação do SUS (MENESES E ROCHA E TRAD, 2005; RIBEIRO *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2002; PEDROSA E TELES, 2001). Consiste em modelo de atenção em saúde pautado no paradigma da vigilância à saúde, buscando articular a ação programática em saúde com as políticas públicas setoriais e transsetoriais. O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, de forma integral e continuada, incorporando, à prática o domicílio e espaços comunitários diversos.

Acredita-se que o trabalho em equipe amplia a visão do processo de saúde, envolvendo diferentes saberes e intervindo, para além do âmbito individual e clínico, na família e nas condições socioambientais da comunidade atendida. O PSF adota diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde (FRANCO E MERHY, 1999). Acresceu-se recentemente ao PSF a Equipe de Saúde Bucal (ESB): um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário.

Na ESF, cada profissional é chamado a desempenhar a profissão em um processo de trabalho coletivo, produto de prática compartilhada, pautado nas contribuições específicas das diversas áreas de conhecimento. Espera-se que os integrantes das equipes sejam capazes de *conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade, como também compartilhar conhecimentos e informações* (BRASIL, 2001a: 74). Com isso, almeja-se o fortalecimento do vínculo entre os profissionais das equipes e a comunidade local (CANESQUI E SPINELLI, 2006; NUNES *et al.*, 2002). A idéia é de que a totalidade das ações, na saúde, não se realiza pela ação isolada de único agente, e, desta forma, é necessário reconstruir os trabalhos especializados da mesma área profissional ou relação interprofissional. Assim, o PSF tem a potencialidade de se abrir para além do trabalho técnico hierarquizado, para o trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe (ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

No entanto, os estudos do PSF e equipes multiprofissionais têm mostrado um quadro diferente. Em primeiro lugar, há crise na situação de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no SUS, cujos fatores são os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público, além da falta de recursos técnicos e materiais. Diversas pesquisas mostram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho, proliferam diversas formas de contratos, sobretudo os contratos informais de trabalho, privando os trabalhadores da saúde dos direitos garantidos por lei (COTTA *et al.*, 2004; OPAS, 2002; VALLA, 1999).

Franco e Merhy (1999), ao explicitar os objetivos do PSF e o trabalho das equipes, apontam uma série de contradições do modelo adotado pelo sistema que acabam dificultando a implantação das novas práticas de atendimento e o trabalho das equipes. Acreditam que o PSF contém ambigüidade básica: o proposto é que as equipes trabalhem na promoção e prevenção da saúde, na lógica da vigilância em saúde. Mas, por outro lado, o PSF é a “porta de entrada” do sistema e atende também as urgências e demandas espontâneas. Isso cria a necessidade de convivência de dois modelos distintos: o modelo de atenção biomédico pautado no atendimento clínico individual e o novo modelo de prevenção e promoção. Embora ações preventivas e de promoção da saúde, como atendimento diferenciado de grupos: idosos, gestantes, recém-nascidos,

diabéticos, hipertensos, entre outros, visitas domiciliares e às escolas e instituições sociais com vistas à educação em saúde, ocorram, segundo os autores, termina acontecendo a mistura de práticas em que o modelo clínico prevalece por ser o mais tradicional e o que vai ao encontro dos anseios da população. A integração das equipes fica prejudicada e, no PSF, repete-se o modelo de atenção desumanizada e fragmentada, centrada na recuperação biológica individual, com rígida divisão de trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos (ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

Levando-se em consideração que o modelo do PSF, apesar de ambíguo e duplo, parece ser a solução viável de melhoria do processo saúde/doença da população, vários autores apontam a questão da gestão dos serviços como essencial para a sua eficiência e um dos fatores que contribuem para sua ineficiência.

Tecendo considerações sobre a gestão dos serviços do PSF, Franco e Merhy (1999) apontam como primeiro problema a formalização imposta pelo Ministério da Saúde (MS), em relação à formação das ESF, suas funções, forma de cadastro das famílias adscritas, levantamento dos problemas do território e os modos de fazer o programa, com o repasse de verbas condicionado ao cumprimento das normas. Enfatizam que agindo assim, os gestores do MS impedem o soluções alternativas locais de gestão e “engessam” o programa.

No contexto da organização do processo de trabalho dos serviços, surgem três conceitos importantes de investigação da qualidade do atendimento aos usuários: acesso, acolhimento e vínculo. Acesso diz respeito à relação equipe/número de famílias atendidas, apontado com um dos principais problemas do PSF, dado o número restrito de profissionais e o gerenciamento deficiente das atividades das ESF e ESB (CONILL, 2002). Acolhimento é, ao mesmo tempo, processo e filosofia de atendimento recentemente pensada para sanar os problemas relacionados ao acesso e ao atendimento integral eficiente do PSF. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário (SCHIMITH E LIMA, 2004). Ainda segundo as autoras, o

acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a

recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária (p.1487).

Ramos e Lima (2003) acreditam que acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento e que se têm observado inúmeros problemas com relação a eles, incluindo espaço físico (sala de espera), filas, falta de qualificação dos recepcionistas, entre outros.

Por sua vez, o conceito de vínculo diz respeito às relações que se estabelecem entre profissionais e usuários. O encontro desses atores deve promover espaço de escuta e responsabilização, criando vínculos e compromissos que norteiem a intervenção em saúde. Nesse espaço, o profissional utiliza tecnologia e saber, tendo o outro como sujeito e não objeto (RAMOS E LIMA, 2003; SCHIMITH E LIMA, 2004).

Exatamente no acesso, acolhimento e vínculo, incidem as práticas gerenciais dos serviços. Para Fracoli e Egry (2001), o trabalho de gerência pode produzir transformações importantes dos serviços de saúde, no sentido de uma maior equidade e eficiência do atendimento.

Além do problema de recursos humanos escassos, cumprimento de normas estritas, condições físicas precárias e recursos financeiros, alguns pesquisadores apontam a falta de qualificação dos profissionais gestores dos serviços, dificuldades políticas e modelo gerencial como fatores que levam ao mau funcionamento das unidades, no tocante ao acesso e acolhimento inadequados, combinados à atuação deficiente dos profissionais, no acolhimento e formação do vínculo com o usuário (SANTANA, 1993; SCHIMITH E LIMA, 2004; RAMOS E LIMA, 2003; PEDROSA E TELES, 2001; MENDES E CALDAS JR, 2001). Ferreira (2004) propõe um modelo de avaliação das UBSF e qualificação dos profissionais que acredita poder contribuir para reorganização dos serviços e melhoria de atendimento.

### **1.3 A Equipe Multiprofissional**

Um dos desafios para a implantação dos princípios do PSF consiste em envolver os profissionais do programa, em amplo processo de reorientação do trabalho em saúde. O foco central de atenção da equipe não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno. As intervenções necessárias ao cuidado à saúde sustentam-se, portanto, em

saberes que contemplem as determinações biopsicos sociais do processo saúde/doença e na autonomia e responsabilidade dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. A assistência à saúde, para ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, não pode prescindir do trabalho das equipes multiprofissionais (ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

Na formação e trabalho das equipes, levam-se em conta as especificidades disciplinares - particularmente no que se refere à racionalidade dominante em cada campo - as experiências de formação e a inserção profissional dos sujeitos, sem esquecer a interferência do mercado no processo (MENESES E ROCHA E TRAD, 2005). Na equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces, entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE E PEDUZZI, 2000). Trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados. Significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de adquiri-los. Significa também a utilização das interações entre os agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica (RIBEIRO *et al.* 2004).

É preciso observar como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de projeto compartilhado por todos. Cotta *et al* (2006) avaliam a organização do trabalho e perfil dos profissionais de saúde inseridos no PSF, componentes das ESFs, e, dentre os resultados, destaca-se a relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais de equipes diferentes e entre profissionais e comunidade. Ao se perguntar sobre a relação entre profissionais da mesma equipe, 71,0% a classificaram como boa, 17,85% destacaram a existência de cooperação entre profissionais, 7,14% revelaram a formação de subgrupos por diferenças e 3,57% afirmaram que o relacionamento é pautado por caráter indiferente. A respeito da relação entre profissionais de equipes distintas, revela-se que 67,85% dos profissionais classificam-na como boa ou cooperativa – 50% e 17,85%, respectivamente. Finalmente, em referência à relação dos profissionais com a comunidade, segundo 71,4% dos

entrevistados, é boa, 25% consideram que é muito boa e apenas 3,6% relatam-na como indiferente.

É importante estabelecer aqui a distinção entre interdisciplinariedade e multiprofissionalidade. De acordo com Peduzzi (1998) a interdisciplinaridade diz respeito à produção do conhecimento, com caráter epistemológico. Relaciona-se à integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento. A multiprofissionalidade, por sua vez, diz respeito à atuação conjunta de várias categorias profissionais, ou seja, diferentes áreas atuando conjuntamente, no foco de interesse da investigação. O trabalho em equipe multiprofissional, segundo Peduzzi e Palma (1996) e Peduzzi (2001), consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

Peduzzi (2001) observa a distinção entre duas noções de equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração dos trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação e a segunda pela articulação consoante a proposta da integralidade das ações de saúde. Ainda segundo a autora, a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização da área da saúde, e o trabalho em equipe na saúde da família, requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade, atenção primária, a qual toma a saúde no contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, prevenção e reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde. Nesse contexto, Schraiber *et al.* (1999) afirmam que a mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais no mesmo local de trabalho, não é suficiente para garantir a atenção integral. Segundo os autores, na avaliação do trabalho em equipe, assumem-se três concepções distintas, destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos de investigação dos resultados, a equipe é concebida como recurso no aumento da produtividade e da racionalidade dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade, estão os trabalhos que trazem para a discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde.

Estudos recentes das equipes do PSF revelaram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais e que, apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações da hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro (PEDROSA E TELES, 2001; BASTOS, 2003).

Para Peduzzi (2001), os profissionais das diferentes áreas, médicos e não-médicos tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo com discurso crítico acerca da divisão e da recomposição dos trabalhos. Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como o educativo, o preventivo, o psicossocial e o comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – assistência médica individual. Desta forma, segundo a autora, é possível observar a existência de tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, com tendência de isolamento dos profissionais em suas especialidades e competências. Então, a multiprofissionalidade por si não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos, uma vez parcelados, em direção de atenção holística, integral. Como salientam Schraiber *et al.* (1999), a eficiência e a eficácia dos serviços, nesta perspectiva, requerem modalidade de trabalho em equipe que traduza forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais.

Como sugestão para reversão dos problemas do trabalho das ESFs, Barboza e Fracolli (2005) propõem um mecanismo gerencial (fluxograma analisador) que permite às equipes verificar o andamento das ações, levando à resolução dos conflitos internos. O “fluxograma analisador” constitui instrumento de análise, que interroga o “para que”, o “que” e o “como” dos processos de trabalho, o que é feito em reuniões grupais. Afirmam que o procedimento leva a serviços mais descentrados da lógica medicocêntrica além de atuar sobre as disputas entre os diferentes profissionais dos serviços de saúde.

#### **1.4 Objetivos da pesquisa**

Ao estudar o trabalho em equipe, é importante conhecer como cada profissional conjuga o trabalho individual e coletivo, e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Com base nesses pressupostos, observamos a experiência de trabalho de vários profissionais que compõe equipes do PSF, buscando identificar evidências de articulação entre ações e a interação entre os profissionais da equipe de saúde da família, com vistas à construção de projeto assistencial comum, assim como os fatores que vêm facilitando ou dificultando a construção do projeto.

O objetivo central desta pesquisa é, portanto, a investigação do trabalho real das equipes de trabalhadores da saúde dos Programas de Saúde da Família no Ceará. Busca-se identificar as características de atuação do grupo de trabalhadores das ESFs dos estabelecimentos do SUS, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. A investigação procura focalizar as percepções dos profissionais sobre as práticas e o trabalho na equipe multiprofissional, bem como os principais entraves à criação do projeto comum à equipe.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Devido à complexidade e à natureza multidimensional da análise proposta, foi adotada perspectiva qualitativa de exploração do assunto, e, para obtenção dos dados, a técnica da análise coletiva do trabalho (ACT), preconizado por Ferreira (1993).

De acordo com Turato (2005) o objetivo principal da pesquisa qualitativa foi a apreensão de significados e, neste estudo, o foco de interesse recai sobre as estruturas sociais do trabalho das ESFs e os significados para os sujeitos da pesquisa.

### **2.1 Participantes**

Este estudo foi conduzido no município de Fortaleza, possui, a maior taxa populacional e densidade demográfica e, possui um maior número de profissionais trabalhando nas UBSFs. Apesar disso, alguns profissionais participantes não residem ou não trabalhavam em Fortaleza, caracterizando grupos mistos quanto ao território.

As categorias profissionais investigadas foram de médicos (Md), enfermeiros (Enf), cirurgiões-dentistas (CD), agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de consultório dentário (ACD).

### **2.2 Critérios de Inclusão e abordagem dos participantes**

A composição dos grupos focais foi planejada de modo a serem homogêneos e funcionais. O número de participantes variou de cinco a doze em cada uma das categorias profissionais analisadas.

Os participantes foram convidados para as reuniões por meio de associações profissionais e outras entidades que promovem cursos de especialização e aperfeiçoamento. Nenhum outro critério de inclusão foi utilizado, senão o fato de o profissional estar trabalhando ou ter trabalhado em atendimento primário, na ESF ou ESB em Unidades Básicas de Saúde.

### 2.3 Entrevistas Coletivas

O método de coleta de dados foi a ACT, que consiste, essencialmente, em grupo focal composto de trabalhadores voluntários. Nas reuniões com os grupos, o fio condutor foi a descrição das atividades diárias dos trabalhadores.

O sentido do trabalho e a forma de captação do indivíduo e da relação com o ambiente sociocultural de sua atividade são expressos pela linguagem. Santos (2003) discute os reflexos das experiências psicossociais dos indivíduos no processo de representação lingüística do universo do trabalho que executam. Para a autora, a fala dos trabalhadores sobre a própria atividade é um recurso valioso no desvelamento de sua atividade de trabalho e dos fatores que a determinam. Assim também, Ferreira (1998a e 1998b) enfatiza a importância da linguagem como instrumento de compreensão do trabalho.

A ACT é uma técnica baseada nas percepções dos trabalhadores sobre a ação. A participação deve ser voluntária e deve ficar claro para os participantes de que não se trata de atividade promovida pelos empregadores. Para isso, os trabalhadores são convidados a participar de uma ou mais reuniões fora do local de trabalho, identificado como não patronal. Na condução da reunião é necessária a presença de, no mínimo, dois pesquisadores, sendo um deles, pelo menos, com prática na análise ergonômica da atividade. Antes de iniciar a ACT propriamente dita, os pesquisadores fornecem explicação inicial sobre os objetivos da pesquisa, em que se salienta que o fim da reunião é conhecer o trabalho real dos participantes. Deve ficar claro para trabalhadores e pesquisadores que não se trata de estabelecer um grupo terapêutico e deve-se evitar promessas de mudanças. Durante a reunião solicita-se aos trabalhadores que expliquem aos pesquisadores o que fazem no trabalho. O interessante é que, nesse momento, apresenta-se uma inversão do saber: os trabalhadores detém o saber e os pesquisadores nada sabem. A pergunta condutora é “o que você faz”, questão positiva que difere das colocadas nas investigações da saúde dos trabalhadores, normalmente de cunho negativo. Boa técnica é solicitar que os trabalhadores descrevam um dia de trabalho. Na explicação, cria-se espaço de reflexão sobre o fazer. Não é um processo usual de trabalhadores acostumados a não refletir sobre a atividade exercida, mas apenas sobre resultados. A pergunta deve ser respondida o mais exaustivamente possível. Ao diálogo instaurado, constrói-se a descrição do trabalho. Como o processo ocorre em grupo, a

“consciência” adquire um valor ainda maior porque os outros colegas se identificam com quem está falando. Assim, a ACT promove uma série de descobertas coletivas sobre a atividade e funciona como propulsora de mudanças de comportamento. É importante salientar que o anonimato dos trabalhadores é garantido. A ACT diferencia-se da psicopatologia do trabalho ou psicodinâmica do trabalho, visto que não se utiliza da teoria psicanalítica na análise dos resultados (FERREIRA, 1993, 1998b).

A escolha da técnica visa conhecer a situação de trabalho das ESFs e ESB pelos envolvidos, isto é, os profissionais de saúde participantes do PSF. A técnica permite apreender a dinâmica social por meio das atitudes, opiniões e motivações expressas nas interações grupais e explorar as necessidades da equipe (WESTPHAL, 1992; MINAYO, 1992).

## **2.4 Procedimentos**

As reuniões dos grupos foram realizadas nas respectivas sedes das associações, instituições de aperfeiçoamento ou em espaços de reuniões da própria unidade de trabalho, deixando-se, claros os objetivos.

Com cada grupo foi realizada uma reunião com duração mínima e máxima de 30 minutos e 2 horas, respectivamente, com o cuidado de respeito do início e término do horário previsto, seguindo orientação do método de grupos focais (DALL’AGNOL E TRENCH, 1999). Houve a preocupação também em assegurar a privacidade, conforto, fácil acesso e ambiente neutro para as entrevistas (RESSEL *et al.*, 2002). As cadeiras eram posicionadas em círculo e os pesquisadores em locais estratégicos para evitar a centralização. O arranjo dos assentos é importante, para a participação de todos, interação face a face e bom contato ocular dos participantes, ou seja, distâncias iguais entre todos, dentro do mesmo campo de visão (DALL’AGNOL E TRENCH, 1999).

As reuniões foram gravadas por três gravadores digitais, dispostos ao redor do grupo a fim de que as falas pudessem ser audíveis para transcrição.

## **2.5 Análise dos Dados**

As entrevistas foram transcritas e posteriormente analisadas pelo método interpretativo, buscando verificar o trabalho real dos profissionais de saúde, as relações entre os membros das equipes e os principais problemas de integração. Para a análise seguiu-se a estratégia de Lefèvre et al. (2000).

## **2.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa**

Considerando a resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, os participantes foram informados verbalmente dos objetivos da pesquisa, garantida a utilização dos depoimentos apenas em trabalhos de caráter científico (livros, artigos para publicação em periódicos e relatórios de pesquisa) elaborados pelos pesquisadores.

Devido às implicações legais e a fim de manter os princípios éticos, as identidades dos sujeitos foram mantidas em sigilo e as informações confidencialmente garantidas. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do Ceará, antes do início da coleta de dados, com parecer favorável.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As reuniões grupais transcorreram em clima ameno e agradável. Os participantes, em geral, pareceram estar bem à vontade para conversar sobre sua atividade e os problemas do seu dia a dia.

A maioria dos participantes dos grupos realizados é composta por mulheres, cuja tendência tem sido observada entre os profissionais de saúde em todos os países, incluindo o Brasil (MACHADO, 2002; ELLIS E HARTLEY, 1998). O fato está ligado ao papel de cuidador da mulher na sociedade, principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados prestados aos membros idosos da família.

Quanto à faixa etária dominante dos participantes, houve variações entre os grupos. O grupo de médicos e cirurgiões dentistas é composto por profissionais relativamente mais jovens do que de outros grupos.

A análise do conteúdo das entrevistas mostra que relatos com dois temas principais: (a) aspectos relacionados à jornada de trabalho, horários, tipo de vínculo empregatício, entre outros, e (b) aspectos do modelo de atenção utilizado que, em última instância, se refere ao projeto comum construído ou (des) construído pelas equipes no decorrer da ação.

O Quadro 1 apresenta esquematicamente os temas e as categorias na análise do discurso dos cinco grupos realizados.

Quadro1: Esquema da análise dos discursos dos grupos focais.

Tema 1: Componentes formais do trabalho				
Contrato e vínculo empregatício	Salários e direitos trabalhistas	Jornada e horários de trabalho	Formação, capacitação e treinamento	Condições de trabalho
Tema 2: A equipe multiprofissional e os modos de trabalho				
Territorialização, áreas e tamanho da população atendida: acesso e universalidade da atenção?	A equipe, ou melhor, a falta dela	A prática: substituição das práticas tradicionais, atenção integral?	Ações de acolhimento, promoção e educação em saúde: quando o modelo funciona	Interdisciplinaridade?

### 3.1 Tema 1: Componentes formais do trabalho: contrato, salário, jornada, horário e condições físicas de trabalho

#### *Contrato e vínculo empregatício*

O PSF constitui, atualmente, fonte de emprego em expansão para os profissionais de saúde, no Brasil. Machado (2002) indica que existem diversas modalidades possíveis de contratação de profissionais do PSF; além do tradicional concurso público, que demanda a criação de novos cargos efetivos, os municípios podem manter convênios com organizações não-governamentais (ONG) ou cooperativas; contratar profissionais mediante empresas, por meio de licitação (terceirização); contrato temporário, renovável por até quatro anos; e cargos em comissão, estabelecendo vínculo temporário com a administração pública.

Em geral, o vínculo trabalhista das ESFs é formalizado por meio de contratos de trabalho temporários ou outras formas precárias de incorporação, como mostra Paim (2002). A instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que

provoca, no profissional, são os principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF (TRAD, 2003). A precariedade dos contratos e a não garantia dos direitos trabalhistas figuram entre as queixas mais recorrentes dos médicos do programa.

Meneses, Rocha e Trad (2005), em pesquisa qualitativa do trabalho do médico do PSF, mostram que os médicos mantêm vários vínculos de trabalho, desenvolvendo ações em contextos organizacionais diferentes do público e privado, norteados por lógicas particulares de funcionamento. Além disso, nesse estudo, a maioria dos profissionais médicos concilia (ou tenta conciliar) múltiplos vínculos institucionais, o que lhes demanda permanente movimento de ajuste situacional.

Os médicos participantes desta pesquisa afirmam haver dois tipos de vínculo: empregados da prefeitura, funcionários dos antigos postos de saúde, especialistas, e os recentemente contratos especificamente para o PSF.

Segunda e quinta tem uma médica vinte horas, que vai lá dois dias e ela atende quarenta pacientes em dois dias que vai [Ela é do Estado, como é?] É Município! [É outro regime pra ela?] É assim, de certa forma, antes ela ia três dias. (Md)

Por exemplo, tem médico que atende mais ou menos das sete às oito, a gente chega e ele tá saindo.... ficam esses dois tipos de profissionais atendendo dentro da unidade, um no PSF e um especialista. (Md)

Além disso, no grupo de médicos, há acadêmicos de medicina que fazem residência no PSF.

O médico é um residente, tem três equipes que é um residente em cada equipe. (Md)

Por outro lado, queixam-se de que alguns profissionais, por manterem múltiplos vínculos, não estão disponíveis para o PSF como devem.

[...] porque esse doutor que está chegando ele é funcionário do hospital tal e ele só vai ficar de manhã, porque de tarde ele vai tirar biloto ... ele é o privilegiado e você não é. (Md)

Especificamente no Ceará e, em especial, na cidade de Fortaleza, dada a grande demanda de profissionais de enfermagem, no início da implantação do PSF, o governo do Estado contrata por meio de cooperativas de trabalho, forma de evitar a burocracia dos concursos e permitir a contratação mais rápida dos profissionais. No entanto, várias denúncias são feitas em relação ao mau uso dos recursos humanos e materiais pela cooperativa e, atualmente, o tipo de vínculo está se modificando com a realização de

concursos públicos. Em relação às enfermeiras, há também dois tipos de vínculos principais: concursadas e as que anteriormente haviam sido contratadas por cooperativas, e atualmente a equipe de enfermagem começa a atuar em múltiplos espaços, por exemplo, PSF e hospitais e/ou em outros serviços de saúde.

Ainda tem muito cooperado, em todo concurso, mesmo que fique, tem cooperado. (Enf)

Em geral, a coordenação das UBSFs fica a cargo do pessoal de enfermagem.

A minha [coordenadora] é a enfermeira do posto. A minha também é enfermeira. Lá do nosso também é enfermeira. A minha é enfermeira também, é muito boa ela. (Mds)

Silva *et al.* (2001) discorrem sobre a inserção dos enfermeiros na rede básica de duas cidades paulistas, mostrando que a absorção da profissional tem sido crescente, desde os anos de 1980 e 1990, quando da implantação do SUS. Segundo os autores, isso se justifica pela capacidade de esses profissionais atuarem na organização e implementação do funcionamento da rede. Das 233 enfermeiras entrevistadas, no município de Campinas, 58% trabalham em serviços locais (UBS) e 42% em serviços especializados. As principais atividades se organizam em seis áreas: administração, coordenação de recursos humanos, educação de pessoal, informática, administração em saúde e vigilância em saúde.

O ACS representa significativo ator político no cenário da assistência à saúde e de sua organização, principalmente no PSF. Na América Latina, a inserção dos agentes, nos serviços de saúde, ganha impulso, quando os Ministérios da Saúde da América do Sul receberam apoio financeiro de agências internacionais para começar a capacitação e utilização desses trabalhadores. Outro fator que contribuiu para sua inserção nos serviços de saúde é que médicos e enfermeiros, além de profissionais caros para o sistema, não se dispunham a trabalhar nas periferias e zonas rurais, e o agente bem preparado poderia desenvolver cuidados básicos em saúde (FERRAZ E AERTS, 2005).

A primeira experiência de ACS, como estratégia abrangente de saúde pública estruturada, dá-se no Ceará em 1987, encampada pelo Ministério da Saúde, mais ou menos, nos mesmos moldes, em 1991, com a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (TOMAZ, 2002, SOUZA, 2001). A implantação é iniciada pela região nordeste. A meta do Ministério da Saúde é implantar 45 mil ACS em todo o Brasil, respeitando os Estados e municípios interessados na adesão, transformada

decisão política de fazê-lo (SOUSA, 2001). Em 1998, o PACS atinge todas as regiões do país (BRASIL, 2001b:33), com cobertura populacional de 69,9% (Norte), 60,2% (Nordeste), 43,7% (Centro-Oeste), 17,0% e 2,9% (Sul e Sudeste, respectivamente) (OLIVEIRA *et al*, 2003).

Cada equipe do PSF possui em média de quatro a seis ACSs, variando de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe (BRASIL, 1995). Silva e Dalmaso (2002) destacam que, para muitos, tornar-se agente comunitário de saúde é uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho e, para outros, representa reconhecimento e remuneração do trabalho, como voluntário na comunidade.

Dois ACSs participantes deste estudo se incorporaram ao PSF desde o início do PACS:

Eu e a Vânia somos as mais velhas daqui, né, eu tô com treze anos como agente de saúde. Eu entrei assim, houve uma seleção... como aconteceu agora recente né, só que a gente passou seis meses fazendo um treinamento, o que era o nosso trabalho, como que a gente atendia, como que a gente ia fazer as visitas, assim, uma preparação para a gente ser agente de saúde. (...) a gente fez a inscrição pro concurso e ninguém sabia o que era agente de saúde, inscreveu-se pela oportunidade de emprego. (ACS)

A maioria dos ACSs entrevistados tem vínculo com firmas contratadas pelas prefeituras, “terceirização”. Há grande insatisfação com esta modalidade de vínculo, inclusive devido ao atraso de repasse dos salários e da falta de cumprimento das obrigações trabalhistas, como o depósito do FGTS:

[..] além da gente se sacrificar na área, ainda tem, ainda não tem definido o pagamento da gente. A gente fica ligando né e não tem previsão. [..] aí a gente tem que todo mês, é sagrado, fazer protesto no sindicato, todo mês, tem que ir lá reclamar pra poder pagar até o dia dez. Ou seja, vamos supor o mês da gente encerrou no dia vinte de janeiro ao dia 20 de fevereiro, é dia dez de março, ou seja, tem mais de vinte dias, aí fica, culpa para a secretaria municipal de saúde, que culpa a empresa terceirizada. (ACS)

Mas se bem que tem gente que não tá depositando [FGTS]. Por isso eu nem me preocupo, as meninas dizem, ah mulher vai atrás, eu não vou, do que adianta pegar uma folha que só tem zero, zero, zero. Até porque eu conheço meus direitos. (ACS)

Os cirurgiões dentistas foram recentemente incorporados ao PSF e, de certo modo, se configuram como grupo à parte, dada a falta de tradição de vínculo com o programa.

Em 1998, os resultados da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em convênio com o Ministério da Saúde, mostram que aproximadamente 29,6 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista e, entre aqueles que ganham até um salário mínimo, o número de pessoas que nunca estiveram em um consultório dentário é nove vezes maior do que entre os que ganham mais de 20 salários mínimos. Segundo a pesquisa, portanto, cerca de 12,5% da população brasileira não tinha acesso a serviços odontológicos. Importante salientar que, em áreas rurais, o número sobe para 32% (IBGE, 2002).

Nesse contexto, o MS propôs, como estratégia de reorganização da atenção básica, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal no PSF, com o objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira ao tratamento dentário. A estratégia deveria ser feita pela atuação de equipe composta pelo cirurgião dentista (CD) e um ou dois auxiliares (ACD), para identificação dos fatores de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas, levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades (Brasil, 2001c definitivamente incluídas na estratégia do PSF em 2001 (BALDANI et al. 2005). As diretrizes do programa estabelecem que a ESB tem como foco a família, consolidando novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos vigentes ora caracterizados como curativo-mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar (BRASIL, 2001C E 2004; MATOS E TOMITA, 2004; BALDANI *et al*, 2005).

O número de ESB, assim como a proporção entre ESB e ESF, atualmente, fica a critério do gestor municipal, desde que não ultrapasse o número existente de ESF e considere a lógica da atenção básica (BRASIL, 2004).

Os dentistas inseridos no PSF, segundo Matos e Tomita (2004), vêm o serviço público como porto seguro, diante das questões postas pelo mercado de trabalho, distanciando-se da prática centrada na perspectiva do sistema.

Os cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa apresentam-se com pouco tempo de trabalho no PSF e relatam incursões em vários municípios, com pouca permanência, na perspectiva de melhoria de qualidade de vida, na proximidade com a capital cearense. O mesmo ocorre com os ACDs, recentemente incorporados ao programa.

Felizmente passei no concurso e... trabalhando agora recentemente em Fortaleza. (CD)

Trabalho no PSF de Caucaia, estou quase um ano já em Caucaia. O ano passado trabalhei em Itaiçaba. Passei quatro meses em Itaiçaba também em PSF. Saí de Itaiçaba porque lá eu ia passar a semana toda. Caucaia, não. É praticamente em Fortaleza. Eu vou e volto num dia. É mais cômodo, então eu vim pra cá. (CD)

Também como o colega me formei em dezembro [2005]. E no dia 2 (dois) fui trabalhar em Canindé, passei 6 (seis) meses lá, trabalhando e, felizmente passei no concurso aqui e trabalhando agora recentemente em Fortaleza. (CD)

### *Salários e direitos trabalhistas*

Os profissionais médicos e de enfermagem não fazem nenhuma alusão direta aos salários, mas referem que alguns médicos só têm interesse em trabalhar no PSF em função dos salários relativamente elevados, como emprego temporário, degrau para outros tipos de inserção profissional. O PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização". Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isso por si só garante atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários (FRANCO E MERHY, 1999).

Tem gente que tá dentro do concurso, só esperando passar o estágio probatório né e aí então... (Md)

Infelizmente não mudou, a grande maioria, muita gente que entrou no concurso é com essa visão mesmo de passar aquela temporada e depois voltar... (Md)

[...] ou seja, acabou o salário, a maior prova, é que acaba o salário, o primeiro que cai fora é o médico. (Enf)

Os ACSs, por sua vez, sentem-se desvalorizados, com salários aviltantes, apesar de alguns benefícios. Segundo o Ministério da Saúde, o agente comunitário deve ganhar, pelo menos, um salário mínimo por mês. Os recursos para o pagamento do salário provêm em parte dos governo federal e municipal e, em menor proporção, do governo estadual (Brasil, 2001d).

A gente tem que ganhar melhor, sabe, pra gente trabalhar melhor, ficar mais satisfeito, lógico. (ACS)

Eu acho que nós trabalhamos na realidade, é mais por caridade. (ACS)

Mas a gente recebe vale transporte e vale alimentação... o salário mínimo limpo e seco tem uma insalubridadezinha, mas que quando vem o desconto fica o salário limpo. A única vantagem que eu acho do agente de saúde morar perto do posto de saúde, é o vale transporte, é o dinheiro do vale transporte. (ACS)

Para Ferraz e Artez (2005), a renda *per capita* caracteriza os agentes como população de baixa renda, com inserção econômica muito semelhante à da população por eles assistida. Os resultados da pesquisa realizada pelos autores mostram que muitos deles têm um papel importante na sustentação econômica da família, é que têm como remuneração salário que correspondia, na época da pesquisa, a dois salários mínimos. Assim também, os entrevistados relatam suas vivências em relação à condição econômica.

Esse tênis aqui eu comprei por cento e poucos reais, aqui não é nem o dinheiro que um agente de saúde possa comprar... isso aqui é um tênis caríssimo, né. (ACS)

Eu tiro do meu salário de miséria pra comprar um protetor solar que é trinta e quatro reais. (ACS)

Entre os cirurgiões-dentistas há queixas quanto aos salários. De acordo com Baldani *et al.* (2005), as discrepâncias existem no sistema como um todo.

O cara sai daqui [Fortaleza] pra ganhar R\$ 1.800,00, R\$ 2.000,00, gasta R\$ 300,00 de passagem, num sei o que mais. (CD)

Alguns ACDs também se queixam do salário.

A questão do salário, é o salário da categoria né, que pra mim eu acredito que ele tá compatível com a nossa profissão. (ACD)

Que eu saiba, o ACD ganha o salário da categoria mas.. O salário da categoria até onde eu soube tá defasado, o salário da categoria de ACD tá defasado e há muito tempo, agora eu só não sou é especialista dentro da história porque o que ouvi foi da presidente do sindicato dos ACDs, que tá defasado e que ela tá lutando pra melhorias e tomara que aconteça né, porque a gente precisa estar bem, né, pra se sentir bem, mas enquanto isso não acontece, fazer o quê né. (ACD)

No PSF, os recursos humanos nem sempre são contratados como funcionários públicos e podem ser remunerados pela combinação de procedimentos e produtividade, isto é, remunerados por desempenho. No entanto, a produtividade acrescida aos salários depende da atuação do médico.

SNS – Secretaria Nacional de Saúde. A equipe do PSF é atrelada, ela só recebe os incentivos se tiver o médico. Onde todas as equipes que nós estamos trabalhando, a equipe só recebe os incentivos do governo federal, se existir um médico naquela equipe. Tem um médico na minha equipe, por exemplo, equipe 1 lá da cidade de \_\_\_\_\_, se um dia o médico diz: “eu não quero mais trabalhar. Meu salário é R\$ 7.000,00, é pouco, certo? “Eu não quero mais trabalhar”, ele vai embora e com 2, 3 meses, deixa de vir o incentivo, com todos os outros trabalhando, deixa de vir o incentivo. (Enf)

### *Jornada e horários de trabalho*

O horário de trabalho e a jornada não são iguais para todos os profissionais.

Rapaz, a gente fica assim, é de oito às doze e a gente fica de uma meia às cinco. (Md)

Eu sou a primeira que chego. Oito horas tô lá. (Md)

[teu horário de chegada?] Sete e meia. (Enf)

Geralmente quando chega no posto, são sete e meia. (ACD)

[O trabalho de manhã vai até que horas?] Até onze, onze e meia, meio dia, meio dia e meia, porque às vezes, eu vou saindo aí chega um, eu vou saindo aí chega um. (Enf)

Trabalho de oito às doze. Doze horas o moto táxi me pega, me leva para o self service, eu como em meia hora, doze e meia ele me pega, volto pro posto, trabalho até três. Três horas eu já tô liberada. (Enf)

A coordenação, ela chega oito, oito e um pouquinho. É, o horário delas é oito horas. Aqui o profissional tem que dar quatro horas por dia. É das sete e meia até onze e meia e das doze e meia até as quatro e meia. Porque eu moro muito distante, então pra mim fica mais fácil, sai melhor sair mais cedo. (Enf)

É, os médicos conseguem chegar bem antes de oito, que o horário oficial é de oito às doze e eles conseguem chegar bem antes, carro próprio, moram no município próprio, né. Nós chegamos antes de oito, na secretaria, nós que eu digo, são os dois enfermeiros, e chegamos no posto entre oito e vinte e oito e trinta, porque o carro nos pega na secretaria pra nos levar para o posto, que é quinze quilômetros da sede para o distrito, então em média, seria, oito e meia os enfermeiros nos postos e os médicos, oito horas. (Enf)

Os postos ficam abertos principalmente durante o dia, mas atualmente, para atender a demanda crescente, algumas unidades de Fortaleza instituíram o turno da noite. Quanto a isso, há várias queixas entre os profissionais, pois, de certa forma, as práticas do turno da noite fogem do modelo de atenção primária que se quer implementar.

[Já tá funcionando os três turnos?] Tá. Até onze horas da noite. E à noite no plantão do PSF e emergência, estica o atendimento. (Enf)

O funcionamento do posto aqui, minha filha, é uma bomba, direto, é igual cantiga de grilo, vinte e quatro horas, é dia e noite. (ACD)

É até a noite, aqui tem atendimento até a noite, até as dez, até as nove ...dentista, não. Dentista só até as cinco. (ACD)

Não, pra desafogar as emergências dos hospitais, tá entendendo, porque na emergência, na época das infecções respiratórias, diarreia, lota! Aí então, eles criaram esse terceiro turno em alguns postos, não são todos... Quando você foi fazer a opção de dar quarenta horas no PSF... tinha tarde e manhã, e o turno

tarde e noite, ou seja, você entraria uma hora da tarde, sairia às nove... Então quem vem à tarde e noite, vem à tarde e lá pras cinco e meia tá saindo, entende? Quer dizer, funciona mais ou menos em algumas unidades assim, não dão a carga horária, então fica assim, o turno da noite né? (Md)

Os ACSs, por sua vez, têm maior flexibilidade de horário pela própria natureza do trabalho. Tanto os ACSs quanto os ACDs, mostram uma preocupação com a assinatura do ponto.

Então, eu chego no posto né e vou primeiro assinar a frequência. (ACS)

Geralmente quando chego no posto, são sete e meia, assino o ponto... (ACD)

Assinada a frequência, os ACSs tentam resolver os problemas dos pacientes de “suas áreas”, na unidade, depois, as visitas domiciliares.

Eu chego aí assino, aí sempre tem um problema de uma pessoa da área, que às vezes quer uma consulta, às vezes tá com medicação atrasada, tá sem medicamento, aí a gente tenta resolver o problema aqui pra depois ir pra área. (ACS)

Após as visitas domiciliares, os ACSs voltam para casa, retornando às unidades apenas no dia seguinte:

Ninguém volta mais pra cá não, a gente vai pra casa [depois das visitas domiciliares]. (ACS)

Eu por devido morar distante, noutra regional, eu moro na regional I... eu estiro meu trabalho até duas horas, três horas no máximo, aí vou pra casa, porque pra mim vir e voltar, eu tenho que pegar quatro conduções. (ACS)

Para os CDs que trabalham em municípios da região metropolitana de Fortaleza, há desperdício de tempo no deslocamento até o destino final, muitas vezes distritos distantes. O deslocamento ocorre com todos os profissionais de saúde, em rodízios de carro, em determinados municípios da região.

Eu saio de casa 7 da manhã, enfrento mais ou menos 50 minutos de viagem, chego na unidade central na cidade de... A gente vai pro Posto Central – que eles chamam de hospital – unidade mista de saúde, né? Chegando lá eu demoro uns 15 minutos, lá na sede do distrito, cada dentista pega o seu transporte e vai pra sua unidade. (CD)

Tem outros profissionais que tão lá... moram aqui em Fortaleza, nenhum mora lá, vão e voltam todo dia. Então são três rodízios, com 15 profissionais, então os médicos estão em outros rodízios. (CD)

No entanto, nos discursos dos participantes, observa-se que os profissionais passam pouco tempo no local de trabalho e não cumprem a carga horária.

Aí a gente conta como quatro dias na semana, um dia pro atendimento coletivo e neste dia do atendimento coletivo não tem atendimento no consultório. (CD)

Até no atendimento coletivo a gente sugere que seja feita, porque na sexta à tarde já ninguém trabalha, né? Mas se não puder fazer outro dia, além da sexta, não tem problema. (CD)

Aqui em Fortaleza a gente trabalha [às sextas-feiras]. (CD)

A jornada de trabalho do ACD depende do atendimento do cirurgião dentista o que, às vezes, pode causar conflitos:

Porque eu como ACD, é ruim é, ficar até meio dia, uma hora da tarde limpando consultório. (ACD)

### *Formação, capacitação e treinamento*

Para Machado (2002) e Meneses e Rocha e Trad (2005), a maioria dos médicos do PSF, no Nordeste, é formada em escolas públicas com baixa qualificação especializada, segundo critério de residência médica: generalistas, pediatras ou recém-formados. Os médicos participantes da pesquisa são, em geral, recém formados, jovens e sem especialização, alguns, residentes do curso de medicina da saúde da família.

Não tenho experiência em promoção... não tenho experiência em formação de grupo, porque nunca tive tempo, então a residência pra mim, foi um momento assim, o objetivo que eu quero obter na residência é esse: a parte da promoção e prevenção. (Md)

Um dos participantes deixa, clara, a deficiência do seu curso em relação à formação para o trabalho no PSF.

Eu acredito que a mudança ela também parte dentro dos muros da universidade, né? quando se, os novos médicos, os novos dentistas também, as enfermeiras porque elas já têm uma história de, a formação social delas é muito forte, não é, pela própria história da enfermagem, mas a medicina e a odontologia não, é muito especializada, é muito tecnicista né, mas eu acredito que com as novas diretrizes curriculares, que exige a formação de um profissional diferente, mais voltado pra comunidade, atuante na comunidade, eu acredito que daqui a alguns anos quando esses alunos estiverem saindo né, e o caminho já batido né? por vocês assim, já comece a haver uma mudança na... população. (Md)

O agente comunitário de saúde atuante em grandes centros não é, a princípio, um profissional em sentido estrito, pois não dispõe de saber específico, auferido em instituição reconhecida. Tomaz (2002) afirma, em debate acerca de atribuições e competências do ACS, que se deve refletir sobre a escolaridade do profissional. Com a implantação do PSF, o papel do ACS é ampliado para além do foco materno-infantil,

para a família e a comunidade, além da exigência de novas competências no campo político e social. Para o autor, o ACS deve ter um grau de escolaridade mais elevado para dar conta do papel, bem mais complexo e abrangente.

A formação dos ACSs, nesta pesquisa, excetuando-se os que já estavam no programa há mais tempo, é feita nos moldes do mestre-aprendiz, como “cópia” de trabalho. Apesar de alguns terem feito o curso de auxiliar de enfermagem, há completo desconhecimento da lógica do trabalho do ACS.

Para aprender, nós acompanhamos quem já trabalhava... vendo o trabalho da --  
\_\_\_\_\_, a gente passou a copiar o que ela fazia. (ACS)

Quando eu vim pra cá, eu já tinha terminado meu curso, eu só tinha noção das doenças, das coisas, não do trabalho em si. (ACS)

Eu conhecia as doenças, o tratamento, mas não o trabalho [...] perguntei se eles iam capacitar a gente? Disseram que ia ter um curso... (ACS)

Os ACSs foram inquiridos sobre sua formação e alguns não tinham a formação de auxiliar.

Seria até bom se tivesse um curso de auxiliar, mas só que ninguém pode nem fazer esse trabalho, porque a gente chega na comunidade, as pessoas dizem ‘filha tire aqui minha pressão’ Eu trabalhei como professora né? e pra não ficar desempregada eu resolvi encarar... eu quase desistia, aí a doutora Patrícia me ajudou muito, foi comigo, ela mesma coma a enfermeira, mostrou a área, então já tinha a experiência também de trabalhado como voluntária, com comunidade carente, então isso me motivou, mas que na realidade eu fiquei, no início foi muito difícil para aprender, aprender mesmo na marra como diz o ditado. (ACS)

O MS, com a preocupação de formar e qualificar os ACSs, intensifica a habilitação de instituições formadoras, permitindo o reconhecimento de cursos técnicos na área. As secretarias municipais de saúde também podem manter cursos técnicos para qualificação de profissionais, desde que tenham escolas devidamente habilitadas e legalizadas. São cursos de formação e não de meras capacitações isoladas (Brasil, 2000a).

Os agentes comunitários entrevistados, na maioria, são auxiliares de enfermagem, com formação aquém das necessidades da demanda. Além disso, a determinação de quem faz ou não a adequação profissional é do gerente do posto de saúde.

Não tem nenhuma possibilidade da gente crescer... um curso de técnico de enfermagem, a gente ficou muito animado, ficou procurando quem tinha feito auxiliar aqui... (ACS)

Aí veio o técnico pra gente fazer, a gente ficou muito contente, porque eu não tenho condições de fazer um curso, porque eu não tenho. Embora seja só de três meses para não pagar, eu quero, não vou mentir, eu tenho família, tenho criança, aí a gente ficou contente, aí quando foi agora vão dizer que o agente de saúde não pode fazer, só vai fazer só o pessoal que trabalha como auxiliar de enfermagem. Eu tenho uma amiga minha que ela trabalha noutro posto, que ela tá como agente de saúde, mas ela... então eu acho isso uma discriminação né, custa capacitar quem não tem, eu não vou mentir não, quando eu comecei aqui, eu aprendi coisas na marra, na marra mesmo, com boa vontade. (ACS)

Os discursos mostram que os agentes comunitários de saúde almejam profissionalização, bem como a regulamentação do exercício profissional, que é o efetivo reconhecimento institucional e social da atividade. Há o desejo dos ACSs de se qualificarem para melhora de sua posição no mercado, mas esbarram em questões financeiras.

Até o próprio presidente do sindicato, ele deu um apoio pra gente fazer uma faculdade na UVA, Gestão em Saúde, mas se a gente ganha trezentos e cinquenta reais, o pouco que a gente vai pagar mesmo, eles dando um abatimento, cento e vinte real, tem como a gente crescer? (ACS)

Quanto aos profissionais das equipes de saúde bucal, convém ressaltar as dificuldades decorrentes de sua formação profissional tecnicista, com pouca ênfase em fatores socioeconômicos e psicológicos no processo saúde/doença e no desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (ARAÚJO E DIMENSTEIN, 2006). O problema vem sendo observado nas equipes de PSF de maneira geral (PEDROSA E TELES, 2001; SOUSA, 2002 E CONIL, 2002).

O cirurgião-dentista que trabalha no PSF vê-se freqüentemente diante de desafios, sentindo-se algumas vezes inseguro e despreparado para o exercício das atividades.

Tem outra coisa assim, que eu queria só pontuar que... em relação à questão da formação. A gente ainda não tá preparado, o dentista ainda não tá preparado pra ir pro PSF e isso tudo todos os profissionais que estão hoje no PSF foram formados num determinado currículo. (CD)

O Ministério da Educação deliberou sobre as novas Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, a fim de articular o ensino superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, inserindo os profissionais nos princípios e diretrizes do SUS (MATOS E TOMITA, 2004). É importante assinalar que a formação de acadêmicos de odontologia segue na contramão das necessidades do PSF e grande

parte dos egressos entende o paciente apenas como unidade dentária (NARVAI, 2002; STRUCHINER *et al.*, 1999; BALDANI *et al.*, 2005).

Também tem que ver com o lado do profissional. Eu me formei na Federal [UFC] e lá a gente só faz [canal] de pré [molar] a pré [molar]. Eu não vou me atrever a fazer um molar por que a dificuldade é grande. (CD)

Oliveira e Saliba (2005) concordam que o CD somente deva ser incorporado à equipe de saúde bucal da família após treinamento ou capacitação. O treinamento deve proporcionar, ao profissional, a compreensão política de saúde proposta pelo SUS. Todos, os dentistas entrevistados estavam fazendo curso de especialização em saúde da família.

### *Condições de trabalho*

Os entrevistados reclamam das condições de trabalho, pela estrutura física e equipamentos e/ou sua manutenção.

O posto tava em reforma, a parte física, mas assim, ainda tem muita coisa para melhorar, a questão de recurso, por exemplo: só tem uma sala com ventilador e trabalhar sem ventilador, você trabalha assim, numa certa pressa pra terminar porque não vai suportar. A questão também assim de computador para trabalhar com o sistema, tá uma guerra pra conseguir uma sala que tenha computador, impressora...(Md)

Porque assim, vai abrir, vai ter que ir pro sistema, marcar, o sistema, tem dia que o sistema vai entrar é nove horas, é um problema. O sistema eletrônico, o computador é muito antigo, uns aparelhos que não prestam mais, não tem manutenção, o programa de trabalho é horrível e fica aquela dificuldade de entrar. Liga computador, aí não acerta, não entra sistema, não começa a trabalhar, ninguém começa. Aí, por isso atrasa. Chegasse lá, já tivesse tudo em ordem, começava sete horas, mas a gente sabe tanto que não começa, que a gente já faz outra coisa antes de começar. (Md)

O que falta na unidade pra ficar assim bem bacana mesmo, certinho, funcionando bem, falta só material de insumo mesmo, falta fita, falta aparelhos em geral, falta aparelho de pressão, mas cada um da gente leva o nosso, agora a fita a gente não leva porque é um material mais caro, que a gente gasta, é descartável, né, mas assim, se a regional tivesse recurso pra liberar o que falta, as equipes ficariam funcionando muito bem. (Md)

Aí eu chego, a gente não tem um computador lá, é escrevendo, assim, eu encontrei muita coisa assim que não foi do jeito que eu aprendi, muita coisa. (Enf)

Um cadastro dele de dez dias... jogado assim em qualquer lugar, eu pedi, fui lá na secretaria e pedi para fechar o posto um dia pra mim organizar as gavetas pra ver se eu consigo entender o que é que estão fazendo aqui, porque até então eu não conseguia. (Enf)

Tinha todos os prontuários, porque ... do tempo informatizado, existe um envelope e a gente cadastra, fica o envelope no prontuário familiar, existiam todos os envelopes, mas não existia nada dentro desses envelopes. (Enf)

Mas existia muita desorganização. A gente tem um cartão do planejamento familiar. Todos os cartões atrasados. (Enf)

Enquanto isso eu faço o atendimento no posto antigo, com um birô, duas cadeiras e uma caixa de remédio para atender e a máquina pra fazer os pré-natais ou prevenção. (Enf)

A demanda. \_\_\_\_ é muito grande. São quatro vagas de dentista, só tem uma cadeira, né? (CD)

A gente precisa de um consultório pra trabalhar, a gente precisa de material pra funcionar. (CD)

Na parte de odontologia, precisa raios x, e não tem muitas unidades. (CD)

É questão de todos os grupos: disponibilidade de carro para as visitas aos domicílios e outras instituições.

A gente tem um grande problema, o carro lá vai um expediente e esse tempinho é pra fazer a visita de quatro equipes, só tem um tempinho que... é assim, o carro pega equipe por equipe, imagine, menina, é uma correria. (Md)

Para fazer as visitas –A pé. (Enf)

A minha área de abrangência são três quilômetros e meio, de carro, ou seja, não dá pra ir a pé...por causa do carro, tem um negócio de estourar a quilometragem do carro; quando estoura a quilometragem o carro não vai pra unidade, então tem que ficar esperando. (Enf)

[é um carro para as seis equipes?] É. E é um turno pra cada uma. (Enf)

Já vai ser três semanas sem ter carro... três semanas sem ter carro. (Enf)

Porque a gente vai na área, marca e quando chega aqui o carro não vem... aí o médico não vai...(ACS)

Uma coisa incrível que tá acontecendo no PSF é a visita, que é o ponto forte do PSF, que é aquela visita a quem não pode vir até ao posto. Não tá acontecendo porque chega uma data do mês que a cota do carro ultrapassa e não vai, Como é que o PSF continua a visita domiciliar? (ACS)

Aí um outro caso isolado é áreas que não são sendo visitadas, as visitas domiciliares, tá faltando carro pra levar, agendar visita. (CD)

### *Resumo do Tema 1*

Pelos discursos dos participantes, as unidades têm dificuldade na contratação de profissionais, principalmente de médico. Os profissionais são contratados de forma

precária, dificultando a formação de vínculo saudável com as instituições. Além disso, a formação nem sempre se coaduna com os princípios de trabalho do PSF e não há formação continuada. Os salários, excetuando-se os dos médicos e enfermeiros, são baixos e aviltantes em alguns casos. Por outro lado, as condições físicas de trabalho são bastante precárias, com falta de equipamentos para as atividades administrativas da unidade e atendimento adequado dos pacientes. Nessas condições, qualquer serviço de saúde tem o atendimento prejudicado e é o que acontece nas unidades.

### **3.2 Tema 2: A equipe multiprofissional e o modelo da atenção básica**

O SUS tem como princípios e diretrizes constitucionais e legais de funcionamento: universalização do acesso, integralidade da atenção, a equidade, descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social. Para cumprimento, requer-se a reordenação das práticas sanitárias e, conseqüentemente, a transformação do modelo de atenção prevalente anteriormente (BRASIL, 2001d). O PSF envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que, segundo documentos oficiais, têm se mostrado eficazes para a reorganização da atenção básica, o que possibilita, por conseguinte, o reordenamento dos demais níveis da atenção no sistema local de saúde (BRASIL, 1997).

Apesar dos esforços em direção a esse modelo de atenção, na prática, há problemas, segundo os entrevistados, de impedimento ao seu desenvolvimento eficaz.

*Territorialização, áreas e tamanho da população atendida: acesso e universalidade da atenção?*

A territorialização ou adscrição da clientela é o princípio que regula o acesso da população às unidades, que atendem pessoas residentes em território de abrangência definido. Para isso, as famílias da circunvizinha são cadastradas, segundo o modelo. No entanto, diversas queixas de profissionais se relacionam à demanda, pois o número de famílias cadastradas é, em geral, muito grande e as unidades não têm condições de atender a todos eficientemente, o que, é claro, prejudica a universalidade da atenção ou

o acesso aos serviços. Além disso, surgem queixas à demanda espontânea de não cadastrados.

Essa demanda tá muito grande, quer dizer: está faltando realmente equipe pra você organizar como é pra ser, porque se você tivesse um número suficiente de equipe pra cobrir aquela área. (Md)

[...] até na contagem que eu fiz, na última a gente fez a divisão, só pra contar as casas, pra gente dividir. (Md)

[...] aí você agendar também pra quem é da área ou não, vamos ver a área de abrangência, a gente não tem cobertura de PSF muito grande e a gente vai agendar pra eles também, né? (Md)

[...] na minha unidade já é tudo perto, o povo que não está em área coberta pelo PSF, que não tem médico residente, esse povo marca no SAME. A gente acolhe só a nossa área de cobertura, que ele já sabe, todos já sabem lá, porque acho que nós começamos o acolhimento bem no começo do ano de dois mil e seis, colocamos o acolhimento, aí ficou bem arrumado, as pessoas já tão, o outro povo que não é da área coberta marca no SAME. Até quando chega um paciente que não é da nossa área, ele chega lá, mas a gente dá a palavra pra ele, ele fala e aí a gente, não, o senhor não é da área coberta, o senhor vai ser marcado lá fora, então ele vai, entendeu? Então o pessoal já sabe, já tá organizado no nosso serviço. (Md)

E a questão também, ah, o Bairro \_\_\_\_ é coberto pelo PSF, mas você tem uma pequena área coberta e um montante de área que o pessoal foi na regional pra fazer os limites de toda a Regional, coordenadores, agentes de saúde que conhecem a área, foram lá pra fazer os limites da área para unidade, até para direcionar o paciente né... mas o PSF só cobre esse pedacinho, o resto é do posto, é cadastrado naquele posto, mas é descoberto de PSF... Quer dizer, pra dizer que esse bairro aqui tem PSF, você teria que cobrir ele todinho, lógico que eles estão priorizando as áreas de risco, mas a gente sabe que na periferia tem aquelas condições, quem mora na periferia né, mesmo que não esteja numa área alagada. (Md)

Nas falas dos enfermeiros, o conceito de territorialização e adscrição da clientela fica explícito. Falam de cadastros que devem ser feitos para organização dos serviços nas áreas, mas reclamam do alto número de famílias, que foge ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tem uma comunidade que eu atendo, que é da minha área, que é como se eles tivessem, fizeram umas casas populares, aí todo mundo que não tinha condições, a população mais carente, foi pra essas casas populares. Essas casas populares é a minha área. (Enf)

[Com quantas famílias você trabalha?] Com setecentas e oitenta. [E você?] Cinco mil quatrocentas e noventa e quatro. [Famílias?!] Não, famílias a gente não tem esse total não, são pessoas. Bom, isso é estimativa, na realidade ninguém sabe ao certo. Mas é muita gente pra gente atender! (Enf)

A clientela dos ACSs é dividida por áreas, no território de abrangência, e cada um é responsável por uma ou mais áreas, por determinadas ruas e pela população. Os profissionais exercem certa relação de poder com a área, denominando-a de “minha área”, expressão recorrente nas falas.

É da nossa área. (ACS)

A demanda maior da minha área é de hipertensos. (ACS)

Na nossa área também é assim... (ACS)

A nossa é área de risco. (ACS)

Pelo menos da minha área eu não to tendo reclamação. (ACS)

O agente é responsável por até 750 pessoas da comunidade, sendo esse número flexível, pois depende das necessidades locais. Ele deve visitar cada domicílio, pelo menos, uma vez por mês (BRASIL, 2001d). No entanto, para a maioria dos agentes, não é possível visitar todas as famílias mensalmente, é que o número é muito elevado. A situação é evidenciada neste estudo, o que determina, segundo os agentes entrevistados, prioridade das famílias que necessitam de melhor acompanhamento, por exemplo, das pessoas em tratamento médico, com diabetes, em estado de gestação, hipertensos e crianças.

Tem as prioridades: os diabéticos, as pessoas gestantes, as crianças de zero a dois anos, os hipertensos, pessoas acamadas, então, são as prioridades e a gente visita mais essas pessoas, a gente tem que visitar todas as casas, mas a gente tem que dar prioridade a esse grupo de pessoas.(..) O trabalho da gente é muito diversificado. (ACS)

O número de pessoas atendidas por ACS é muito acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, o que dificulta o trabalho dos ACSs e outros profissionais da unidade. Além do mais, o número de ACS por equipe é pequeno para a alta demanda.

A demanda maior da minha área é de hipertensos que tá muito lotada de hipertensos né, tá muito lotada de hipertenso. (ACS)

Na minha [área] são três [ACS]. Não... duas[ACS]. Tem área que não tem nenhum agente, tem área que tem quatro. Na minha só tem dois. (ACS)

A saúde é precária né?, porque embora a gente tenha nesse posto de saúde seis equipes né, mas mesmo que todas essas equipes estejam trabalhando e com o atendimento das cinco da tarde até as nove horas da noite ainda não deixa de ter demanda, né? (ACS)

Com a divisão interna por áreas, há conflitos de atendimento da demanda. Os ACSs relatam que como nem todas as equipes possuem médicos, às vezes, têm que procurar agendamento com os médicos de outras equipes.

Eu acho assim o PSF muito distante dos agentes de saúde, porque cada um tem sua área, então não tem aquele contato que era todo mundo unido. Se tem um trabalho da área 01, o pessoal da área 02 não vai ajudar o da área 01, o 03 não vai ajudar o da área 01, eu acho assim, que o nosso serviço é comum...(ACS)

Eu briguei muito com o médico da área 02, então eu acho que ficou assim, uma barreira, sofri, entrei em depressão e tudo, por conta das complicações da área onde a gente trabalha e não são resolvidas, como a minha colega ali, eu encontrei ela semana passada, antes do carnaval chorando, porque ela é sozinha na área e se for pra outro profissional, ele não atende, a gente tem ir implorar pra o coordenador ir lá pedir para atender. Se numa área eles tem um médico, e tem outros profissionais no posto, ele poderia fazer aquele atendimento né. (ACS)

O trabalho do agente comunitário de saúde é pautado em ações que aumentam o vínculo do sistema de saúde com a comunidade e os encaminhamentos das pessoas às unidades de saúde. Isso nos leva a refletir acerca do possível aumento da demanda dos serviços de saúde e da necessidade da organização e da adequação dos serviços para atender à demanda criada, a infra-estrutura necessária para o adequado funcionamento do programa. É possível que, com a carga de doenças e de necessidades dos grupos populacionais atendidos, o número de famílias sob responsabilidade de cada equipe ultrapasse sua capacidade de resposta, necessitando, talvez, de redimensionamento do número de profissionais de cada unidade do PSF, conforme Solla (1996).

Na ESB ficam explícitos os conceitos de territorialização e adscrição da clientela. Os profissionais se apropriam dos termos e tentam trabalhar dentro da lógica do PSF. O território de abrangência também é dividido por áreas como no caso das ESFs.

[...] qual é a área dele [do paciente] pra ele saber e saber qual é o dentista que ele procura, porque a gente trabalha com quatro dentistas, com áreas diferentes. (ACD)

[cada um trabalha na sua área?] Correto. Conhecemos [a área], mas a gente tem mais conhecimento com as escolas né?, de tal rua a tal rua é da área 01, tal rua a tal rua é da área 02...(ACD)

Minha escola seria o quê, aquelas escolas que a área 04 tá atendendo né?, então seriam aquelas escolas que eu iria fazer, só que não é assim, a gente faz todas as escolas de todas as dentistas que vai da área 01 à área 07, que no caso, a 05, a 06 e a 07 é uma área que fica descoberta, mas que fica dentro, os dentistas pegam, é como se fosse uma área de abrangência, ela foi dividida entre os

dentistas que estão atendendo as áreas deles mesmo, aí eles pegam mais é por suas áreas. (ACD)

São quatro dentistas, então são três áreas descobertas. (ACD)

Por quê?, porque com a divisão das áreas, ficou bem melhor, porque a comunidade ela foi dividida, então no que dividiu ficou melhor, porque antes vinha a comunidade toda pro consultório querendo ser atendida ao mesmo tempo, e com a divisão das áreas, tem um dia de marcação que cada uma área, ela vem naquele dia daquela marcação, agenda e ela já vai pra casa tranqüila, sabendo que naquele mês ela vai tá sendo atendida. (ACD)

[Como foi feita essa divisão das áreas?] Foi com a integração do programa do PSF, aí veio com a divisão né? Isso, veio especificado da regional pra cada posto, cada posto tem a sua área de abrangência. (ACD)

Na odontologia, Baldani *et al.* (2005) encontram as mesmas dificuldades relatadas em estudo no Paraná. Segundo eles, alguns municípios do estado detêm população maior que o máximo recomendado. Isso reflete a dificuldade de algumas equipes, no desempenho das atividades pertinentes, por exemplo, visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção da saúde, bem como reuniões com a comunidade. Problemas de atendimento da população adscrita às equipes do PSF são relatadas por Conill (2002), em referência apenas ao trabalho médico.

Muitas vezes os pacientes moram distantes do local de atendimento curativo em odontologia. Há necessidade de deslocamento dos usuários, que, muitas vezes, dependem de veículos cedidos pela própria prefeitura.

Tem localidade 30km de distância da minha sede. Aqui no território, aqui na minha localidade, tem pessoas de 30km que vai fazer tratamento no consultório, né? Então, o que a gente faz? É... tendo os agentes de saúde, tal dia a localidade de Logradouros, por exemplo, aí, às vezes, a prefeitura diz “eu vou liberar o carro”. Ultimamente tá liberando, mas no passado não liberava. [...] Aí pára um carro naquele dia, 6h, 7h da manhã, pega aquelas 20 pessoas e leva lá pra unidade base, distante uns 20km, 25km, [...] e ali eu vou fazer os procedimentos naqueles pacientes. Aí no caso, eu chamo... a gente chama de expediente corrido. Isso é uma vez na semana que acontece isso Vale como expediente normal. Mas como a pessoa vem de longe e lá não tem restaurante, não tem nada, é começar e terminar e ir pra casa e... (CD)

A relação entre o número de atendimentos pelo cirurgião-dentista e as horas disponíveis para tais atendimentos, é de curto período, o que acaba refletindo na qualidade do atendimento.

Atendo 10 pacientes de manhã e oito à tarde. De umas 8h30min mais ou menos até umas 10h30min, 11h. Se vier emergência aí eu também recebo, mas dependendo do caso eu passo só a medicação.[...] Aí, saio pro almoço. Uma hora da tarde eu começo e termino 3h, 3h:30min. (CD)

Não, porque assim ... a gente sabe que é verdade. O maior número de paciente assim, tem gente que atende 8, tem gente que atende 12 pessoas por turno. Mas aqui em Fortaleza, eu apoio bastante, porque eles botaram 6 agendados e 2 urgências. Concluído esses tem que fazer o máximo pra terminar logo, pra pegar outros pacientes. Você atende melhor pra trabalhar com outros pacientes. (CD)

### *A equipe, ou melhor, a falta dela*

Quase todos os grupos relatam falta de profissionais nas equipes, por motivos variados, mas fica claro que há grandes dificuldades de contratação de médicos, principalmente para áreas mais carentes. Filmer *et al.* (2000) têm encontrado a mesma situação em vários países subdesenvolvidos: postos de saúde sem médicos. O problema que se coloca aqui é a ambigüidade do funcionamento do PSF. Se por lado pretende-se que a equipe funcione de maneira conjunta na integralidade da atenção, por outro, as unidades são a porta de entrada do sistema de saúde e devem atender à demanda espontânea e casos clínicos que não se enquadram necessariamente nos programas pré-agendados e com acompanhamento. Assim, o profissional médico passa a ser essencial na equipe, diferentemente dos outros profissionais (FRANCO E MERHY, 1999). Isso aparece claramente nas falas dos participantes.

São cinco equipes de PSF e tem, atualmente só uma tá incompleta, faltando médico, mas as outras equipes, as outras quatro estão completas, inclusive com agente de saúde e tem enfermeira, e tem atendente de enfermagem, e tem médico. (Md)

O médico é um residente, tem três equipes que é um residente em cada equipe e tem outras duas equipes que têm, aliás são seis equipes, tem outras duas equipes que têm os dois médicos E só tem uma equipe sem médico mesmo. (Md)

Aí o que acontece, aqui a gente não trabalhava... então não tinha realmente o agente de saúde, não tinha a equipe. (Md)

Mas tá faltando a minha enfermeira, quer dizer, enfermeira na minha equipe e agente de saúde não tinha, só vai ter agente de saúde nesse posto, só tem uma agente de saúde. E só vai ter agente de saúde quando entrar o pessoal do concurso. (Md)

[...] está faltando realmente equipe pra você organizar como é pra ser, porque se você tivesse um número suficiente de equipe pra cobrir aquela área. (Md)

Saiu, aí ficou eu e mais dois profissionais, que gerava tanto conflito, que não sabia o dia que... então não se agendava, porque muitas e muitas vezes eu saía de lá cinco horas, cheio de gente lá, quatro dias seguidos, o profissional não aparecia e ninguém sabia, não dizia nada, não era localizado, ele tinha umas coisas assim super inconstante. (Md)

Passava longos tempos sem médico e quando tinha médico, eram profissionais, que a gente que entrou, passava quinze dias já tava de licença, conhecia o secretário da regional né?, vivia de licença. (Md)

São seis equipes, cinco manhã e tarde e uma tarde e noite. [Não tem médico em nenhuma delas?] São seis enfermeiras e seis dentistas, todas mulheres [Mas agente de saúde tem?] Tem, mas é quebrado... (Enf)

Melhorou, porque assim, existem as desavenças... o médico, na quarta ele não vai, vai pro hospital...(Enf)

Uma auxiliar, serviço geral e eu tinha um médico, o médico ficou dois meses, aí ele saiu por problema, veio outro médico, ficou um mês comigo, saiu, até hoje eu tô sem médico, mas nesse lugar só vai inaugurar, só pode haver inauguração... o médico. Já tem cirurgião dentista, já tem tudo, só falta o médico e infelizmente, estou sem médico. Vou botar um posto aqui, vou botar só um birôzinho lá, uma cadeira... e vou começar a atender normalmente até chegar um médico pra gente fazer a inauguração. (Enf)

Nós escavamos de Barbalha, Juazeiro, Crato, pra conseguir uma faculdade por todo canto e não achamos nada, aí por último, passamos num hospital, o médico disse assim: você quer quando um médico... endereço, dei tudo, chegaram uns médicos de Recife, mas eram acadêmicos, e é porque a gente falou que queria médico formado (Enf)

Na minha são três, não! Duas. Tem área que não tem nenhum agente, tem área que tem quatro. Na minha só tem dois [agentes]. (ACS)

Tem eu [agente], não tem médico, uma enfermeira e a enfermeira tá de licença de dois meses [Na sua área só tem você de agente?] É, não tem médico e a enfermeira tá de licença de dois meses, aí é difícil pra cá [E como é que você faz?] É difícil, porque você chegar numa porta e dizer para a pessoa que não tem médico, que não tem enfermeira para atender, você fica de mãos atadas, não pode fazer nada. (ACS)

A minha [equipe] tá completa. A nossa dificuldade é enfermeira. Desde o início do ano, só três enfermeiras. (CD)

Porque no momento a gente tá sem o médico na equipe. O médico, no momento, ele teve que sair, porque passou em outro concurso, tá sem médico. (CD)

### *A prática: substituição das práticas tradicionais, atenção integral?*

Apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias, diante de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, é possível observar tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, como pontuado por Franco e Merhy (1999), havendo, assim, o risco de isolamentos dos profissionais nos “núcleos de competências” ou de ações realizadas de forma isolada e justaposta. Outro risco

potencial é a manutenção das relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde (MENESES E SILVA E TRAD, 2005).

A prática em saúde não pode ser dissociada da prática médica, e, na discussão, levam-se em consideração as peculiaridades da trajetória social da própria medicina. Nesse sentido, a substituição das práticas tradicionais de atendimento em saúde, segundo o modelo oficial, inclui novas práticas de atendimento médico. No entanto, Donnagelo (1979) assevera que a medicina tende a se revestir de um caráter de neutralidade, face às determinações sociais, e desta forma, tende a se distanciar das necessidades de saúde da população, indo na contramão dos preceitos do PSF. Schraiber (1993) afirma que o conhecimento médico é dependente de um contexto específico de produção de ciência em cada tempo e lugar. Esse conhecimento é traduzido em práticas relativamente autônomas e elitizadas que se organizam sob a forma de monopólio, acirrando o teor corporativo. O médico mantém com outros profissionais e pacientes relações marcadas pela imediatez que refletem o poder consolidado, graças ao saber técnico transmitido e cristalizado em interações dos médicos.

Alguns médicos, principalmente os com residência em Medicina em Saúde da Família, tentam substituir as práticas convencionais de assistência à saúde por práticas centradas na vigilância à saúde, ações nem sempre possíveis e tampouco bem aceitas pela população.

Eu já trabalhei seis anos no PSF em Fortaleza, e tinha assim, não era muito voltado pra questão básica mesmo, era só clínica, sem a parte de prevenção e promoção e tinha aquela clientela que estava lá, que a gente agendava, mas tinha um pouco mais digamos assim, da demanda espontânea, né. (Md)

Na persistência do antigo modelo, tem-se o sistema híbrido de atendimento: o básico, geral, centrado na vigilância à saúde, e o especializado, centrado na doença. Infelizmente, parte da população ainda prefere o antigo sistema, mais “rápido” e resolve, pelo menos, a queixa principal do paciente.

O grande problema é que você fica com esses dois sistemas no mesmo local. Por exemplo, tem médico que vai no posto e atende mais ou menos das sete às oito, a gente chega e ele tá saindo, aí ele tem uma demanda de dezesseis pacientes para uma hora, uma hora e meia e atende e de repente quando você, quer dizer, então como é esse atendimento? Quando você chega tentando educar, lidar com a virose, tem a necessidade. Não porque tem o doutor, o doutor é bem bonzinho, ele passa determinado remédio, já chega com aquela solicitação porque toda vida o doutor né? ela pede e o doutor passa né? porque o doutor não tem tempo de tá lá estimulando, questionando, então você não é doutora paciente se você não passa a medicação que ele quer, o exame que ele

quer, porque uma vez a gente questionou um paciente que chegou lá pra fazer um exame, fui questionar... então eu fui explicar, explicar, de que faixa etária a gente poderia e tal e tal né? fazer um rastreamento bem feito, fazer um planejamento familiar que ele era muito jovem, abaixo de vinte e três, vinte e quatro anos, aí fui explicar, aí depois ele falou: - “Puxa, né? aqui não era assim”. E continua os dois sistemas, um chegava e dizia, eu quero isso e isso e pronto. Quer dizer, é a vontade e a pessoa nem questionava muito a necessidade. Porque você não tinha tempo pra questionar ou para dizer porque tem uma demanda muito grande. (Md)

[...] ficam esses dois tipos de profissionais atendendo dentro da unidade, um no PSF e um especialista que atende e pronto. É isso aí, em uma hora atende dezesseis, vinte e por outro lado, nós aqui do PSF não, você vai fazer toda a história, quer dizer, demora uns quinze minutos a vinte minutos. A população acha ruim, fica lá fora: “Ah a doutora demora muito, bom é aquele que eu chego e atende logo, porque eu tenho que fazer o almoço, vou buscar menino, então assim, causa um conflito na cabeça da população. (Md)

A gente fica, se depara mais com as dificuldades do PSF porque existe esse choque nos profissionais, não existe assim você não vê uma questão, uma vontade realmente dos profissionais da área de saúde se engajarem no PSF, são poucos, ainda são pouquíssimos, mesmo com o concurso, tem gente que tá dentro do concurso só esperando passar o estágio probatório pra mudar pra sua especialidade. (Md)

De certa forma, a população também reforça o modelo antigo de atenção, aliado, às vezes, ao profissional médico e forma de atendimento tradicional.

A obrigação era pra esse profissional atender essa senhora, mas aí quando ela soube que era esse profissional, ela não quis, aí eu perguntei, mas por que? Aí ela disse: - Ah, não quero não, porque ele é muito grosseiro, é muito ignorante, não sei o que e pegou e saiu. Enquanto eu fui pegar uma água porque ela tava muito agitada. – “Ah não quero não”, aí ela já tava na bicicleta, aí eu fiz a cabeça dela: olha, espera um pouquinho, ele é um bom profissional, ele tem direito de lhe tratar bem porque o salário dele é pago por vocês, então ele tem a obrigação de tratar a senhora muito bem. Aí ela: “não, não, eu não vou não, se fosse a doutora tal, eu iria com o maior prazer, mas como é doutor fulano de tal, eu não vou”. Então eu achei aquilo um absurdo, ele tem que tratar bem todos, que é obrigação dele tratar bem as pessoas...(Enf)

Os médicos de residência estão atravessando uma série de barreiras, devido às mudanças da forma de atendimento da população.

[...] quando criaram essa história da residência, eu achei assim, que a residência agora vai melhorar, organizar, eu achei que era pra começar de uma maneira diferente, em alguns postos é uma complicação pra gente pela forma de atendimento, exatamente pelo número reduzido de pacientes que a gente atende [cerca de dez pacientes por turno], pela maneira como o paciente vai ser atendido, pelo acolhimento né? quer dizer, eles não aceitam e eu achava que isso poderia fluir normalmente, tá entendendo, aquele sistema antigo era pra mudar, mas noutros postos, neste que eu estou, eu não tive tantos problemas né? mas você vê assim dos colegas, que têm uns postos que a própria coordenadora não aceita, não existe uma aceitação assim daquelas pessoas, porque a gente sabe que infelizmente a saúde pública é um interesse político muito grande,

então aquelas pessoas, eles acham que vai atrapalhar, tá entendendo, porque vai fazer as pessoas refletirem, até a própria população, o que é que eu quero? Eu só quero que me entreguem a receita e eu vá embora, ou eu quero um atendimento melhor? Isso aí vai cair em número de atendimento, talvez a longo prazo, iria a população reconhecer né? e vai, assim como muitas vezes eu já atendi paciente que diz assim: doutora a senhora sabia que nunca ninguém me examinou desse jeito?, quer dizer, os pacientes estão se surpreendendo, que o atendimento médico existe, então isso aí está causando choque principalmente nas camadas que estão acima da gente né?, quer dizer, a nível de regional, tudo isso é uma coisa que você aceita ali né? entre aspas, mas cobra muito. (Md)

Diferentemente dos médicos, os enfermeiros, na formação, preparam-se para atenção à saúde mais centrada na educação em saúde, promoção e prevenção, mas, muitas vezes há dificuldades, dos próprios profissionais do PSF, sejam eles gestores ou não, e da própria comunidade.

Na segunda pela manhã e na quarta à tarde, eu tenho todos os idosos lá fazendo atividades, então eu gosto de educação em saúde, não sei, muitos lá dizem: é porque você saiu agora de faculdade, depois você esquece isso, eu pretendo não esquecer, eu gosto, gosto de estar próximo da comunidade e aí na faculdade a gente trabalhava com idoso, gestantes, adolescentes, fazendo prevenção e educação em saúde...(Enf)

Aí eu tô trabalhando com os hipertensos, comecei agora. Fui até eles dizer o que queria, qual era a minha idéia tal, eles adoraram assim, porque segundo eles ficam muito à margem da sociedade assim, e uma das coisas que eles não entendem tipo assim do remédio, os efeitos e tal. Aí a gente tá tentando trabalhar dessa forma com eles, já que estão lá a gente já vai, eu vou e trabalho lá com eles. Aí é assim: eles têm curiosidade de saber sobre o remédio [Aí você orienta?] Aí eu vou, vou fazer as palestras, às vezes levo cartazes, coisa bem dinâmica, pra não cansar. (Enf)

Estão para iniciar esse grupo,mas lá não tem conteúdo programado, eu tô tentando, mas não to conseguindo, sabe? [Você acha que a resistência é da comunidade mesmo?] Eu acho. (Enf)

...a gente tentou [fazer grupo de hipertensos], mas, na nossa [unidade], o nosso grande problema é com a implantação do grupo, porque ninguém quer implantar sozinho ninguém quer ficar sozinho, todo mundo quer contar com a ajuda dos outros, então a gente sentou, conversou e ficou programado assim, só que a gente não conseguiu. (Enf)

Os enfermeiros têm preocupação com os pacientes, no entanto, não falam do indivíduo como um todo, atenção integral. Os programas de atendimento são compartimentalizados: gestante, hipertenso, diabético, entre outros, o que “engessa” o atendimento, como observa Franco e Merhy (1999). Os enfermeiros enfatizam a educação em saúde dos grupos, mas se preocupam pouco com a referência e contra-referência (relações com o sistema secundário da hierarquização do atendimento).

[Quais são as atividades que você desenvolve lá?] É extensa né? Pronto, pra mulher: pré-natal, prevenção e planejamento familiar. (Enf)

Eu fiz uma parceria com o outro profissional enfermeiro, na terça eu realizo planejamento familiar, ela, pré-natal e na quarta, a gente inverte. Assim, ou seja, a mulher, ela tem prevenção, pré-natal e planejamento familiar na terça e na quarta, embora seja um profissional como o outro, ok? A quinta-feira são diabéticos. (Enf)

Quero formar um grupo de adolescentes pra trabalhar justamente isso [planejamento familiar]. (Enf)

Dia de segunda feira, eu volto do atendimento dos hipertensos e diabéticos, na segunda feira, eu faço puericultura e planejamento familiar, dia de terça, hipertensos e diabéticos, quarta pré-natal e quinta, prevenção. E visita eu faço sempre a tarde. (Enf)

Com adolescentes, só o planejamento familiar no momento, ok. Para o idoso, hipertensão, diabetes. O atendimento de idosos específico não, ele tá funcionando com demanda livre para o médico, a demanda livre dele, ele atende especificamente, hipertensão e diabetes às quintas-feiras, manhã e tarde. Puericultura, na criança, vacinação, para criança, programa de puericultura, que é segunda e sexta, com essa enfermeira, que inclusive em município do interior não tem puericultura, e a gente pega crianças de um ano a dois anos na puericultura e estamos conversando com ela agora, nós vamos marcar para abril, marcação das crianças obrigatoriamente, retorno aos quatro, pra pegar a vacina de reforço TTP e triviral, pra fazer essa cobertura. É, TB, hanseníase, são consultas só direcionadas, porque só são dois pacientes de TB e um de hanseníase no distrito todo que nós temos, ok? estamos com intenção de instituir o Dia da Mancha uma vez ao mês, porque nós deveríamos ter seis pacientes de hanseníase nesse mês de 2007 e só tem um detectado, que tá em tratamento, o que vem mais? Acho que isso é tudo. (Enf)

Eu, além disso, eu faço o pré-natal, aí coloco todas as pessoas que vierem, se a gestante não veio, eu, lá a gente tem um programa que é muito bom: o PROAME, que aí elas já sabem, tem um dia do PROAME, que se for pra todas as reuniões do PROAME, elas ganham um kit do bebê, então normalmente elas não faltam. E aí elas vão pras reuniões, aí a gente explica, todo o mês tem a reunião, aí vem todas as gestantes, aí a gente serve um lanche, faz a palestra, elas, aí assim, tinham uns tempos lá já definidos, desde do ano passado, aí uma vez eu comentei com elas assim, que ao invés de eu chegar e falar, eu propus que elas dissessem o que elas queriam ouvir, e funcionou muito bem, que elassempré falam o que querem saber 'não, eu não sei como é que cuida do umbigo' e aí surgiu sempre o tema pra gente desenvolver a seguir né? nas próximas reuniões, então, aí eu faço, na terça, na primeira semana do mês, eu faço o PROAME e na quinta eu faço o PROAME de manhã e pré-natal à tarde, na terça e na quinta, pré-natal o dia todo, porque são quarenta gestantes, aí como tem o médico, antes as enfermeiras, elas se responsabilizavam muito, então elas pegavam uma paciente de trinta e cinco anos e faziam todas as consultas de pré-natal sem a consulta do médico né, então, aí eu argumentei com ele o seguinte: como você tá aqui... os dias que nós estamos, nós dois, que eu faço uma consulta um mês, você faz noutro e assim a gente intercala e assim a gente tá fazendo, aí a gente pediu pra elas virem, das quarenta, as quarenta vieram. (Enf)

Em contraposição, cuidar, para os ACSs, é mais que tratar o indivíduo nas unidades de saúde, é prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se insere a população adstrita (SILVA E DALMASO, 2002). É importante assinalar que não há uma clara definição de atribuições e competências do ACS. Em função disso, profissional tem sido sobrecarregado com funções burocráticas que tomam lugar das ações a serem realizadas. Além do excesso do número de famílias, o número de horas dispensadas para as visitas, foco central do trabalho do ACS, é insuficiente.

Os ACS têm situação singular, uma vez que devem obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo entre a equipe e a comunidade, o que faz com que vivam o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde. Pela maior proximidade com o usuário, habitar o mesmo bairro, por adentrar frequentemente o domicílio do usuário, é importante que o ACS estabeleça relações pessoais no tocante às informações da saúde da família, garantida a privacidade dos com quem se relaciona na comunidade (FORTES E SPINETTI, 2004; BEZERRA *et al*, 2005).

Contudo, pela pesquisa, alguns casos não ocorre têm essa prerrogativa, comprometendo a lógica do atendimento.

Eu moro há quatro quarteirões daqui. Eu moro noutra bairro, mas dá pra vir a pé. (...)Mas a gente recebe vale transporte. A única vantagem que eu acho do agente de saúde morar perto do posto de saúde, é o vale transporte, é o dinheiro do vale transporte.(ACS)

Eu por devido morar distante, noutra regional, eu moro na regional I... eu estiro meu trabalho até duas horas, três horas no máximo, aí vou pra casa, porque pra mim vir e voltar, eu tenho que pegar quatro conduções.(ACS)

É importante considerar que a qualidade da relação entre agente e comunidade é apenas em parte determinada pelo tempo de residência no local, pois a empatia com a comunidade e vice-versa são fatores importantes para a integração do trabalhador.

Os ACS são elos da comunidade com a unidade, garantindo às pessoas acesso os serviços e insumos de que necessitem para a saúde. No entanto, a integralidade é parcial no que se refere à relação do ACS apenas com o médico e o enfermeiro, deixando outros profissionais, como CD, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, dentre outros, à margem, prejudicando a integralidade das ações.

A gente que marca [consulta para o paciente], aí a gente que consegue marcar. [...] porque ele sabe que a gente vai voltar e marcar pra ele. Faltou o medicamento, a agente de saúde traz a receita, remarca, volta, entendeu... [...] se perder a receita a gente marca, mas se faltar três vezes eu não marco mais, porque eu acho muita falta de responsabilidade, de compromisso, eu marco uma vez, duas, na terceira vez, a pessoa não vem porque não precisa, mas a gente faz tudo pra ele. (ACS)

Eu sempre faço isso, coisa que eu não deveria fazer, dar encaminhamento. Eu sei que eles não vão vir, aí pego o encaminhamento, peço para colocar na ficha dela e levo, porque se eu não fizer isso, o que é que vai acontecer, meu trabalho foi em vão, o trabalho do médico foi em vão e o do enfermeiro foi em vão também, porque aquela pessoa vai continuar doente, vai continuar sem fazer o exame e o que vai acontecer: o problema volta pra mim de novo. (ACS)

Os relatos remetem à discussão do papel do ACS, veiculando na comunidade saberes e práticas biomédicas. Essas práticas, por exemplo, o poder dos ACSs de marcar consultas para os demais moradores, podem ser valoradas de forma negativa, encarando o fato como forma geradora de privilégios, em que as pessoas mais próximas do ACS são beneficiadas em detrimento de outras. As práticas dos ACS podem também ser valoradas de forma positiva, tendo o ACS como importante aliado e mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, facilitando o acesso às consultas.

A gente fala com a enfermeira ou com o médico pra pedir a receita né? pra ele não ficar sem medicamento até o período de voltar pra consulta. (ACS).

Eu tive que ir deixar uma receita que nem da minha área é, que é da minha rua que trabalho e outra de uma rua que não tem agente de saúde, aí a outra menina que trabalha comigo não veio e a outra tá com nenenzinho. Eu fui deixar, eu fui porque, porque sabia que a pessoa não ia passar esses dias todinho de carnaval sem o medicamento controlado, então eu fui, eu até podia dizer [que] não é o meu trabalho, não é a minha rua, não é a minha função, se eu fosse por esse lado, eu ia... muito trabalho que eu faço aqui. (ACS)

As principais atribuições do ACS são de assistência familiar, identificação de situações de risco, acompanhamento e notificação de doenças, mobilização da comunidade a participar das atividades propostas, considerados “porta de entrada” do sistema de saúde, responsáveis pela disseminação de informações, ajudando as famílias na prevenção de agravos e utilização dos serviços, na coleta de dados de vigilância à saúde e indicação das unidades às pessoas que precisam de atendimento (GOYA, 1996). A principal atividade dos ACSs é a visita domiciliar. O agente conhece melhor as necessidades das famílias e, principalmente, desenvolve o trabalho educativo e eles sabem disso.

E nós, como elo de ligação, temos que estar sempre informados, sempre, sempre. E na comunidade nós somos assistente social, nós somos advogados,

nós somos delegados, nós somos psicólogos, nós somos tudo, além de ser agente de saúde. Porque todos eles confiam na gente. (ACS)

No entanto, o trabalho de vigilância à saúde ainda é menor, comparado ao atendimento clínico, visto que os próprios ACS ainda falam muito em agendamento de consultas para o clínico geral, receitas de medicamentos e encaminhamentos para médicos especialistas. A prevenção e a promoção de saúde ainda é um termo pouco expresso nas falas dos profissionais.

[...] sempre tem um problema de uma pessoa da área, que às vezes quer uma consulta, às vezes tá com medicação atrasada, tá sem medicamento, aí a gente tenta resolver o problema aqui pra depois ir pra área. (ACS)

A gente fala com a enfermeira ou com o médico pra pedir a receita né, pra ele não ficar sem medicamento até o período de ele voltar pra consulta, pra não ficar sem a medicação. A gente tapa o buraco. (ACS)

A visita domiciliar é o instrumento ideal da educação em saúde, pois a troca de informações se dá no contexto de vida do indivíduo e de sua família. As orientações não estão prontas, pois cada casa apresenta uma realidade e, com base na realidade, acontece a troca de informações. Nogueira e Ramos (2000) identificam, no trabalho do agente, as dimensões tecnológica, solidária e social, as quais consideram sempre em potenciais conflitos.

[...] as pessoas vêem que a gente atende aqui vem de casa, e são pessoas geralmente muito carentes, sofridas, às vezes, a gente nem resolve os problemas dela, mas só o fato de ouvi-las, já saem satisfeitas, não estou querendo dizer que as pessoas do posto não dão atenção às pessoas, muito pelo contrário, elas são muito bem recebidas na área, são bem tratadas.(ACS)

Os ACSs falam não terem condições de visita todas às famílias, pelo menos, uma vez por mês, o que, é claro, tem a ver com a área coberta pelo agente, também com o fato de eles realizarem outras atividades dentro do sistema de saúde, como cadastramento do cartão SUS, cadastramento do Programa Segurança Alimentar e da Bolsa Escola, dificultando, assim, o cumprimento das atividades diárias e rotineiras. Há uma profunda distorção das atribuições e competências dos ACSs conforme relato da “entrega dos exames”.

(...) porque assim, a prefeitura, a gente sempre entregava os exames né? ficava numa fila de espera, quando chegava a gente ia na casa pra entregar. Então a prefeitura contratou os correios para fazer esse trabalho, só que nunca acontece de ir, a gente continua entregando exames até de outras áreas. (ACS)

Um trabalho que era pra ser feito pelo correio, porque ao invés da gente ta entregando envelope. (ACS)

Dentre as ações integradas e hierarquizadas em odontologia, é necessária a instituição de rede de atenção secundária em articulação com as unidades de saúde do município, pela implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que realizam os procedimentos de complexidade maior, não atendidos pela ESB, por exemplo, tratamento de canal. Nem todos os municípios de Fortaleza têm, implantados, os Centros, o que prejudica a lógica do atendimento, e, mesmo nos que já têm CEOs implantados, a demanda é grande.

Lá, por enquanto a gente não tem essa parte especializada, mas já entrou em processo de votação, já foi aprovado. Estamos esperando pela votação da bipartite, né? Uma das últimas instâncias de aprovação de implantação do CEO, né? (CD)

É. Algumas cidades têm. Lá, a gente já, desde um projeto ano passado pra suprir as ofertas de indicação. Já foi aprovado no âmbito regional, estadual, já foi liberado o recurso, A gente recebeu o diário oficial da União. (CD)

Não tem pra onde mandar. Se mandar pra um particular, o paciente não tem dinheiro. Tem o especialista no CEO, como aqui em Fortaleza existe o CEO, mas o paciente vai ter que pegar uma senha, marcar uma data, Deus sabe quando é que ele vai ser chamado. (CD)

Porque a gente vê que a organização tá deixando muito a desejar. Nessa parte, o paciente chega com dor e você não tem como ter uma produtividade, porque já é um canal e você não faz canal. (CD)

No estudo de Baldani et al. (2005), 9,5% das equipes de saúde bucal admitem que a livre demanda é a porta de entrada do atendimento odontológico, o que demonstra dificuldade de adaptação à nova lógica de atenção proposta pelo PSF. Nesse caso, os usuários devem sair muito cedo de casa para “pegar” a fila e garantir atendimento.

[...] o pessoal não chega de madrugada. Seis, sete horas da manhã eles vão chegando. (CD)

Mesmo assim, pelos relatos, o programa tem contribuído para garantia de maior satisfação do usuário, quer pela maior proximidade com os profissionais de saúde, quer pela maior facilidade de acesso aos serviços.

No meu PSF a gente procura não utilizar o termo “ficha”, né? Como a gente vê que... ficha a gente associa a filas enormes, até do pessoal dormir de noite. Então assim, hoje como eu tô trabalhando aqui agora a gente procura mudar a realidade agora, né? E agora a gente trabalha com sistema agendado, não existe esse negócio assim de ficha, você dá pelo dia da ficha. Então assim, quando eu tô lá e uma pessoa assim: ‘tem ficha pra hoje?’ Eu digo: ‘Não é essa palavra ficha, não’. Tenho até orientado a minha atendente de dar duas vagas pra urgência e por turno. A pessoa chega assim: ‘cadê a ficha? Dá a ficha, aí. Tem tanta ficha aí?’ ‘Não. Ficha, não. Nós temos vagas pra urgência. Paciente com dor, paciente com abscesso...’. Então, assim, engraçado como essa visão de

ficha, assim, vem dando uma impressão horrível. Eu sempre associei a palavra ficha, o “dia da ficha”, o dia de dizer que as pessoas vão passar a noite na fila. Mas existe muito essa realidade muito enorme no interior, essa parte “o dia da ficha”, mas existem alguns cantos que estão mudando, a parte agendada... (CD)

As dificuldades de as ESBs trabalharem no PSF é reflexo do modelo de saúde vigente, cirúrgico e mutilador (BRASIL, 2000b). As práticas apresentadas pelos cirurgiões-dentistas entrevistados ainda estão distantes do caráter substitutivo, visto grande parte do atendimento ser voltado para demandas mutiladoras – perdas dentárias (exodontias).

E além desses sete tratamento [por turno], a gente marca também, três exodontias três de manhã, três à tarde, né? E urgência que a gente deixa também, entre aspas, uma vaga.... Mas se chegar velho, a gente sempre atende. (CD)

Difícil não aparecer. Difícil não aparecer. Sempre aparece. Não aparece em época de festa, não aparece quando tem festa na semana. Tem dia que não tem uma extração, mas (risos discretos). (CD)

São quinze [exodontias] de manhã e quinze de tarde. De manhã a gente dá preferência pro pessoal dos distritos, né? Mesmo sendo do PSF da sede, mas como pela manhã, como depende de transporte, né? (CD)

A prática de exodontias é considerada assistência de última instância. Porém, às vezes, é realizada devido à baixa renda dos usuários, ou até mesmo por opção pessoal.

Aí a exodontia, normalmente, quando chega o usuário, o paciente, pra fazer a exodontia às vezes ele tá em tratamento e visando o tratamento. Tem um período quando aquele dente que tem que fazer um canal, né. Ele não tem condições de fazer e então precisa extrair. [...] Tem uns que não têm condições financeiras, realmente, pra fazer, e aí... (CD)

Na nossa unidade não tem atendimento de canal. A gente não faz obturação em dente que não tem condições. Tem dentistas particulares lá. Porque se a pessoa tiver recursos a gente diz que tem que fazer o canal. Caso ele não tenha dinheiro a gente diz que para aliviar aquela dor é realmente a extração. E tem alguns outros pacientes que têm condição, mas, opção mesmo, ‘não, quero extrair mesmo’, ninguém muda de idéia. (CD)

Há aceitação da perda dentária, segundo também estudo de Araújo e Dimenstein (2006).

*Ações de acolhimento, promoção e educação em saúde: quando o modelo funciona*

Para acolhimento, promoção e educação em saúde, há espaço na agenda dos profissionais, incluindo visitas domiciliares a escolas e outras instituições. Mas o trabalho nem sempre envolve a equipe completa, não sendo um trabalho centrado nas necessidades da comunidade, mas preconizado nos programas obrigatórios do MS.

Os médicos, juntamente com outros profissionais da equipe de PSF, dizem realizar acolhimento nas unidades.

O quadro de acolhimento tem na sala a enfermeira, o dentista, o médico e um agente de, o agente não, um atendente que faça parte da equipe, para acolher. (Md)

Tem que acolher o paciente, tirar a pressão, pesar, dividir por sala, quem vai pra qui, vai pra li, porque nessas unidades agora nós temos uma parte, que a gente faz o acolhimento das pessoas, quer dizer, todo mundo vai pra li, naquela sala e lá vai acolher. Acolher significa pesar, medir, ver as necessidades, passa pela enfermeira, passa pelo dentista, passa pelo médico e às vezes, o problema é solucionado na hora, às vezes não, vai ter que ser agendado pra outro dia. Isso aí a gente chama de acolhimento na unidade. Então a nossa área que agente faz cobertura tem o acolhimento, que antes não tinha. (Md)

No entanto, não existe forma única de acolhimento, não foi criado protocolo para tanto. Há um protocolo ainda em fase de construção com vários questionamentos.

[...] com a questão do acolhimento, não tem um protocolo único. Algumas unidades fazem um atendimento em dias diferentes, não existe um padrão. O acolhimento foi iniciado agora né? e eles tão tentando criar esse protocolo. Quer dizer, na nossa unidade, teve duas colegas, uma médica e uma enfermeira que foram fazer, mas assim, como que a gente vai fazer esse acolhimento, já que existem dois tipos distintos, quem vai acolher? Todos nós do PSF, vai envolver todos os profissionais, os profissionais que chegam, que tão saindo quando a gente chega, já tem esse tipo de profissional que atende essa demanda imensa e faz poucos dias, se a gente vai acolher, porque o acolhimento resolve naquela hora, é porque precisa, é uma coisa muito grave assim, mais ampla de ser vista, precisa de dois dias, uma semana depois né? quer dizer, aí você agendar também pra quem é da área ou não, vamos ver a área de abrangência, a gente não tem cobertura de PSF muito grande e a gente vai agendar pra eles também, né. Quer dizer, existe todo esse monte de questionamento que a gente tem que fazer. (Md)

A vantagem do acolhimento destacada pelos médicos entrevistados é que é um atendimento rápido para pequenos problemas de fácil solução.

Fica um atendimento rápido. Faz um atendimento: é um furúnculo, eu posso tratar ali na hora, eu passo a medicação, entendeu? É um atestado? Dou na hora, tranquilo! Aí se a doença dele for precisar investigar, aí eu vou agendo ele aqui pra um dia, dois ou oito, o que der. (Md)

A visita domiciliar é prejudicada pela falta do carro, que deveria ser cedido pela prefeitura.

A gente faz a visita domiciliar, mas a gente tem um grande problema, o carro lá vai um expediente e esse tempinho é pra fazer a visita de quatro equipes, só tem um tempinho que... é assim, o carro pega equipe por equipe, imagine, menina é uma correria. (Md)

Na minha unidade, o carro tá indo três dias, são quatro equipes né. Se for seguir o Ministério, era um carro pra cada uma [equipe]. (Md)

Olha, se tivesse um carro pra cada unidade seria o ideal. A gente tem que fazer todas as visitas no mesmo dia, porque só vai uma vez por semana. E a gente vai muito á pé, o carro fica aqui aí a gente vai andando em cada casa, aí quando a gente tá lá no último, liga pra ver onde o carro tá, aí ele vem pegar a gente. (Md)

Além disso, os médicos têm preocupação em avaliar as áreas de acordo com o risco social que apresentam.

Tem a área, tem lagoa, tem risco de acidente, de enchente, de desabamento, isso aí é risco 01, né? E risco 02 é risco social, é um local que não alaga, mas que tem muita droga, tem marginalidade, alcoolismo, coisa toda que classifica pobreza demais, que classifica o risco 02. E risco 03, já é assim, meio, uma classe assim melhor né? tem poder aquisitivo melhor e risco 04, praticamente não tem risco, seria nós aqui, como nos classificamos né...? no risco 04, no caso não teria perigo. E no todo, todo mundo tá sofrendo risco social né? (Md)

Os enfermeiros, juntamente com outros profissionais da equipe de PSF ou sozinhos realizam o acolhimento nas unidades, relatado por eles como forma de pronto atendimento a pacientes não agendados e que possuem caso de urgência.

Tem acolhimento todo dia, mas o meu dia é na segunda e a quarta-feira. (Enf)

Segunda de manhã, é acolhimento, então a gente atende quem chega, quem não tá agendado, a gente vai atendendo à medida que vai chegando. Tem aqueles que perdem a consulta ou que têm algum problema que não dá pra esperar, aí no mesmo dia ele é atendido no acolhimento, a gente atende mesmo quem não tá agendado pra ninguém. Aí na sala eu faço pré-natal, às vezes, faço prevenção, porque ano passado tinha a história da atividade educativa, mas quem trabalha no Y que é a área que eu abranjo, agora atualmente, só pode fazer alguma coisa em alguns pacientes na visita domiciliar, só que não tem carro. Então eu tive que optar, ou fazia visita domiciliar, que a minha área é muito extensa de idosos, minha área tem muitos idosos, eles não conseguem ir até o posto de saúde, tem idoso que chega a pegar quatro conduções pra ir pro posto de saúde. Então o que foi que eu fiz, na visita eu atendo um ou dois acamados, o restante é tudo hipertenso, que pra ele não ter que tá pagando condução, eu tô indo pra casa deles, pra ele não tem condição de ir andando até o posto, então eu tô me deslocando com o carro na sexta-feira de manhã, então só fiz duas visitas, só não fiz mais porque os dois idosos tiveram que sair, eles estavam doentes, uma delas está internada e não puderam me avisar e a outra tinha saído pela manhã com o filho pra uma consulta. (Enf)

Os profissionais realizam também visita domiciliar.

[o acolhimento] Você faz todo dia, você faz atendimento no posto ou tem um dia que você vai para comunidade fazer visita domiciliar? (Enf)

Porque dia de sexta a gente tem as visitas também que às vezes são muitas e aí demora. (Enf)

Principalmente em áreas distantes da unidade.

Então eu tive que optar, ou fazia visita domiciliar, que a minha área é muito extensa de idosos, minha área tem muitos idosos, eles não conseguem ir até o posto de saúde, tem idoso que chega a pegar quatro conduções pra ir pro posto de saúde. Então o que foi que eu fiz, na visita eu atendo um ou dois acamados, o restante é tudo hipertenso, que pra ele não ter que tá pagando condução, eu tô indo pra casa deles, pra ele não tem condição de ir andando até o posto, então eu tô me deslocando com o carro na sexta-feira de manhã, então só fiz duas visitas, só não fiz mais porque os dois idosos tiveram que sair, eles estavam doentes, uma delas está internada e não puderam me avisar e a outra tinha saído pela manhã com o filho pra uma consulta. (Enf)

A gente não fazia visita domiciliar, aí entrou o médico e a gente tá fazendo, tem às vezes o problema do carro, como aqui tem, mas lá é bem menos. (Enf)

Os agentes de saúde, por sua vez, reconhecem a importância dos fatores sociais na determinação do processo saúde/doença.

Quando se fala em saúde, né? o que é que se entende, né? que saúde é o bem-estar físico, mental, social, abrange tudo, principalmente o desemprego, por isso o maior problema é o desemprego, chega numa casa dessa, tem criança, idosos, a maioria é sustentada por quem? A maioria é sustentada pelo senhor de idade que já tá aposentado, bem doentezinho, às vezes tá acamado, sabe? (ACS)

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos que realmente podem ajudar no cuidado.

Teve uma casa de uma senhora que eu visitei e vi o quanto que é importante o nosso trabalho, tinha uma senhora que eu fui visitar.. ó... aí ela veio, começou a conversar: ‘olha, na hora em que você bateu palmas, eu tava com um veneno na mão pra me matar, foi Deus que mandou você vir até aqui pra conversar comigo, porque eu tava numa depressão tão grande me sinto tão sozinha, carente! ‘ E tinha um filho vizinho lá, filho, neto, mas ela se sente só. Aí conversei, conversei, fiquei a manhã toda... aí eu achei muito importante o trabalho o trabalho que eu fiz. Então ela saiu, salvou a vida, mas ela ia se matar. Tão sozinha, tão carente de tudo né? Então conversei, conversei, eu fiz um trabalho de psicóloga. Eu conversei... eu me senti muito gratificada. (ACS)

Para melhoria da saúde bucal da população, devem-se organizar ações de assistência odontológica e atenção à saúde bucal. Esses dois conceitos, formulados por Narvai (1992), há mais de uma década, ainda mantém a atualidade. Segundo o autor, a

assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, enquanto que atenção à saúde bucal não se esgota na assistência, busca atingir grupos populacionais pelas ações de alcance coletivo. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde, mas incluem informações sobre a higiene bucal e dieta, entre outros. Moysés e Silveira Filho (2002), ao debaterem as ações de prevenção e promoção à saúde, referem que as ações coletivas podem ser executadas na própria unidade, nos domicílios ou nas sedes comunitárias (escolas, creches, associações de moradores, clubes, fábricas, empresas e outras). Dentre elas, destacam-se: educação em saúde, escovação orientada e/ou supervisionada, controle de placa bacteriana com evidenciador, aplicação terapêutica intensiva com fluor, aplicação de cariostático, aplicação de selante, orientação diabética, detecção precoce de lesões de mucosa e tecidos moles e minimização de riscos do trauma bucal, nos domicílio e demais espaços comunitários (escolas, creches, empresas, etc.).

As outras ações coletivas seriam palestras educativas, na comunidade, alunos, né? Tem essa parceria também com a Secretaria da Educação do Estado, que às vezes a escola não tem (...) estrutura pra fazer. (CD)

Então assim, tem que assim, se organizar, por isso tão puxando mais por essa parte coletiva. Aqui em Fortaleza, assim, essa parte de ação coletiva acho tá bem organizada, que eu tô gostando. Realmente eles tão negociando pro dentista fazer mais, né? porque ... toda essa parte de ação coletiva. Realmente a gente tem se responsabilizar por todos os espaços sociais: desde uma escola até um grupo de idoso, ... um grupo de pessoas que se reúne e a gente nem tá perto, né? Tanto que eles tão sem o material disponível que a gente veio através do interior. Deu até ..., mas é muito difícil conseguir escova, conseguir flúor – flúor não, é fácilimo, o bochecho – mas escova, fio dental. Fio dental nem tanto, aqui em Fortaleza acho que tem muita. Tem escova, fio dental. (CD)

Nós temos que atuar, por exemplo, na parte coletiva, [...] supervisionada, na prevenção, no bochecho, no gel, nas escolas, [...] unidade. Uma coisa que eu acho que ninguém tem isso. (CD)

Tenho conhecimento de cada escola com as equipes né? até porque tem o costume de rodízio que tem dentro do consultório, já que a gente fica se integrando de todas as escolas do programa. (ACD)

Minha escola seria o quê, aquelas escolas que a área 04 tá atendendo né? então seriam aquelas escolas que eu iria fazer, só que não é assim, a gente faz todas as escolas de todas as dentistas que vai da área 01 à área 07, que no caso, a 05, a 06 e a 07 é uma área que fica descoberta, mas que fica dentro, os dentistas pegam, é como se fosse uma área de abrangência, ela foi dividida entre os dentistas que estão atendendo as áreas deles mesmo, aí eles pegam mais é por suas áreas. (ACD)

As ações dos profissionais com os pacientes, muitas vezes, não são adequadamente interpretadas pela população como atividade importante na promoção da saúde bucal. Há queixa da população, relatada pelos profissionais dentistas, segundo o que as ações promocionais são perda de tempo.

Os pacientes reclamam, sim. Cheguei uma vez, numa palestra, por exemplo, aí um chegou e disse que o doutor devia tá é ajeitando dente não conversando sobre escovação, fio dental, estas besteiras. Isso aí eu já sei. E não sabe, né? Alguns falam assim, que até desestimula a gente, né? verdade? (CD)

Nas ações coletivas que a gente vai pro meio da rua, alguns pacientes dizem: o doutor não tem nada pra fazer, não? (CD)

Aqui, ainda pensa que pra trabalhar, tem que tá dentro do consultório. E quando chega não tem esse negócio de conversa. ‘O doutor conversar muito. A doutora que tava aqui conversava demais. Queria extrair um dente tinha que fazer rum raio X. Tinha que mandar fazer um raio-x num sei aonde’. Naqueles casos que ela achava complicado Todos nós sabemos, né? É assim, é a cultura ainda. (CD)

Nas inquirições sobre prática de ações coletivas dos cirurgiões-dentistas, depara-se depoimento em que há deslocamento do profissional dentista apenas para dedicar-se às atividades de promoção, o que provoca hiato no vínculo e integralidade das ações (MANFREDINI, 2003).

No meu [município] tem cinco dentistas. Mas tem uma dentista que só vai três dias na semana no posto. Nos outros dois dias ela é responsável pela parte das ações coletivas do município da cidade toda. (CD)

### *Interdisciplinariedade*

Pedrosa e Teles (2001) observam, em estudo sobre o PSF em Teresina, Piauí, que o pequeno relacionamento interno da equipe estudada revela inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade das ações específicas de cada profissional, observando-se desarticulação das ações curativas, educativas e administrativas, bem como um baixo grau de interação dos membros da equipe. Na pesquisa, no entanto, alguns profissionais médicos reconhecem a importância do trabalho em equipe.

Porque a enfermeira é pra fazer o quê? É pra trabalhar do nosso lado, pra trabalhar a equipe tá entendendo, então eu vou atender um hipertenso e um diabético, eu já tive a chance de trabalhar, dessa maneira. A enfermeira lá fora fazendo a promoção, ou então do meu lado numa sala separada e o paciente saía daqui, passava pra ela, ela checava a questão do peso, da pressão, checava a alimentação, fazia o esquema dela e quando dava ela acompanhava, então a

gente trabalhava interligada, mas eu já trabalhei em postos que não, cada um fazia as suas coisas e ela atendendo, quer dizer. (Md)

Apesar das dificuldades de relacionamento entre profissionais, há conscientização dos CDs, da necessidade de trabalho em equipe visando ao bem-estar da população.

Eu acho que tem como a gente trabalhar em equipe. Cada um se esforçando, né, porque também só um não faz tudo. Cada um se esforçar, dá pra trabalhar em equipe, principalmente você pensando na pessoa que tá lá, na comunidade, em quem você está atendendo. Que a gente tem que pensar que só ela tem que ganhar mais ainda. Porque ela tá precisando, se ela vai em busca, ela tá precisando de alguma resposta. Se a gente trabalhar em equipe, a comunidade vai sair mais satisfeita, né? (CD)

Os médicos apresentam bom relacionamento nas equipes, mas reclamam da estrutura oferecida para o trabalho.

Mas assim, se a regional tivesse recurso pra liberar o que falta, as equipes ficariam funcionando muito bem. O relacionamento interpessoal é excelente, os agentes de saúde são excelentes, a coordenadora, os dentistas são ótimos, maravilhosos, eu acho que as equipes lá no meu posto funcionam muito bem. (Md)

A gente tem um bom relacionamento. (Md)

Há casos de médicos que não conseguem trabalhar com a enfermeira em equipe, nem com outros profissionais.

Eu já vi lá, assim, muito infelizmente, profissionais médicos não conseguem trabalhar em equipe né? ao lado da enfermeira. (Md)

Eu ouvi de uma enfermeira um dia desses que saiu e veio pra minha equipe, então eu vim porque a fulana não encaminha nada pra mim,[...] mas isso aí tudo é fruto dessa desestrutura, quer dizer, como é que você pode trabalhar em equipe que a sua sala tá bem aqui, a da enfermeira tá bem acolá, os agentes de saúde tão bolando no meio do posto, não dá. E aqui é que não dá porque era pra ser tudo aqui. Quando você entrou no posto, aqui é a equipe 01. Pronto, aqui a sala do médico, aqui é a sala da enfermeira, você sabe quem é o seu dentista, sabe quem é o auxiliar de enfermagem, o agente, mas não, é todo mundo espalhado no posto, então como é que você pode né, dá aquela noção de equipe tanto para a comunidade, quanto para os profissionais? A coisa tá muito desestruturada. (Md)

Um dos médicos entrevistados faz alusão à humanização. No entanto, a humanização é falada, mas não realizada, principalmente, devido à produção e metas a serem atingidas, o que dificulta a qualidade do atendimento ao paciente.

Por mais que se fale da humanização, da qualidade do atendimento, o outro lado, o pessoal lá de cima, tão cobrando é a quantidade, na verdade eles querem é a quantidade. (Md)

Os enfermeiros apontam dificuldades no desenvolvimento do trabalho com a comunidade, sem equipe completa, principalmente, sem médico e enfermeiro, valorizando apenas o profissional médico da equipe.

Eu fui inclusive fazer uma entrevista com Agente Comunitário de Saúde e tinha uma agente comunitária, que aí eu fiquei com dó viu? uma agente comunitária pra área sem médico e sem enfermeiro. Aí ela disse: “teve um dia que cheguei aqui e fiquei chorando, porque o meu trabalho não adianta de nada”. Se ela vai pra comunidade, eles querem não é, assim uma coisa, não tem. Como é você vai desenvolver um trabalho de saúde da família, se você não tem profissional de nível superior pra dar suporte, né? Porque só conversa algumas vezes ela resolve, e outro, mas e outro problema que não tenha um médico que possa tá atendendo? (Enf)

Como é você vai desenvolver um trabalho de saúde da família, se você não tem profissional de nível superior pra dar suporte, né? Porque só conversa algumas vezes ela resolve, e outro, mas e outro problema que não tenha um médico que possa tá atendendo? (Enf)

Em relação aos relacionamentos das equipes, os enfermeiros dizem não ser muito bom entre os profissionais ou de muita formalidade, principalmente, com questões políticas envolvidas.

O outro médico anterior não se dava bem com ela, médico que trabalha lá no interior, trabalha no PSF e dão plantão no hospital também, então algumas vezes eles não se batiam bem. Eu acredito assim, que pra equipe funcionar tem que haver uma sintonia entre a equipe, uma harmonia e eu acho que não existia, então a gente via negligenciar muito talvez porque perdeu o posto, sei lá, porque eu acho que isso não justifica né? eu acho que o paciente em primeiro lugar. (Enf)

O relacionamento, eu vejo assim, que eu estou lá há três meses, é um relacionamento muito formal, porque são pessoas de bastante tempo, que têm uma auxiliar de enfermagem está há doze anos, formal, mas ao mesmo tempo eu vejo arestas a ser, a gente tem que trabalhar esse relacionamento, porque vem de pólos políticos opostos, são duas auxiliares de enfermagem que é do lado do prefeito, outra auxiliar de enfermagem que é esposa do vereador que é oposição ao prefeito, então, pelo menos no dia a dia, o tratamento é muito formal: bom dia, boa tarde, mas que eu sinto particularmente, uma percepção, não é besteira minha não, que existe uma formalidade justamente pra não entrar em atrito. (Enf)

Além disso, cada profissional cuida da “sua área”, a não ser em casos de urgência:

O médico da outra equipe? Não, ele não atende de jeito nenhum [os pacientes de outra área]. Só caso de emergência. (Enf)

Os ACSs apesar de terem noção da necessidade do trabalho em equipe, se colocam em posição de inferioridade em relação ao resto da equipe.

Eu particularmente gosto muito de trabalhar como agente de saúde... eu digo não: prefiro trabalhar como agente de saúde, porque eu tenho a oportunidade...e o agente de saúde é muito importante, mas quando chega na realidade nós somos os menos valorizados. Médico, enfermeiro, auxiliar de saúde, tá lá em cima. O agente de saúde tá lá embaixo... quando precisa dos dados aí você tem valor né: chama o agente de saúde, chama o agente de saúde. [...] É porque ele não é a peça fundamental do PSF. (ACS)

Os agentes comunitários de saúde entrevistados indicam dificuldades de relacionamento entre os pares, em especial, com a implementação do Programa de Saúde da Família, comparado com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e entre as áreas de atuação.

A gente se reunia, os agentes de saúde tinham aquela unidade mesmo, muito agente de saúde que tivesse muita atividade, se tivesse um trabalho, se juntavam todos, independente de área, ia fazer a área de um, depois a do outro, tinha aquele companheirismo que ela falou que não existe. Quando entrou o PSF, eu até fiquei muito triste porque pessoas que trabalhavam comigo há muitos anos saíram. Depois vieram os novatos e eu sempre digo pra eles que eu acho assim o PSF muito distante dos agentes de saúde, porque cada um tem sua área, então não tem aquele contato que era todo mundo unido. Se tem um trabalho da área 01, o pessoal da área 02 não vai ajudar o da área 01, o 03 não vai ajudar o da área 01, eu acho assim, que o nosso serviço é comum e não tá havendo mais aquele entrosamento dos agentes de saúde. (ACS)

Os ACD sabem que a equipe deve trabalhar de forma interdisciplinar, conhecem a equipe da qual fazem parte, mas o único contato com suas equipes é na reunião da roda, mas não trabalham em equipe no dia-a-dia:

[E em relação ao posto, vocês trabalham só com as dentistas, ou vocês têm contato com as outras pessoas do posto?] Como assim? [Médico, auxiliar, enfermeiro?] Não. O contato que tem mesmo é só de você trabalhar no mesmo posto, mas da gente tá trabalhando com eles na equipe deles, não. O contato que a gente tem é nas reuniões e o dia a dia dentro do posto, mas de você tá entrando no atendimento da prevenção, de você ir auxiliar o médico na prevenção, não. Esse nosso trabalho é realmente dentro do consultório e nas ações coletivas, fora isso, é só aquele trabalho de orientação, por exemplo, se eu tiver dentro do posto e o médico perguntar, fizer uma pergunta a respeito de algum paciente, alguma coisa que eu saiba responder, eu vou tá respondendo ou procurando alguém que possa responder, ou tá encaminhando alguém pra coordenadora, mas é só isso. (ACD)

[Mas tu sabe quem são os profissionais da área quatro?] Sei, quem são os médicos, que é o doutor XI e a Y que é a enfermeira [Quer dizer que o contato maior que vocês têm em termos de área é só com o dentista?] É, só com o dentista, sendo que duas vezes no mês tem uma reunião com a equipe médica né? que faz parte do programa do PSF. O contato é na reunião. Na reunião, duas vezes no mês, aí ali você fica integrado do que está acontecendo no conjunto, no todo né? tanto na parte do médico, do enfermeiro, como do dentista, então tem aquela integração, mas somente no dia da reunião, mas fora isso, fica cada um dentro do seu respectivo trabalho. (ACD)

O relacionamento, no trabalho, é com os dentistas, resumindo a equipe apenas a esses profissionais.

Sempre tem aqueles problemas, aquelas picuinhas, mas que são resolvidos com conversas, nas reuniões, que nós nos organizamos num todo de tá sempre, mesmo com as reuniões que o posto pede, nós auxiliar e dentistas fazemos uma reunião somente com a gente pra gente tá discutindo aquele problema que tá sendo gerado dentro do consultório e não aquele que é gerado fora do consultório, porque no local de trabalho existem dois tipos de problema, o problema interno e o externo, então o externo é aquele que a gente tem com o paciente, é aquele que a gente tem que o médico encaminha o paciente, mas que não disse que tinha que marcar a consulta e o paciente às vezes chega alterado, aí o doutor tem que conversar e explicar a forma de trabalho que o posto tem, então esse é o problema externo. O problema interno é o quê, é aquele que a partir do momento em que você tá dentro do consultório trabalhando com oito pessoas dentro do consultório, num tem como não ter problema, problema tem, mas... (ACD)

Mas aí a gente acaba conversando e entrando num acordo e o dentista junto com a sua equipe, ele acaba fazendo aquela numeração que seja boa pro ACD e seja boa pro dentista. (ACD)

O meu relacionamento com o dentista, pra mim é bom, apesar de ter sempre aquelas discordâncias e tudo, mas que no fundo acaba, a harmonia acaba reinando e a gente vai empurrando, vai levando até quando Deus quiser.

Comigo também, não temos nenhum problema com as dentistas não, a gente trabalha direitinho com elas. (ACD)

### *Resumo Tema 2*

Observa-se, nos relatos dos profissionais entrevistados, o desejo de fazer um PSF de acordo com as diretrizes previstas no sistema. No entanto, várias dificuldades e desvios onstatam-se nas falas. Os profissionais nem sempre conseguem adequar a prática à reordenação do modelo, comprometendo a integralidade da atenção. Isso se relaciona à alta demanda de atendimento, que deve, necessariamente, abarcar a demanda espontânea e de emergência. A equipe de enfermagem centra-se nos programas exigidos pelo MS, sem a preocupação em fazer o levantamento das necessidades da população e em criar novos programas relacionados a ela. Aliás, esse trabalho de vigilância e levantamento de necessidades deveria estar sendo feito pelos ACS que, por sua vez, têm grandes dificuldades de se relacionar com a equipe como um todo e sofrem desvios de função. As visitas domiciliares são realizadas, mas de forma fragmentada. Um aspecto interessante é que, pelo menos em algumas unidades, o acolhimento tem proporcionado um melhor atendimento da população. A promoção e educação em saúde também são

realizadas, mas de forma fragmentada. As equipes de saúde bucal, por sua vez, parecem ser um mundo à parte, apenas convivendo no mesmo espaço.

No que se refere à interdisciplinariedade não se percebe nos discursos uma troca real de informações e complementariedade no atendimento à população. As reuniões, onde se poderia construir o projeto comum de atendimento, parecem estar servindo apenas de espaço de discussão para questões gerenciais. As equipes se comportam muito mais como equipes agrupamento do que como equipes interdisciplinares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos discursos dos participantes, as unidades têm dificuldades na contratação de profissionais, principalmente, de médico. Os profissionais são contratados de forma precária, dificultando a formação de vínculo saudável com as instituições. Além disso, a formação dos contratados nem sempre se coaduna com os princípios de trabalho do PSF e não há formação continuada. Os salários, excetuando-se os dos médicos e enfermeiros, são baixos e aviltantes em alguns casos. Por outro lado, as condições físicas de trabalho são bastante precárias, pela falta de equipamentos para as atividades administrativas da unidade e o atendimento adequado dos pacientes. Nessas condições, qualquer serviço de saúde tem atendimento prejudicado e é o que acontece nas unidades.

Pelos relatos dos profissionais entrevistados, há o desejo de fazer o PSF de acordo com as diretrizes previstas pelo SUS. No entanto, várias dificuldades e desvios puderam ser constatadas nas falas. Os profissionais nem sempre conseguem adequar a prática à reordenação do modelo, comprometendo a integralidade da atenção. Isso se relaciona à alta demanda de atendimento, que deve, necessariamente, abarcar a demanda espontânea e de emergência. A equipe de enfermagem centra-se nos programas exigidos pelo MS, sem preocupação em fazer o levantamento das necessidades da população e criar novos programas. Aliás, o trabalho de vigilância e levantamento de necessidades está sendo feito pelos ACSs que, por sua vez, têm grandes dificuldades de relacionamento com a equipe como um todo e sofrem desvios de função. As visitas domiciliares são realizadas de forma fragmentada. É interessante que, pelo menos, em algumas unidades, o acolhimento tem proporcionado melhor atendimento da população. A promoção e educação em saúde também são realizadas, mas de forma fragmentada. As equipes de saúde bucal, por sua vez, parecem ser um mundo à parte, apenas convivendo no mesmo espaço.

No que se refere à interdisciplinariedade, não se percebe, nos discursos, troca real de informações e complementariedade no atendimento à população. As reuniões, onde se poderia construir o projeto comum de atendimento, parecem estar servindo apenas de espaço de discussão para questões gerenciais. As equipes se comportam muito mais como equipes agrupamento do que como equipes interdisciplinares.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M.C.P.; Mishima, S.M. (2001) O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunic, Saúde, Edu.*, 9:150-153.
- Almeida, C. (2003) O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? In: Discussants. *Ciênc. saúde coletiva* 8(2): 346-369.
- Alves, D.C.O.; Timmins, C. (2001) Social exclusion and the two-tiered healthcare system of Brazil. In: J.R. Behrman; A. Gaviria; M. Székely. (Org.). *Who's In and Who's Out*. Washington, D.C: Inter-American Development Bank, 2003.
- Araujo, Y. P.; Dimenstein, M. (2006) Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, 11(1): 219-227.
- Baldani, M.H.; Fadel, C.B.; Possamai, T.; Queiroz, M.G.S. (2005) A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(4):1026-1035.
- Barboza, T.A.V.; Fracolli, L.A. (2005) A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 21(4):1036-1044.
- Bastos, L.G.C. (2003) *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.
- Bezerra, A.F.B.; Espirito Santo, A.C.G; Batista Filho, M. (2005) Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*, 39(5): 809-815.
- Brasil. Ministério da Saúde (1995) *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 1995.
- Brasil. Ministério da Saúde (1997). Programa de Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (1998) *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde (2000a) *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Secretaria de Políticas de Saude. Departamento de Atenção Básica (2000b). Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 34(3):316-319.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001a). *Programa Saúde da Família – PSF*. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipas/quantos.asp>. Acesso em 17/02/2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva (2001b) *Programa de agentes comunitário de saúde (PACS)*. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (2001c). *Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (2001d) *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal (2004) *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília,; Ministério da Saúde.

Canesqui, A.M.; Spinelli, M.A.S. (2006) Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfil e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*, 22 (9):1881-1892.

Ciamponi, M. H. T.; Peduzzi, M. (2000) Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, 53(Esp.): 143-147.

Cohen, S.C.; Cynamon, S.E.; Kligerman, D.C.; Assumpção, R.F. (2004) Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):807-813, 2004.

Conill, E.M. (2002) Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 18(Supl.):191-202.

Cordeiro, H. (2001) Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):319-328.

Costa, N. R.; Pinto, L. F. (2002) Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):907-923.

Cotta, R.M.M.; Pereira, R.J.; Maia, T.M.; Marques, E.S.; Franceschini, S.C.C. (2004) Aprehensión y conocimiento de las directrices del Sistema Único de Salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. *Rev. Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3:16-23.

Cotta, R.M.M.; Schott, M.; Azeredo, C.M.; Franceschini, S.C.C.; Priore, S.E.; Dias, G. (2006) 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*, 15(3):7-18.

D'Ávila, A. L. V.; Lima, L. D.; Oliveira, R. G. (2002) Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):493-507.

Dall'Agnol, C.M.; Trench, M.H. (1999) Focal group as a methodological strategy in nursing research. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 20 (1): 5-25.

- Donnagelo, M.C.F. (1979) *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Ellis, J.R.; Hartley, C.L. (1998) *Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Farias, L. O. (2001) Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):405-416.
- Ferraz, L.; Aerts, D.R.G.C. (2005) O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. & Saúde Coletiva*, 10(2):347-355.
- Ferreira, L.L. (1993) Análise coletiva do trabalho. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 78(21):7-19,
- Ferreira, L.L. (1998a) Análise coletiva do trabalho: com a palavra, os trabalhadores. In: F. Duarte F; V. Feitosa V (Orgs.) *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ/LUCERNA.
- Ferreira, L.L. (1998b) Três registros da linguagem no trabalho. *Intercâmbio*, 2:113-123.
- Ferreira, A.S. (2004) Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):69-76.
- Filmer, D.; Hammer, J.S.; Pritchett, L.H. (2000) Weak links in the chain: a diagnosis of health policy in poor countries. *The World Bank Research Observer*, 15(2): 199–224.
- Fortes, P.A.C.; Spinetti, S.R. (2004) O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*, 20(5):1328-1333.
- Fracolli, L.A.; Egry, E.Y. (2001) Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 9(5):13-8.
- Franco, T.; Merhy, E.E. (1999) PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns> Acesso em 28/12/2006.
- Goya, N.(1996) *O SUS que funciona em municípios do Ceará*. Fortaleza: AMECE, UNICEF.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002) *Pesquisa Nacional por Amostra a Domicílio*. Brasil: IBGE.
- Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C.; Teixeira, J.J.V. (Orgs.). (2000) O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS.
- Levcovitz, E.; Lima, L.D.; Machado, C.V. (2001) Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2):269-291.
- Lima, A.P.G. (2000) Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 16(4):985-996.

- Machado, M.H. (2002) Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: M.F. Sousa (Org.) *Os Sinais Vermelhos do PSF*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Manfredini, M.A. (2003) Planejamento em Saúde bucal. In: A.C. Pereira (Org) *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, R.M.; Mendes, A. (2002a) A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Supl.):*163-171.
- Marques, R.M.; Mendes, A. (2003) Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):* 403-415.
- Matos, P.E.S.; Tomita, N.E. (2004) A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):*1538-1544.
- Mendes, R.B.G. (1990) Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, H.W.B.; Caldas, A.L. Jr (2001) Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem, 9(3):*20-26.
- Meneses e Rocha, A.A.R.; Trad, L.A.B.(2005) A trajetória profissional de cinco médicos do Programa de Saúde da Família: os desafios da construção de uma nova prática. *Interface – Comunic., Saúde, Educ., 9 (17):*303-316.
- Minayo, M.C.S. (1992) O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec.
- Moisés, S.J.; Silveira Filho, A.D. *Saúde Bucal da Família*. Curitiba, 2002.
- Narvai, P.C. (2002) *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Narvai, P.C. (1992) *Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?* São Paulo: Mimeo.
- Nogueira, R; Ramos, Z.V.O. (2000) *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde*. Texto para discussão n 735. Disponível em: [http:// www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br).. Acesso em 25.05.2007.
- Noronha, J. C.; Soares, L. T. (2001) A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):*445-450.
- Nunes, M.O.; Trad, L.B.; Almeida, B.A.; Homem, C.R.; Melo, M.C.I.C. (2002) O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública, 18 (6):*1639-1646.

Oliveira, E.X.G.; Carvalho, M.S.; Travassos, C. (2004) Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):386-402.*

Oliveira, J-L.C.; Saliba, N.A. (2005) Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva 10(Supl.):297-302.*

Oliveira, R.G.; Nachif, M.C.A.; Matheus, M.L.F. (2003) O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, 25(1): 95-101.*

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (2002) Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde. Brasília: OPAS.

Paim, J.S. (2002) A investigação em sistemas e serviços de saúde. In: J.S. Paim (Org.) *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS/ISC.

Pedrosa, J.I.S.; Teles, J.B.M. (2001) Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública, 35(3):303-311.*

Peduzzi, M. (1998) *Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação*. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas: UNICAMP.

Peduzzi, M. (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública, 35 (1):103-109.*

Peduzzi, M.; Palma, J.J.L. (1996) A equipe de saúde. In: R.B. Mendes-Gonçalves; M.I.B. Nemes; L.B. Schraiber (Orgs.) *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade de Saúde*. São Paulo: Hucitec.

Pessoto, U. C.; Nascimento, P. R.; Heimann, L. S. (2001) A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):89-97.*

Ramos, D. D.; Lima, M. A. D. S. (2003) Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):27-34.*

Ressel, L.B; Gualda, D.M.R.; Gonzáles, R.M.B. (2002) Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem *International Journal of Qualitative Methods 1(2): 1-29.*

Ribeiro, E.M.; Pires, D.; Blank, V.L.G.(2004) A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do Programa de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública, 20(2):438-446.*

Santana, J. P. (1993) A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Brasília: OPAS.

Santos, D.G.D. (2003) Modos de dizer e modos de fazer. Reflexões sobre linguagem e trabalho. *Sitientibus, Feira de Santana; 29:9-27.*

- Schimith, M.D.; Lima, M.A.D.S. (2004) Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494.*
- Schraiber, L.B. (1993) O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B.; Peduzzi, M.; Sala, A.; Nemes, M.I.B.; Castanhera, E.R.L; Kon, R. (1999) Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev. Ciênc. Saúde Colet., 4(2):221-42.*
- Silva, E.M.; Nozawa, M.R.; Silva, J.C.; Carmona, S.A.M.L.D. (2001) Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):989-998.*
- Silva, J.A.; Dalmaso, A.S.W. (2002) *Agente Comunitário de Saúde: O Ser, O Saber, O Fazer.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Solla, J.J.S.P.; Medina, M.G.; Dantas, M.B.P. (1996) O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate, 51:4-15.*
- Sousa, M.F. (2002) *Os sinais vermelhos do PSF.* São Paulo: Editora Hucitec.
- Sousa, M F. (2001) *Agentes comunitários de saúde: Choque de Povo!* São Paulo: Editora Hucitec.
- Struchiner, M.; Vieira, A.R.; Ricciardi, R.M.V. (1999) Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontologia: avaliação por meio de mapas conceituais. *Cad. Saúde Pública, 15(Supl.2):55-68.*
- Tomaz, J.B.C. (2002) O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunic, Saúde, Educação 6(10):84-88.*
- Trad, L.A.B. (2003) Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7. Brasília. *Ciênc. & Saúde Coletiva 8: 65.*
- Turato, E.R. (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev.Saúde Pública, 39(3): 507-514.*
- Uga, M.A.; Piola, S.F.; Porto, S.M.; Vianna, S.M. (2003) Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva, 8(2): 417-437.*
- Valla, V.V. (1999) Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública, 2: 7-14.*
- Westphal, M.F. (1992) Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: A.W.P. Spinola; E.N.S. Castro; M.F. Westphal; R.C.F. Adorno; F. Zioni (Orgs) *Pesquisa Social em Saúde.* São Paulo: Cortez.