coletânea

ObservaRHSP

Estudos e Projetos

Organizadores:

Joana Azevedo da Silva

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Eixo:
Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde

Volume I

Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005)

Coordenadora:

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Autores:

Áurea Maria Zollner Ianni • Cassio Silveira • Joana Azevedo da Silva

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas • Regina Maria Giffoni Marsiglia

Coletânea

Estudos e Projetos

Organizadores:

Joana Azevedo da Silva

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Eixo:

Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde

Volume I

Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005)

Coordenadora:

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Autores:

Áurea Maria Zollner Ianni • Cássio Silveira • Joana Azevedo da Silva • Paulo Henrique D'Ângelo Seixas • Regina Maria Giffoni Marsiglia

© Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2011.

Instituições e Equipe Técnica:

Coordenação Geral: *Paulo Henrique D'Ângelo Seixas*

Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – CEALAG
Coordenação: *Regina Maria Giffoni Marsiglia*

Fundação Getúlio Vargas – FGV/Saúde
Coordenação: *Ana Maria Malik*

Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo
Coordenação: *Paulo Henrique D'Ângelo Seixas*

www.observarhsp.org.br

Coletânea

ObservaRHSP:

Estudos e Projetos

Eixo: Recursos Humanos na Atenção Básica à Saúde – Volume 1

Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo:
Uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005).

Áurea Maria Zollner Ianni, Cássio Silveira, Joana Azevedo da Silva,
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas e Regina Maria Giffoni Marsiglia.

São Paulo: Cealag; 2011.

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
Ministério da Saúde.
OPAS/OMS.

Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão – Cealag
Rua Cesário Mota Jr., 61 – 5º andar – 01221-010 – São Paulo – SP
www.cealag.com.br

Gestão Operacional:
Jucélia Cristina Barbosa e Denise Andrade

Edição e publicação:

Supervisão editorial: *Silvana Santos* Revisão: *Silvia Cristina Rosas*

Projeto gráfico e editoração: *Catarina Ricci* Criação de capa: *Sérgio Braganti*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, Brasil)

Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo / organizadores Joana Azevedo da Silva, Paulo Henrique D´Ângelo Seixas, Regina Maria Giffoni Marsiglia. -- São Paulo : Cealag / Memnon, 2011. -- (ObservaRHSP ; estudos e projetos ; v. 1)

Vários autores
ISBN 978-85-7954-021-9

1. Recursos humanos em saúde. 2. Atenção básica à saúde 3. Família – Saúde 4. Medicina social – São Paulo (SP) 5. Política médica – São Paulo (SP) I. Silva, Joana Azevedo da. II. Seixas, Paulo Henrique D´Ângelo. III. Marsiglia, Regina Maria Giffoni. IV. Série.

11-12451 CDD-613.098161

Índices para catálogo sistemático:

1. São Paulo : Cidade : Programa de Saúde da Família : Recursos humanos em saúde 613.098161

Sumário

Apresentação da Coletânea ObservaRHSP: Estudos e Projetos v

Apresentação do Volume I:
Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo: Uma década de Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo (1996-2005) xiii

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO 1
Os Médicos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas 29

CAPÍTULO 2
Os Enfermeiros do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Cássio Silveira 93

CAPÍTULO 3
Os Auxiliares de Enfermagem do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Regina Giffoni Marsiglia 125

CAPÍTULO 4
Os Agentes Comunitários de Saúde do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Joana Azevedo da Silva 193

CAPÍTULO 5
Os Sujeitos da Equipe de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo
Áurea Maria Zollner Ianni 251

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES 276

Apresentação da Coletânea

ObservaRHSP: Estudos e Projetos

Joana Azevedo da Silva
Paulo Henrique D'Ângelo Seixas
Regina Maria Giaffoni Marsiglia

A ESTAÇÃO *ObservaRH*: O INÍCIO

A estruturação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo – *ObservaRHSP* acontece num momento de grande movimentação em termos mundiais de revisão das políticas de desregulamentação do trabalho desenvolvidas ao longo dos anos 1980 e 1990.

Esse movimento de revisão e de busca de evidências que permitissem, por um lado, entender melhor o impacto dessas políticas em particular no setor saúde e, por outro, identificar tendências e analisar alternativas em andamento vai se traduzir na orientação da OPAS e, posteriormente, da OMS no sentido do estabelecimento das Redes Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde atualmente congrega 28 países da Região das Américas.

No Brasil, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – *ObservaRH* é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS. Está constituída desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Seu propósito é produzir estudos e pesquisas bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos (Portaria 01, de 11 de março de 2004).

Ao longo dos anos 2000, em termos internacionais, esse processo de revisão vai se evidenciar na *Carta de Toronto* para a região das Américas e, logo depois, com a OMS dedicando o ano de 2006 e a década iniciada neste ano aos trabalhadores da saúde. O *Relatório Mundial da Saúde de 2006: Trabalhando juntos para a saúde* expressa preocupação com o impacto das migrações de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento para os países desenvolvidos, com os déficits de profissionais de saúde daí decorrentes e seu impacto nas condições de saúde das populações, e propõe a construção de um plano decenal, orientando que os países busquem formas de planejamento, qualificação e empregabilidade e fixação de médicos, enfermeiros e auxiliares.

No Brasil, os processos de ajuste fiscal, reforma do estado e desregulamentação do trabalho, em especial no setor da saúde, apresentam características particulares, pois, ao contrário das recomendações vigentes à época, a sociedade brasileira, na Constituição de 1988, define a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantindo mediante políticas públicas. Estabelece um sistema público de saúde, que deve seguir os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, obedecendo às diretrizes operacionais da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; da organização de uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada; e da participação comunitária na gestão do Sistema.

Apesar da crise econômica dos anos 1980 e 1990, bem como das políticas de ajuste estruturais desenvolvidas, o Sistema Único de Saúde apresenta notável expansão, com significativo incremento de serviços e incorporação de profissionais de saúde, principalmente em âmbito municipal. Entretanto, essa expansão associada a políticas de desregulamentação e reforma do aparelho de Estado, a uma legislação trabalhista bastante rígida frente ao trabalho formal, a constrangimentos para a contratação de profissionais na administração direta devido a limites e normas rigorosas para o gasto com pessoal, vão gerar uma situação contínua de tensão e de busca de alternativas para a incorporação do trabalho que, por vezes, resvalam para a precarização e para a ilegalidade.

A criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação no Ministério da Saúde, em 2003, explicita a preocupação com a questão de recursos humanos para o SUS. Como Secretaria, a SGTES constitui o primeiro escalão do Ministério, passando a coordenar toda a Política de Educação Permanente para o SUS, assumindo em conjunto com o Ministério da Educação a responsabilidade constitucional de ordenar a política de recursos humanos para o SUS. No campo da Gestão do Trabalho, estabelecem-se políticas voltadas a enfrentar as situações de precarização do trabalho vigentes e definir diretrizes para um Plano de Cargos, Carreira e Salários para o SUS; constitui-se uma Mesa Nacional de Negociação, incentivando a organização desses espaços de negociação entre trabalhadores e gestores em estados e municípios; e estrutura-se uma política para o fortalecimento da capacidade de gestão de recursos humanos em estados e municípios – PROGE-SUS.

Nesse cenário, a Rede Observatório de Recursos Humanos passa a ter sua atuação e ampliação estimuladas, sendo lançada a convocação para constituição de novas estações, com exigências relativas à produção científica dos grupos envolvidos, bem como à vinculação institucional e à articulação com a gestão do SUS.

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) também realizam estudos próprios relativos às suas estruturas gerenciais de recursos humanos e mecanismos de gestão do trabalho vigentes e passam recomendar a estruturação de planos de carreira, reorganização e fortalecimento institucional das áreas responsáveis pela gestão de recursos humanos, integrando as ações de desenvolvimento e gestão do trabalho, bem como melhor aproveitamento dos estudos realizados pela Rede Observatório de Recursos Humanos.

O OBSERVATÓRIO EM SÃO PAULO – *ObservaRHSP*

As histórias das instituições e das pessoas envolvidas nesses processos são ricas e diferenciadas; não seria possível, nessa breve apresentação, recuperá-las integralmente. Entretanto, vale referir alguns encontros que tornaram possível a constituição do *ObservaRHSP* .

Um primeiro encontro nessa direção acontece em uma pesquisa anterior, financiada pela Fapesp e realizada em 1999. Coordenada pelo Prof. Adib Jatene, com a Coordenação Executiva de Joana Azevedo da Silva, esse estudo multicêntrico visava à avaliação da implantação do Projeto Qualis/PSF no município de São Paulo, em três diferentes e complementares abordagens: Avaliação da Implantação do Projeto Qualis, Caracterização da População Coberta pelo Qualis e Estudo de Morbidade Referida e de Utilização de Serviços de Saúde e Avaliação de Resultados do Projeto Qualis. Estiveram envolvidos no desenvolvimento da pesquisa o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, representado pelos professores H. Maria Dutilh Novaes e Moisés Goldbaum; o

Departamento de Epidemiologia da FSPUSP, representado pelo Prof. Chester Luiz Galvão Cesar; a Fundação Getúlio Vargas, com a Profª Ana Maria Malik, coordenadora do Centro de Estudos GV-Saúde; e o grupo de pesquisa do Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão – Cealag, com larga experiência em estudos no campo da atenção básica, coordenado pela Profª Regina Marsiglia.

Pouco depois, em 2004, esse mesmo grupo do Cealag se reuniria na realização de outro estudo financiado pela SMS / Unesco, sob a coordenação da Profª Regina Marsiglia, tendo Joana Azevedo da Silva na Coordenação da Atenção Básica da SMA do município de São Paulo, visando a analisar os fatores motivacionais dos profissionais de saúde envolvidos no PSF municipal.

No estado de São Paulo, a gestão que se inicia em 2003, diante da perspectiva de continuidade na expansão do acesso com qualidade na assistência à saúde de sua população, também identifica a necessidade de contar com uma Coordenadoria de Recursos Humanos que fosse capaz tanto de garantir a adequada disponibilidade e adequação de pessoal para os serviços próprios da SES, articulando as ações de desenvolvimento internas da Secretaria, quanto de elaborar e coordenar as políticas de recursos humanos para o SUS/SP. Isso significava conduzir a política de Educação Permanente para o SUS no Estado, bem como assumir toda a negociação sindical com a articulação junto aos municípios para políticas conjuntas de gestão do trabalho.

Assim, a CRH passaria a coordenar o Programa de Humanização, a Residência Médica, a Política de Educação Permanente, incluindo a qualificação de pessoal para a Atenção Básica. A SES passa a apoiar, também, a constituição de uma Estação da Rede Observatório de Recursos Humanos em São Paulo, como instrumento de fortalecimento da capacidade de planejamento e gestão para as ações da política de recursos humanos para o SUS no estado.

Assim, inicia-se um trabalho de articulação, buscando organizar um grupo de investigação que, associado a outros parceiros, viesse a alcançar dois objetivos básicos:

1. Fomentar, a partir do estabelecimento de parcerias, a consolidação de grupos de investigação que já trabalhassem com a temática de recursos humanos no Estado, visando constituir uma sub-rede da rede observatório de recursos humanos em São Paulo, que pudesse contribuir com seus estudos para a identificação e a descrição de problemas, identificação de tendências e de boas práticas locorregionais, nacionais e internacionais, contribuindo para a orientação de políticas de recursos humanos e para a introdução de inovação na gestão de pessoas no estado.

2. Desenvolver inteligência interna à SES na investigação de recursos humanos, fortalecendo sua capacidade de agir como agente regulador, tanto no campo da formação / qualificação de pessoal quanto na gestão do trabalho de seu pessoal próprio e na elaboração de políticas conjuntas aos municípios do estado.

Para a estruturação do Observatório foram considerados alguns critérios: não se tratava da constituição de um grupo de pesquisa novo, homogeneamente estabelecido e instalado dentro dos muros protegidos da universidade. Também não se pretendia uma estação oficial organizada exclusivamente dentro da SES, na medida em que o olhar crítico, externo seria fundamental para orientar e refletir sobre as políticas e tendências em curso. O que se desejava era organizar uma estação que pudesse estar mais próxima às políticas públicas, pelo menos em termos de identificação das questões da gestão, estimulando a articulação de diferentes grupos em torno do tema e contribuindo para o desenvolvimento da capacidade interna na Secretaria.

Assim, por um lado, era necessário contar com parceiros que, ao mesmo tempo em que apresentassem experiência com a gestão pública de saúde, também possuíssem expertise e produção na área de recursos humanos em saúde. Por outro lado, se a intenção era constituir parcerias, trocas e intercâmbio de conhecimento, seria desejável que eles atuassem em áreas complementares. Nesse sentido, deveriam ser grupos que, respeitando plenamente a autonomia

entre si, apresentassem identidade de trabalho e, de preferência, experiência de trabalho conjunto. Finalmente, esse arranjo deveria ser constituído de forma a permitir agilidade na captação e gestão de recursos para o desenvolvimento das pesquisas.

Após diversas tratativas, em função das experiências anteriores de trabalho, o CEALAG e o GV-SAÚDE identificam a possibilidade de vir a compor essa Estação, em parceria com a SES. Articulam-se, assim, dois grupos de investigação e consultoria com portfólios bastante expressivos em termos de produção científica e de experiência com a gestão pública, mas também com características complementares.

O Centro de Estudos Leopoldo Ayrosa Galvão, ligado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, apresenta larga experiência na gestão de sistemas e serviços públicos de saúde, com foco importante de investigações realizadas no campo da Atenção Básica de Saúde, Programa de Saúde da Família e expectativas profissionais; formação médica; desenvolvimento de estudos epidemiológicos em larga escala e uma grande aproximação com a rede de serviços de hospitais filantrópicos ligados ao SUS – Santas Casas.

O GV-Saúde, ligado à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo – FGV-EAESP, apresenta grande experiência em estudos, análises e consultorias no campo da gestão pública de sistema e serviços de saúde, como também de serviços privados, larga tradição na gestão hospitalar, gestão de qualidade e gestão de recursos humanos, auditoria de serviços de saúde, administração física e financeira e boa articulação com serviços e instituições do sistema de saúde suplementar.

A SES por sua vez apresenta um campo de demandas de investigação, relacionadas à gestão de 65.000 funcionários, na administração direta, com diferentes tipos de vínculo e padrões de remuneração e cerca de 20.000 profissionais contratados pelas Organizações Sociais. Associa-se a isso a complexidade de funções de uma Secretaria que, além da gestão e regulação do SUS estadual, conta com cerca de 45.000 funcionários na assistência direta, realiza vigilância à saúde, compra e distribui medicamentos, realiza pesquisas, contrata serviços de saúde e, ainda, é o principal agente financiador de bolsas de Residência Médica do país. Ao mesmo tempo, tem o desafio de buscar respostas para gestão da educação permanente no Estado bem como de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de atração e fixação de profissionais em 645 municípios.

Em 2003, o Ministério da Saúde abre, pela primeira vez, uma convocação para o reconhecimento de novas estações da Rede Observatório de Recursos Humanos no Brasil. A estação *ObservaRHSP* foi reconhecida pela Portaria Ministerial SGTES/MS, de 11 de março de 2004.

O financiamento dos estudos realiza-se exclusivamente por meio de Cartas-Acordo com a OPAS / MS. Os objetos de investigação são decididos em negociações entre os parceiros do Observatório, MS e OPAS, com o intuito de identificar temas de interesse comum que tenham relevância para a política nacional de gestão do trabalho e educação para o SUS, considerando-se, evidentemente, os aspectos e as dinâmicas locorregionais no estado de São Paulo.

A coordenação geral do Observatório cabe a Paulo Seixas, da SES, em função de sua trajetória como gestor e pesquisador na área de recursos humanos e de seu trânsito entre as instituições envolvidas, mantendo-se uma Coordenação do GV-SAUDE (Profª Ana Maria Malik) e uma do CEALAG (Profª Regina Marsiglia). Já a sede do Observatório se estabelece no CEALAG, como forma de manter a autonomia entre as instituições e a possibilidade de gerenciamento mais ágil dos projetos de pesquisa.

Esta organização flexível do Observatório permite também o estabelecimento de parcerias com outros grupos de investigação ou demandantes de estudos específicos, a saber: Fundação para o Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo – Fundap; Conselho Federal de Medicina; Conselho Regional de Medicina; Departamento de Medicina Social da Unicamp; Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp; Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP; Peabiru Consultoria Educacional; Observatório de Recursos Humanos em Saúde/NESP/UnB, entre outros grupos, bem como ações de cooperação técnica com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG; com a

Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e com o Observatório de Recursos Humanos de Saúde de Minas Gerais; com o Ministério da Saúde do México; com o Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Região Andina; com o Observatório de Recursos Humanos do Instituto de Medicina Social da UERJ; com *o Institut d´Éstudis de la Salud*, da Catalunha; com a *Universidad de Las Palmas Gran Canaria*. Nesse período, o *ObservaRHSP* tem a oportunidade de conviver e desenvolver pesquisas com mais de 50 pesquisadores de diferentes áreas.

Na SES se estrutura um pequeno núcleo a fim de compor formalmente a parceria com as demais instituições, denominado de Observatório de Recursos Humanos. Esse núcleo dedica-se a promover as análises do pessoal próprio da SES bem como a apoiar operacionalmente outros estudos que viessem a ser desenvolvidos pelo conjunto da Estação. Posteriormente, passa a ser também o setor responsável pelo gerenciamento das bolsas de Residência Médica financiadas pela Secretaria. São convidadas a participar desse núcleo e da *Estação ObservaRHSP* algumas jovens profissionais: Aniara Corrêa, Lucia Chibante, Cristiane Marchiori, Jucélia Barbosa, Adriana Carro e Vanessa Chaer, que dão sustentação junto com o Coordenador do Observatório a esse projeto. Participam também da sua organização profissionais mais experientes, como Irene Abramovitch e Arnaldo Sala.

Parte daquele grupo se aprofunda no estudo e na incorporação de novas tecnologias na gestão de pessoas – remuneração variável, gestão por competências, gestão matricial, que possibilitam, com o apoio de estudos do Observatório, o desenvolvimento por parte da CRH de projetos que redundam na definição de competência dos Articuladores da Atenção Básica, na definição e na certificação de competência dos dirigentes de Hospitais regionais de Saúde na SES, na elaboração de um bônus aos profissionais envolvidos em hospitais da administração direta com contrato de gestão, e no desenvolvimento de um sistema remuneratório diferenciado para profissionais que atuam no PSF do Pontal do Paranapanema.

EIXOS DE INVESTIGAÇÃO

Três grandes eixos são definidos como campo de investigação, em função das características dos grupos de pesquisa e das demandas identificadas.

1. **Formação e Mercado de Trabalho em Saúde**

Este eixo de investigação pretende conhecer e analisar a dinâmica estabelecida entre a formação de profissionais na área da saúde e o mercado de trabalho.

Considerando a magnitude e a importância da Residência Médica no Estado de São Paulo no contexto da formação médica, pretende-se aprofundar conhecimentos acerca da formação profissional e da inserção dos diferentes médicos especialistas no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, e tendo como contraponto as necessidades do SUS em incorporar em seus quadros esses diferentes especialistas, emergem questões relacionadas à caracterização do efetivo aproveitamento da formação especializada na atuação cotidiana do profissional, e à caracterização dos fluxos migratórios desses profissionais em âmbito nacional e no próprio estado de São Paulo.

A perspectiva desse conjunto de estudos é a da problematização da regulação da formação de médicos especialistas e de sua fixação nas diversas regiões do estado e do país, necessária para a adequada gestão estadual da formação de médicos especialistas.

2. **Gestão Recursos Humanos no Sistema Único de Saúde**

Este eixo de investigação direciona-se à identificação dos mecanismos e das estratégias de gestão do trabalho desenvolvida no SUS/SP, incluindo aí os principais elementos motivadores dessas políticas. Considera-se tanto o cenário presente na Secretaria de Estado da Saúde quanto o das Secretarias Municipais de Saúde.

A SES/SP, com o processo de municipalização ocorrido nos últimos 15 anos, passa por modificações importantes no seu quadro de recursos humanos, redirecionando-os para as atribuições de gestão estadual e regional do SUS, além de manter extensa rede de hospitais gerais e especializados sob a gestão direta da SES/SP. Ainda, efetiva a municipalização de seu quadro de pessoal lotado nas unidades de saúde municipalizadas, em sua maior parte relacionada à Atenção Básica.

No âmbito dos municípios se destacam as questões relacionadas aos gastos em saúde, particularizando as despesas com pessoal, tendo em vista os processo de terceirização e precarização das relações de trabalho, bem como as implicações das modalidades de contratação de pessoal com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

3. **Recursos Humanos em Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família**

Esse eixo poderia compor o eixo específico de Gestão de Recursos Humanos no SUS. Entretanto, dada a dimensão e os desafios que a gestão do Trabalho e da Educação apresenta no campo da atenção básica para o Sistema como um todo, bem como da expertise agregada por vários dos pesquisadores associados nesta área, opta-se por destacá-lo como um eixo específico, a fim de ser mais aprofundado e desenvolvido.

Aqui, destacam-se as análises relativas à evolução do perfil dos profissionais envolvidos na atenção básica e, em particular, no PSF ao longo dos anos, tanto enquanto categorias profissionais específicas quanto no trabalho em equipe, os processos de trabalho desenvolvidos na busca da integralidade da atenção, aspectos motivacionais e representações sociais desses profissionais sobre os diferentes modelos de atenção existentes, assim como arranjos institucionais e parcerias envolvidas na sua implantação.

PROJETOS DESENVOLVIDOS

Diversas das investigações realizadas contribuem para o estabelecimento de políticas públicas de recursos humanos no âmbito da Secretaria e em termos nacionais.

Os estudos sobre Formação e Mercado de Trabalho com foco na Residência Médica permitem uma primeira definição sobre necessidades de médicos especialistas no Estado, considerando diferentes aspectos nas demandas de organização do sistema e de características epidemiológicas da população, estabelecendo um elenco de 10 especialidades que passariam a ser priorizadas. Esses estudos permitem também avaliar a resposta dessa indução em termos de ocupação de vagas, comparando as diferentes especialidades entre si. Esse movimento tem orientado a expansão e a distribuição de bolsas de Residência Médica no Estado. Tal experiência contribui para a identificação das prioridades definidas pelo Ministério da Saúde quando da implantação do Pró-Residência 1 e 2.

Os estudos daí decorrentes relacionados à migração médica, ao identificar o poder de fixação da RM, contribuem para fortalecer as políticas de expansão em estados com dificuldade de atração e retenção de pessoal. Mais recentemente, pesquisas sobre expectativas profissionais e inserção no mercado de trabalho ajudam a definir estratégias mais adequadas para atração e fixação de médicos, em serviços públicos de saúde.

As análises sobre impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal no processo de terceirização de serviços também possibilitam iniciar uma discussão menos ideológica e mais realista sobre as escolhas e a estratégica de contratação de profissionais desenvolvidas pelos municípios.

O conjunto dos estudos sobre atenção básica realizados, permitindo observar a evolução no perfil, aspectos motivacionais e formas de contratação dos profissionais envolvidos, bem como a caracterização das parcerias realizadas para a condução do PSF no município orienta, por sua vez, a elaboração de propostas e projetos alternativos para a Gestão do Trabalho na Atenção Básica à Saúde. Um exemplo é o que se implanta no final de 2010, articulando SES, três

municípios da região do Pontal do Paranapanema, a Associação São Francisco na Providência de Deus e a Unoeste. Aqui, desenvolve-se um modelo de remuneração variável, baseado em metas negociadas junto às equipes, associado a um compromisso contratual de garantia de desenvolvimento dos profissionais envolvidos, o que possibilita, pela primeira vez, o funcionamento completo de todas as equipes envolvidas no PSF local.

Ainda no campo da formação e do mercado de trabalho em saúde, amplo estudo prospectivo sobre o mercado de trabalho de profissionais de nível médio no estado de São Paulo permite identificar diferentes áreas de carência, áreas com tendências de incorporação de profissionais dessa categoria e novas ocupações com potencial de desenvolvimento, servindo como sugestão para a reorientação do programa Tec-Saúde do governo do estado de São Paulo, para qualificação de profissionais de nível médio na saúde.

Os estudos sobre a força de trabalho da SES também vêm orientando decisões importantes relativas à identificação de setores com maior necessidade de reposição de pessoal, particularmente frente à perspectiva de aposentadoria; têm orientado discussões relativas à instituição de gratificações especiais relacionadas a áreas com maior dificuldade de acesso, tanto para a área técnica quanto para a área de gestão, a partir de análises sobre a rotatividade de cargos e sobre a qualificação profissional dos servidores, bem como projetos para saúde do trabalhador relacionados a estudos sobre as causas de absenteísmo.

A PUBLICAÇÃO:

COLETÂNEA ObservaRHSP:

ESTUDOS E PROJETOS

Conforme se viu, a estação *ObservaRHSP* vem apresentando resultados bastante satisfatórios, quando se considera seu papel de subsidiar a implantação de políticas públicas no campo da gestão do Trabalho e da Educação, tanto no âmbito locorregional quanto no estadual e no nacional.

A decisão de constituir uma série de publicações nessa área vem na direção de permitir o compartilhamento de forma mais ampla e, ao mesmo tempo, mais direcionada de possíveis interessados nesses estudos. Essa, talvez, tenha sido a maior dificuldade da estação *ObservaRHSP*: produzir artigos acadêmicos para divulgação em meio científico ou, ainda, elaborar resumos executivos de leitura mais fácil, porém suficientemente completos, para serem discutidos entre outros gestores ou grupos de pesquisadores.

Uma grande parte desses estudos e das análises produzidas serviu de fato para orientar decisões. Entretanto, grande parte desse trabalho, desse conhecimento, não é, nem foi, suficientemente conhecido, analisado e utilizado. Muitas vezes, uma vez gerada a informação, novas demandas e estudos se apresentaram, em função da característica específica desta estação, ao estar tão próxima da gestão. Pode ser que tais estudos ajudem outros grupos a tomarem suas próprias decisões, ou que estimulem a análise mais ampla e aprofundada desse conjunto de dados e lhes possibilitem avançar em suas reflexões.

Os estudos serão apresentados quase que em seu estado original de relatórios, mantidos, inclusive, os estilos próprios de cada um dos autores. Não apresentam a estrutura de artigos acadêmicos, porém mantêm o rigor científico necessário à condução dos projetos. O tempo e o trabalho que demandariam sua revisão mais ampla, entre outros fatores, nos estimularam e editá-los nesta apresentação, em detrimento de seu aprimoramento formal. Assim, eles poderão ser conhecidos na totalidade das informações geradas, sem perder a sua temporalidade, dado que, na sua maioria, foram construídos a partir de necessidades de informações que pudessem contribuir para a orientação e para a implantação de políticas em curso.

Considerando a quantidade e o volume dos estudos realizados, optou-se pela organização da Coletânea *ObservaRHSP: Estudos e projetos*, cujos volumes abordassem os três grandes temas desenvolvidos – Atenção Básica e PSF, Formação e Mercado de Trabalho em Saúde, e Gestão de Recursos Humanos no SUS, estudos esses financiados pelo MS/OPAS por meio de diversas Cartas-Acordo. Foram incluídos nessa Coletânea dois estudos desenvolvidos por pesquisadores ligados ao Observatório, com financiamento realizado por agências de fomento nacional e estadual – CNPq/Fapesp: a pesquisa *Atenção Básica*

e a Integralidade em Saúde, desenvolvida pelo grupo do CEALAG, e a pesquisa *O Perfil dos Médicos em Atividade em OSS e hospitais próprios da SES*, desenvolvida pelo grupo GV-SAÚDE, bem como o relatório final do *I Seminário Internacional de Gestão de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo*, realizado em 2008, dada a relevância das contribuições trazidas pelos participantes.

Esclareça-se, também, que a presente coletânea se refere ao conjunto de projetos desenvolvidos e contratados pela Estação, desde sua primeira Carta-Acordo com a OPAS para o biênio 2005/2006 até dezembro de 2010.

A primeira publicação da Coletânea *ObservaRHSP: Estudos e projetos* enfoca *Os Sujeitos da Atenção Básica à Saúde na Cidade de São Paulo* e compõe-se de dois volumes.

O **volume I**, aqui apresentado, *Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo*, apresenta e discute os principais resultados de dois estudos dirigidos ao Programa de Saúde da Família – PSF, cobrindo uma década de funcionamento dessa estratégia de organização da atenção básica à saúde na cidade de São Paulo. O primeiro estudo, realizado entre 1999 e 2000, por Jatene et al. (1999), teve como objeto o Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis, designação dada ao PSF implantado pela SES, em UBS da cidade de São Paulo, em Convênio com instituições acadêmicas e de prestação de serviços de saúde, de 1996 a 2001. O segundo estudo sobre os sujeitos do PSF municipal foi realizado pela Coordenação de Atenção Básica e PSF, da Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação com a Unesco, em 2004, três anos depois da estratégia de Saúde da Família ter sido assumida pela gestão municipal do SUS de São Paulo como prioritária para organização da atenção básica à saúde, na cidade.

Já o **volume II** da Coletânea, o próximo a ser publicado, apresenta os resultados de um estudo realizado pelo *ObservaRHSP* sobre os profissionais de atenção básica à saúde, estudo esse que amplia a abrangência do objeto de investigação para além do PSF, com a inclusão de sujeitos que operam outros modelos de organização da atenção básica à saúde, nas regiões norte e central da cidade. São, então, apresentadas as características, o trabalho, as concepções e as expectativas dos profissionais que atuam em três deferentes tipos de unidades básicas de saúde - UBS: nas UBS que atuam exclusivamente com o PSF; naquelas ditas clássicas ou tradicionais, ou seja, aquelas que operam com o modelo de programas de saúde; e naquelas chamadas unidades mistas, em que convivem, no mesmo espaço físico, os dois modelos de organização do trabalho dos profissionais e de atendimento à demanda. Ainda no Volume II, além do estudo acima descrito, apresentam-se dois estudos realizados, os quais guardam analogia com o tema e se referem à atenção básica em saúde: 1. Estudo sobre a Institucionalização das Parcerias no Setor Público de Saúde em Atenção Básica do Município de São Paulo; 2. Integralidade e Atenção Primária em Saúde: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Paulo Henrique D´Ângelo Seixas

Coordenador Geral da Estação *ObservaRHSP*

Apresentação do Volume I

Conforme se colocou na apresentação *da Coletânea ObservaRHSP: Estudos e projetos*, a primeira publicação, *Os Sujeitos da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo*, compõe-se de dois volumes.

O Volume I, aqui apresentado, *Os Sujeitos do Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo*, discute os principais resultados de dois diferentes e complementares estudos sobre os trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, desenvolvidos em épocas e cenários diversos. Esses estudos, dirigidos exclusivamente ao Programa de Saúde da Família – PSF, recobriram uma década de funcionamento dessa estratégia de organização da atenção básica à saúde, na cidade de São Paulo, enfatizando a conformação de identidades profissionais e as correspondentes perspectivas, nos momentos indicados:

- O Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis, designação dada ao PSF implantado pela SES, em UBS da cidade de São Paulo, em convênio com instituições acadêmicas e de prestação de serviços de saúde, de 1996 a 2001. A pesquisa de avaliação do Qualis foi realizada entre 1999 e 2001, por Jatene et al. (1999).

- O Programa de Saúde da Família – PSF, assumido, a partir de 2001, pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, como política municipal de saúde, e expandido para grande parte das regiões e da população da cidade. O estudo sobre os sujeitos do PSF municipal foi realizado pela Coordenação de Atenção Básica e PSF, da Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação com a Unesco, em 2004 (Marsiglia et al., 2005).

Também, com a publicação deste trabalho, o ObservaRHSP consolida uma linha de investigação já em desenvolvimento e que deverá ampliar-se nos próximos anos. Essa linha de trabalho cuida, por um lado, de contribuir para a concepção, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, no caso especial, o fortalecimento da atenção básica à saúde e, nela, a estratégia de Saúde da Família, cuja proposta é a reordenação da atenção básica à saúde e, a partir desse nível, do sistema de saúde. Por outro, propõe-se a apresentar e fomentar a discussão de dados, informações e evidências que propiciem reflexões sobre os sujeitos dessa estratégia de atenção básica em saúde e apoiem a compreensão da conformação de identidades profissionais no interior de um projeto de relação Estado - Sociedade, a caracterização do perfil desses profissionais que, originalmente, em pequenos municípios, agora atuam em áreas metropolitanas, suas concepções, perspectivas e necessidades, cumprindo a função da instituição acadêmica de contribuir para a gestão, nos diferentes níveis do SUS.

Este volume consta de uma Introdução que enfoca, sinteticamente, o trajeto da estratégia de Saúde da Família na cidade de São Paulo e discorre sobre os dois estudos cujos resultados são aqui discutidos, e seis capítulos, correspondendo, cinco deles, à discussão de dados e informações sobre os profissionais integrantes da equipe de Saúde da Família: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais da equipe de saúde bucal. Um sexto capítulo, Algumas Considerações, fecha este primeiro volume sobre *Os Sujeitos da Atenção Básica à Saúde na cidade de São Paulo*.

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Coordenadora do Núcleo de Pesquisa de Atenção Básica à Saúde, ObservaRHSP / Cealag

Sobre os Autores do Volume I

Áurea Maria Zollner Ianni

Doutora em Ciências Ambientais pela USP e Pós-Doutorado pelo IFFCH/Unicamp. Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (aureanni@usp.br).

Cássio Silveira

Doutor em Saúde Pública pela USP, Professor Assistente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, Membro do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Departamento de Medicina Social da FCMSCSP) (cassio@cealag.com.br).

Joana Azevedo da Silva

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, em Planejamento do Setor Saúde e em Recursos Humanos, Mestre em Prática de Saúde Pública e Doutora em Administração Hospitalar pela FSP/USP. Foi Enfermeira da Fundação SESP, Coordenadora Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, e Coordenadora da Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Atualmente, é pesquisadora *senior* da equipe do Observatório de Recursos Humanos para o SUS de São Paulo – ObservaRHSP (joanaazevedo@uol.com.br).

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Médico (FCMSCSP), com RM em Medicina Preventiva e Social (FMUSP) e Mestrado em Administração de Empresas e Serviços de Saúde (FGV-EAESP). Foi Residente do Programa de Saúde Internacional da OPAS em Washington, Diretor do CSE Barra Funda, Coordenador do Polo de Capacitação de Saúde da Família da Grande São Paulo, Diretor da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos para SUS, Ministério da Saúde, e Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde. Atualmente, é médico sanitarista da SES, Coordenador do Observatório de Recursos Humanos para o SUS de São Paulo – ObservaRHSP (seixaspaulo@hotmail.com).

Regina Maria Giffoni Marsiglia

Doutora em Ciência Política pela USP, Professora Adjunta da FCMSCSP, Assistente Doutora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Membro do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão do Departamento de Medicina Social da FCMSCSP (regina.marsiglia@fcmscsp.edu.br).

Introdução

Os estudos sobre os Recursos Humanos na área da saúde são de interesse comum entre gestores dos serviços de saúde, pesquisadores da área, formadores de profissionais e trabalhadores de saúde. Nas duas últimas décadas, muitos trabalhos foram produzidos, a partir de diferentes abordagens, utilizando-se de diferentes perspectivas, metodologias e instrumentos de coleta de informações. Já existe, assim, acúmulo de conhecimentos e produção editorial sobre o tema, partindo de diferentes linhas conceituais, com diferentes metodologias de pesquisa e de avaliação, e de diferentes experiências levadas a efeito pelos diversos níveis da administração em saúde.

O mesmo ocorre com o Programa de Saúde da Família que, embora definido e implantado oficialmente, no país, só a partir de 1995, já contabiliza uma série de trabalhos de análise, seja em nível dos serviços de saúde, seja em nível da academia. Particular importância adquiriu, nos últimos anos, a preocupação com os Recursos Humanos no Programa de Saúde da Família, diante da inexistência de profissionais da área de saúde, em número e com perfil adequado para o exercício das funções e tarefas que lhes são colocadas.

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Programas de Saúde da Família representam uma das mais recentes propostas de modalidade assistencial implantadas pelo setor público, como uma alternativa para a crise na atenção à saúde, capaz de viabilizar as diretrizes preconizadas para o Sistema Único de Saúde / SUS, notadamente, a integralidade e a equidade. Referindo como antecedentes as experiências desenvolvidas com populações pobres no interior de estados da Região Nordeste, principalmente no Ceará, e que resultaram no Programa de Agentes Comunitários de Saúde / PACS, proposto pelo Ministério da Saúde em 1991, e programas de Médico de Família, implantados em municípios diversos desde o final dos anos 1980, o Ministério da Saúde propôs, em 1994, a criação, em âmbito nacional, do Programa de Saúde da Família / PSF (Silva, 2001).

Segundo documento publicado em 1998 pelo Ministério da Saúde, o objetivo do PSF era a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde / doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Houve, de fato, apoio político e financeiro importante do Ministério da Saúde para que os municípios se responsabilizassem pela implantação desses programas, havendo, a partir de então, uma expansão muito rápida no país.

A análise da literatura referente aos temas que inserem os programas de Saúde da Família, em um contexto mais amplo, torna mais claros os seus vínculos com as modalidades assistenciais dominantes na saúde pública e as questões às quais essa proposta pretende responder. Trata-se de uma proposta que se insere, em primeiro plano, na atenção primária à saúde, enquanto primeiro e mais próximo acesso ao

sistema de saúde, com capacidade para equacionar grande parte das necessidades educativas, preventivas e curativas em saúde.

Ao reconhecer, no entanto, a dificuldade da integração dos serviços de saúde no cotidiano das pessoas, propõe a introdução de um profissional que seria, ao mesmo tempo, população (o agente comunitário de saúde), e a definição, muito mais clara do que no modelo "tradicional", de um pertencimento a um determinado espaço geográfico e serviço (a questão da microrregionalização, do cadastramento e da adscrição de clientela), para que possa ser construída a necessária proximidade e continuidade entre condições de vida e ações possíveis para a sua melhoria. A questão da família como *locus* privilegiado de atuação reflete uma atribuição que lhe é dada de ponto de equilíbrio e de transformação na dinâmica social geral que é própria das sociedades contemporâneas (Jatene et al., 1999).

Em outra perspectiva, a inadequação dos profissionais de saúde e dos serviços em "dar conta" dos problemas mais importantes na atenção primária e a tendência à medicalização e à "tecnologização" excessivas, próprias do que se convencionou chamar de "modelo médico hegemônico", resultando em uma atenção à saúde pouco efetiva e cara, fundamenta a proposta da introdução de médicos e de equipes de Saúde da Família.

Finalmente, em uma perspectiva mais geral, os programas de família pretendem, de um lado, responder a maior atuação intersetorial do sistema de saúde para, então, contribuir para uma maior equidade social, e de outro, introduzir maior racionalidade técnica e financeira no sistema de saúde como um todo, ao aumentarem a resolubilidade da atenção primária e propiciarem uma utilização mais adequada dos níveis secundários e terciários.

A formulação dos Programas de Saúde da Família no Brasil buscou responder a essas questões, já reconhecidas e objeto de propostas de equacionamento anteriores, das quais a mais importante foi o Movimento Sanitário, que teve seu ápice na proposição do Sistema Único de Saúde, na Constituição de 1988, em um cenário político (1985/1995) de retomada do crescimento econômico e de esperança política, mas de relativo refluxo na atuação da saúde pública e na elaboração de propostas para a assistência básica que pudessem contribuir para que o SUS se transformasse em realidade. A sua expansão, ainda que importante, tem sido menor do que o inicialmente proposto, por razões diversas.

Para regiões com baixa cobertura assistencial e populações muito pobres, esses programas se constituíram em uma alternativa decisiva na atenção à saúde. No entanto, justamente esse caráter de atuação mais "focalizada" tem sido entendido, por certos setores, como uma quebra nos princípios e diretrizes do SUS, do direito de todos. Já em cidades médias e, principalmente, em grandes cidades, a principal questão colocada tem sido a inserção desses programas em um sistema de saúde de caráter público e privado e uma rede de serviços e de formas de financiamento da atenção extremamente complexa, que não poderá, nem deverá, ser substituída na sua totalidade. De uma perspectiva mais geral, há um debate importante sobre a possibilidade de um programa, isoladamente, mesmo sendo considerado posteriormente como uma estratégia, por melhor que seja, ser capaz de resolver contradições, dificuldades e limitações inerentes à atenção médica e da saúde moldadas enquanto parte de processos históricos muito amplos e complexos (Jatene et al., 1999).

O PSF NA CIDADE DE SÃO PAULO

No Município de São Paulo, o PSF emergiu com o nome de Projeto Qualis, como uma iniciativa prioritária da Secretaria de Estado da Saúde, em contraposição à política oficial municipal para a saúde – o Plano de Atendimento à Saúde – PAS. Nesse contexto, começou a ser implantado, em 1996, por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob a coordenação do Dr. José da Silva Guedes na administração do governo Mário Covas, e duas instituições sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (Projeto Qualis). Esse fato se deu em virtude de o município de São Paulo, na época, não ter aderido ao Sistema Único de Saúde – SUS, e de os serviços de saúde terem sido trans-

formados em cooperativas de saúde, operados pelo setor privado, por meio do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), durante as Administrações Municipais dos Prefeitos Paulo Maluf e Celso Pita, de 1993 a 2000.

Anteriormente, na região da Grande São Paulo, com o Plano Metropolitano de Saúde, na década de 1980, foi proposta, também para a Zona Leste da cidade, a instalação de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, com a construção de unidades básicas e de hospitais de referência. Nessa mesma região, no final dos anos 1980, foi implantado o Programa de Consultórios de Médico de Família, mediante cogestão entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina. Para esse programa, a proposta de atuação seguia o modelo cubano, com o médico de família trabalhando com um auxiliar de enfermagem e residindo na área de abrangência. Foram abertos, inicialmente, 17 consultórios de família na região; em 1995, eram apenas sete os consultórios. Cabe citar essas experiências pela influência que, certamente, tiveram na implantação e no desenvolvimento do Qualis Santa Marcelina. Os consultórios remanescentes do Programa de Médicos de Família, as unidades básicas, foram aproveitados, e a população já trazia uma experiência de participação, o que deu um tom, certamente, específico ao novo Programa assumido pela Casa de Saúde (Silva e Dalmaso, 2002).

Assim, em dezembro de 1995, o Governo do Estado de São Paulo assumia, em articulação com o Ministério da Saúde e em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, a implantação do PSF, em São Paulo, com o nome de Projeto Qualis.

O Projeto propunha-se a reorganizar o modelo assistencial da região, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, seguindo normatizações do Programa de Saúde da Família e em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Após pouco mais de um ano de funcionamento, com uma cobertura de cerca de 1% da população do município, avaliou-se que o projeto Qualis apresentava resultados extremamente positivos, ao lado de problemas que não deveriam ser reproduzidos quando da expansão do modelo para outras áreas da Capital. Entre esses problemas, avultavam a descontinuidade da área abrangida e as insuficiências detectadas no funcionamento da retaguarda especializada, que afetavam os mecanismos de referência e contrarreferência e a plena eficácia do modelo.

Foi com base nesses resultados e no conhecimento desses problemas que surgiu a proposta de expandir aquele projeto para os subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba. Assim, em outubro de 1997, ampliou-se o Projeto Qualis com a parceria com a Fundação Zerbini, com a previsão de instalação de ambulatórios de especialidades e enlace com os hospitais mais próximos, o que asseguraria a retaguarda para aqueles casos que tivessem indicação de internação. Também os exames complementares – tanto laboratoriais como de imagens – estariam assegurados.

Até o ano 2001, o Qualis foi implantado em várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) estaduais, perfazendo 218 equipes de Saúde da Família (integradas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde), distribuídas nas zonas Leste, Norte e Sudeste do Município, em parceria com as duas organizações já citadas. Foi também estendido para a Zona Sul, a partir de novas parcerias com a Associação Congregação Santa Catarina e com a Organização Santamarense de Educação e Cultura (Unisa).

Além da expansão do Qualis com as parcerias, a Secretaria de Estado resolveu iniciar um processo de implantação do chamado "Qualis Próprio", em que o Projeto começou a ser viabilizado, em algumas regiões, sem parcerias, com os próprios funcionários das Unidades Básicas de Saúde compondo as equipes de Saúde da Família. Apenas os agentes comunitários de saúde eram contratados pelas instituições parceiras, na medida da inexistência, no quadro de funcionários, dessa categoria ocupacional e da impossibilidade de contratá-los, a não ser por concurso público, o que inviabilizaria o cumprimento de vários requisitos essenciais ao desempenho das competências previstas para os agentes, no Projeto.

A partir de 2001, com a inclusão da cidade de São Paulo no SUS e a consequente municipalização da saúde, na Administração da Prefeita Marta Suplicy,

do Dr. Eduardo Jorge Alves Martins Sobrinho, como Secretário Municipal da Saúde, o Programa de Saúde da Família foi expandido, na medida em que foi definido como a estratégia de eleição para organização da Atenção Básica à Saúde. Nesse sentido, além de confirmar o convênio com as quatro Instituições que já participavam do Qualis, ampliou as parcerias com outras oito Instituições também consideradas de excelência em ensino e assistência na área da saúde: Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; Associação Comunitária Monte Azul; Instituto Adventista de Ensino; Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim; Hospital Israelita Albert Einstein; Fundação Faculdade de Medicina da USP e Santa Casa de São Paulo.

Em síntese, vale destacar que o PSF emergiu em um contexto geográfico e político específico, uma grande metrópole, São Paulo, caracterizada, de um lado, pela concentração de recursos materiais e humanos na área de saúde e, de outro, pela desigualdade social e de acesso a serviços.

O Município de São Paulo, parte da maior área metropolitana do Brasil e uma das maiores do mundo, com um sistema público de atenção à saúde estadual, bastante amplo e não municipalizado, e um perfil de saúde da sua população que combinava a forte presença das doenças degenerativas com problemas persistentes na área materna e neonatal e uma explosão nas causas externas, constituiu-se em um desafio para a implantação de programas do tipo Saúde da Família. Esse programa iniciou nos moldes da proposta formulada pelo Ministério da Saúde, com a implantação de unidades de atenção básica específicas, onde se inseriam três ou quatro equipes de Saúde da Família, responsáveis, cada uma delas, por 800 a 1.000 famílias, divididas em microáreas, cada uma delas abrangendo 150 a 200 famílias, confiadas a um agente comunitário de saúde, morador naquela microárea. Esse programa viabilizou um dos aspectos que vinha sendo considerado como uma dimensão essencial para o melhor desempenho dos programas e Saúde da Família, em geral: o pagamento de salários bem melhores do que aqueles dos profissionais contratados pela SES, bem como maior agilidade gerencial na manutenção das atividades do programa (Jatene et al., 1999).

Uma função muito especial estava reservada a essa equipe e, em especial, ao médico de família e ao agente comunitário de saúde para a viabilização do modelo e, por consequência, do resultado das intervenções, ao estar centrado no desenvolvimento de cuidados permanentes e preventivos, e não na doença e no hospital (Jatene et al., 1999).

AVALIAÇÃO E PROGRAMAS DE SAÚDE

A avaliação, enquanto parte da área de políticas e práticas em saúde, tem se constituído em um instrumento importante na construção de conhecimentos sistematizados sobre o cotidiano dos programas, serviços e sistemas de saúde, e que busca responder a questões específicas, de forma a poder se constituir em elemento de apoio às decisões políticas. Na dependência do objeto estudado e do objetivo colocado para o conhecimento a ser produzido, foram se constituindo nos últimos anos diversas modalidades de avaliação: de qualidade, tecnológica, econômica ou de programas. Face às questões colocadas para os programas de Saúde da Família, é possível considerar que o desenvolvimento de uma "avaliação de programa" poderia contribuir para o seu encaminhamento.

Nas avaliações de programas podem estar presentes, de forma isolada ou concomitante, a investigação avaliativa, a avaliação para decisão e a avaliação para gestão. Na investigação avaliativa se busca, mais frequentemente, construir um conhecimento sobre os programas, com a produção de resultados mensuráveis e comparáveis com outros programas. Na avaliação para decisão, as questões formuladas necessitam de uma abordagem mais holística, priorizando, em geral, o conhecimento e a compreensão da complexidade e da dinâmica gerais, nas fases de definição estratégica e de implantação dos programas. A avaliação para gestão, a partir de instrumentos já definidos como capazes de mensurar dimensões significativas para aquele programa, procura verificar se está se desenvolvendo na forma em que foi proposto (Novaes, 2000).

Quando se consideram as zonas urbanas, a inserção desse tipo de Programa assume várias especificidades e características outras, ampliando as necessi-

dades de análise e de abordagem, na medida em que se inserem em sistemas de saúde mais complexos, já estruturados, com uma história, uma lógica complexa, inclusive na relação público / privado, com motivações e interesses variados.

Em um contexto em que a população, mesmo a mais pobre, tem acesso a serviços de saúde, ainda que sejam frequentemente os serviços de emergência dos grandes hospitais, especialistas e exames complementares, ainda que não na medida e com a qualidade indicadas, a demanda sentida não consegue ser atendida apenas com profissionais generalistas, razão pela qual a possibilidade de referência a especialistas foi considerada essencial nesses programas, bem como a saúde bucal e a saúde mental. Se, de um lado, a incorporação desses profissionais torna o programa mais caro, há a expectativa de que a sua grande resolubilidade seja decisiva para uma diminuição da morbimortalidade em si, além da menor utilização dos níveis secundários e terciários, tornando o programa custo-efetivo para o sistema de saúde como um todo.

Essas questões, específicas da implantação de programas de Saúde da Família em região metropolitana, bem como aquelas já colocadas para os programas como um todo, e a falta de estudos mais abrangentes e sistematizados dos programas de Saúde da Família em cidades grandes têm sido considerados fatores que dificultam as decisões políticas mais consensuais, no que diz respeito à intensidade e à forma da expansão possível desses programas.

Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família, não apenas em São Paulo, mas em todo o país, tem sido objeto de estudos e de investigações, de várias naturezas, com diferentes enfoques metodológicos, abordando diferentes aspectos de implantação dessa estratégia, do seu funcionamento e dos seus agentes do trabalho. Assim, um aspecto central desses programas em áreas metropolitanas, além do contexto, diz respeito à preocupação com os Recursos Humanos, diante da inexistência de profissionais da área de saúde em número e com perfil adequado para o exercício das funções e tarefas que lhes são colocadas.

Nessa perspectiva, apresentam-se e discutem-se, neste Volume I, resultados de dois estudos, de diferentes naturezas e enfoques metodológicos, que tiveram por objeto o PSF na cidade de São Paulo (o Qualis, de 1999 a 2001, e o PSF municipal, em 2004), abordando aqui as dimensões mais relacionadas com os sujeitos, suas características, suas opiniões, concepções e expectativas em relação ao Programa e ao futuro profissional.

OS SUJEITOS DO PSF DA CIDADE DE SÃO PAULO: OS ESTUDOS AVALIATIVOS, 1999 E 2004

1º Estudo

Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo, 1999 - 2001

Uma pesquisa avaliativa de implantação do Projeto Qualis, de caráter multicêntrico (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, Faculdade de Saúde Pública da USP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, Fundação Getúlio Vargas), foi desenvolvida entre 1999 e 2001, financiada, inicialmente, pela Fundação Zerbini e, posteriormente, pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp, sob a coordenação do Prof. Adib Domingos Jatene e participação dos pesquisadores Ana Maria Malik, Chester Luiz Galvão César, Joana Azevedo da Silva, H. Maria Dutilh Novaes, Moisés Goldbaum, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas e Regina Giffoni Marsiglia.

Tendo em vista a época em que foi realizada, a pesquisa de 1999 contemplou a participação de duas instituições parceiras: a Fundação Zerbini, com UBS nas regiões Sudeste e Norte da cidade, e a Casa de Saúde Santa Marcelina, com UBS na região Leste da cidade. Conforme já descrito, essas foram as parceiras que iniciaram o Qualis, na cidade de São Paulo, por meio do convênio com a Secretaria de Estado da Saúde (Jatene et al., 1999).

2º Estudo

Caracterização dos Sujeitos do PSF da Cidade de São Paulo, 2004

Um segundo estudo foi realizado, em 2004, pela Coordenação de Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O PSF já estava implantado na cidade, envolvendo praticamente todas as regiões, com uma cobertura de quase 30% da população, como política pública municipal para a saúde, e estratégia de organização da atenção básica à saúde no município. As unidades de saúde estaduais e as equipes do Projeto Qualis (218) tinham sido municipalizadas entre 2001 e 2002. Nessa ocasião, o município de São Paulo já estava integrado ao Sistema Único de Saúde, em regime de Gestão Plena do Sistema (Marsiglia et al., 2005).

Tendo em vista as especificidades e diferenças dos objetivos e dos enfoques metodológicos dos dois estudos, dos cenários e respectivos contextos, por um lado, torna-se impossível a comparação entre as características das variáveis identificadas, nos dois momentos, da Saúde da Família na cidade de São Paulo. Por outro lado, conforme se verá a seguir, se os estudos possuem importantes diferenças, especialmente metodológicas, os dados coletados em relação aos sujeitos apresentam semelhanças em seus processos e nos dados obtidos, o que nos permitiu tecer algumas importantes considerações sobre a trajetória do programa.

Também, a diversidade de objetivos dos dois estudos – o de 1999 e o de 2004 -, das metodologias específicas, do contingente de agentes participantes e o aproveitamento que, posteriormente, foi feito dos dados e informações, fizeram com que, embora se tenha procurado buscar dados e selecionar variáveis que propiciassem informações análogas, as considerações aqui colocadas apresentam variados graus de aprofundamento, na dependência da variável ou da dimensão considerada em cada um dos produtos oriundos dos estudos referidos.

Em que pesem as dificuldades metodológicas para comparar os dois estudos realizados, estabelecer este diálogo entre os achados dos dois Estudos parece ser da maior importância para as políticas públicas do setor, tanto por aquilo que eles mostram de diferente, como pelos aspectos em que seus resultados se assemelham.

Anteriormente à discussão dos achados, considera-se necessária uma melhor caracterização dos dois Estudos aqui referidos.

1º ESTUDO

NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1999 - 2001

Objetivo

Avaliar o Projeto Qualis como representante de um modelo de Reorganização da Assistência à Saúde no país e, a partir dessa avaliação, desenvolver instrumentos que possam ser utilizados para orientar a organização, a implantação e o monitoramento de projetos semelhantes.

O Projeto de avaliação do Qualis envolvia três subprojetos:

Subprojeto 1. Avaliação da Implantação do Programa Qualis, cujos resultados preliminares são discutidos neste Volume.

Subprojeto 2. Caracterização da População coberta pelo Programa Qualis e Estudo de Morbidade Referida e de Utilização de Serviços de saúde.

Subprojeto 3. Avaliação de Resultados do Programa Qualis.

Metodologia

Tendo em vista o objeto, suas especificidades e as abordagens necessárias, os desenhos metodológicos

definidos para essa pesquisa foram diversos, aí incluídos tanto os de natureza mais quantitativa quanto os mais qualitativos, e ainda a combinação de enfoques e métodos. Assim, no projeto de pesquisa originalmente proposto, foram definidos vários recortes conceituais e metodológicos considerados capazes de responder a diferentes ordens de perguntas, em relação à implantação do Projeto Qualis, no contexto específico de uma cidade como São Paulo.

Cenários da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida nas três regiões do município de São Paulo onde o Programa Qualis estava implantado, a saber:

Itaquera: onde a articulação do setor público – Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde – e a parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina viabilizaram o início do Projeto: a implantação do Qualis I, em 1996, para uma população de cerca de 120.000 habitantes, mediante 34 equipes de Saúde da Família atuando na comunidade e em 12 unidades básicas de saúde, em trabalho articulado com um hospital, a Casa de Saúde Santa Marcelina, para 23.000 famílias cadastradas.

Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte) e Parque São Lucas / Sapopemba (Zona Sudeste), o Qualis II: viabilizado mediante convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação Zerbini, a partir de 1997, cobrindo, até o início da pesquisa, cerca de 148.000 habitantes. O distrito de Vila Nova Cachoeirinha contava com uma população de 140.819 habitantes. Até outubro de 1998, foram implantadas 22 equipes de Saúde da Família, em cinco Unidades, incluindo um ambulatório de especialidades, que atendia a 13.277 famílias, já cadastradas. Na Zona Sudeste, o distrito Parque São Lucas tem 144.587 habitantes, e o distrito de Sapopemba, 254.842 habitantes. Até outubro de 1998, estavam em atuação 15 equipes, em quatro unidades de Saúde da Família, atendendo 6.700 famílias cadastradas. Estava prevista a ampliação, na zona sudeste, por meio da implantação de mais 22 equipes e seis novas unidades básicas que se encontravam em construção, em reforma, ou em negociação.

Fontes de Dados

O Subprojeto I do Projeto maior de pesquisa, ao qual esta discussão está relacionada, utilizou-se do levantamento de dados secundários e primários, de natureza qualitativa e quantitativa.

1. Dados secundários, a partir de levantamento bibliográfico; documentos vários, com especial atenção àqueles que continham informações sobre o Programa, sobre as competências dos profissionais, sobre o treinamento a que foram submetidos, entre outros aspectos; relatórios diversos; dados de produção.

2. Dados primários, a partir de 163 entrevistas com todos os agentes e profissionais envolvidos nos Programas Qualis, nos diversos níveis, bem como lideranças das comunidades locais: formuladores do Projeto Qualis, pessoas que participaram da concepção do Programa, estando ou não, naquele momento, a ele vinculadas; gestores principais / centrais dos Qualis I e II; gestores / coordenadores técnicos de áreas e regiões dos Qualis; gestores / dirigentes da SES de nível central e dos Núcleos que tinham atuação junto ao Qualis; gerentes de Unidades de Saúde da Família; profissionais das Equipes de Saúde da Família; médicos especialistas; profissionais das Equipes de Saúde Bucal e líderes comunitários das regiões onde se encontravam as unidades selecionadas para estudo.

As entrevistas tiveram a intenção de compreender as características do Projeto, obter informações dos responsáveis diretos pela implantação, viabilização e manutenção / funcionamento do Projeto e dos agentes direta ou indiretamente responsáveis pela sua realização. Os roteiros dessas entrevistas, com algumas perguntas específicas para cada tipo de entrevistado, no geral recobriram os aspectos históricos e de implantação do Projeto, desde a concepção, as motivações, o referencial, as grandes definições político-institucionais, passando pelos seus objetivos, as intervenções, os recursos, o financiamento, pelo gerenciamento, pela escolha das regiões e pelo processo de implantação / expansão em cada uma delas, até as particularidades e mesmo os aspectos que cercam o dia a dia de suas etapas de realização, as facilidades, as dificuldades, as expectativas, inclusive a natureza de participação e atuação de cada um dos envolvidos. Para os profissionais das equipes de Saúde da Famí-

lia, além desses dados, as entrevistas buscaram também conhecer suas histórias de vida e as trajetórias específicas por eles percorridas desde a apresentação para a função, a seleção, o processo de treinamento, até a integração no trabalho e na equipe (Jatene et al., 1999).

Em relação especificamente aos médicos e aos agentes comunitários de saúde, houve um aprofundamento metodológico, motivado pela introdução desses dois tipos de agentes nessa comunidade complexa. Além da ênfase que o próprio programa dispensava aos médicos e aos agentes comunitários, foi considerado que os demais membros da equipe de Saúde da Família já tinham mais estabelecidas as suas possibilidades de atuação em meio urbano.

3. Quarenta e oito observações do trabalho diário dos agentes envolvidos diretamente na prática do Programa Qualis, durante uma semana:

a) de 38 agentes comunitários de saúde, em todas as suas atividades, no interior das unidades do Qualis, nas ruas da área de abrangência dos projetos, nas atividades de grupo e junto à comunidade e, especialmente, nas atividades de visitas domiciliares;

b) de 10 equipes de Saúde da Família em seu funcionamento no interior da unidade. A identificação e o estudo dos processos concretos de trabalho das equipes foram necessários para articular o que foi definido como objetivo estratégico com a implantação. Ainda em relação à prática profissional, na medida do entendimento de que o trabalho realizado pelos diferentes agentes depende tanto das competências profissionais definidas e fomentadas quanto de suas características sócio-culturais prévias, essas também se traduzindo em concepções e representações referentes ao próprio trabalho, tornou-se importante a obtenção de dados diretos capazes de viabilizar a compreensão dessas dimensões e também da população envolvida e de outros interessados.

Trabalho de Campo

O preparo para o trabalho de campo foi realizado em oito fases:

- recrutamento, seleção e treinamento de entrevistadores e observadores;

- elaboração dos instrumentos e roteiros de entrevistas e observações do trabalho das equipes e do agente comunitário;

- levantamento de documentos, literatura e informações sobre os PSF e Programa Qualis;

- entendimento com financiadores, gestores e coordenadores dos Programas Qualis, tendo em vista a marcação de entrevistas;

- visita às três regiões onde estavam implantados os Programas Qualis, visando colher informações que caracterizassem as áreas de abrangência;

- definição dos critérios (a partir de discussão conjunta entre os pesquisadores e os coordenadores regionais) para a seleção das unidades a serem pesquisadas e, consequentemente, das equipes cujo trabalho seria observado e cujos profissionais seriam entrevistados;

- a partir dos critérios estabelecidos, a indicação das unidades e das equipes foi feita pelas coordenações regionais do Qualis (Leste, Norte e Sudeste), enquanto aquelas que melhor representavam ou que melhor atendiam as principais condições de operação do Programa;

- contato com as direções das unidades indicadas:

na região Sudeste: Jardim Guairacá, Vila Renato e Unidade Pastoral;

na região Norte: Vila Espanhola, Hilza Hutzler e Vila Penteado;

na região Leste: Vila Guilhermina, Jardim Copa, Jardim Fanganielo e Dom Angélico.

Embora os enfoques metodológicos da pesquisa e da implantação do Qualis tenham sido bastante completos e complexos, o que possibilitou, nas análises desenvolvidas à época, a triangulação dos dados, serão aqui apresentados e discutidos apenas os aspectos relacionados com os profissionais integrantes das equipes de Saúde da Família, dados esses obtidos em entrevistas e que possibilitaram a caracterização desses sujeitos e o conhecimento de suas opiniões, concepções e expectativas em relação ao trabalho no Qualis / PSF. Outras abordagens e fontes de dados, como no caso dos médicos das equipes, serão especificadas no decorrer dos respectivos textos.

Tabela 1. Entrevistas realizadas, avaliação do Projeto Qualis, cidade de São Paulo, 1999.

	Previstas	Realizadas
a. Formuladores da Proposta	08	08
b. Gestores, Coordenadores Técnicos do QUALIS	11	11
c. Diretores da SES relacionados com o QUALIS	10	10
d. Diretores de Unidades	10	10
e. Médicos de Família	10	09
f. Enfermeiros de Família	10	10
g. Auxiliares de Enfermagem	14	14
h. Agentes Comunitários de Saúde	40	40
i. Dentistas	06	06
j. Técnico de Higiene Dental	04	04
k. Atendentes de Consultório Dentário	06	06
l. Médicos Especialistas	12	12
m. Líderes de Comunidade	30	23
TOTAL	**171**	**163**

Fonte: Jatene et al., 1999.

2º ESTUDO
CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO PSF DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2004

Em 2004, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na gestão do Dr. Gonzalo Vecina Neto, através da Coordenação de Atenção Básica e PSF, em cooperação técnica com a Unesco, aplicou, com a ajuda de seu próprio grupo de funcionários[1], um questionário para os sujeitos integrantes das Equipes de Saúde da Família que estavam alocadas em 198 Unidades Básicas de Saúde do município. Dessas UBS, 89 operavam exclusivamente com PSF, e em 109 coexistiam os dois modelos: Unidade Básica de Saúde clássica e Programa de Saúde da Família[2].

Na ocasião, o município de São Paulo possuía 670 Equipes de Saúde da Família e 114 Equipes de PACS, contando com 668 médicos, 792 enfermeiros, 1.448 auxiliares de enfermagem e 4.688 agentes comunitários de saúde, em um total de 7.596 trabalhadores.

Metodologia

A metodologia do estudo articulou três tipos de instrumentos de coleta de dados: em primeiro lugar, um questionário de caráter diretivo e pré-codificado; em seguida, uma escala de opiniões para medir a satisfação do entrevistado e, por fim, questões abertas que exploravam as razões da satisfação, das escolhas profissionais e pelo PSF, planos para futuro e sugestões para o PSF.

O questionário abordava cinco temas, distribuídos em 45 perguntas. As 22 questões iniciais eram fechadas e pré-codificadas; as 17 seguintes, destinadas à construção de uma escala de opinião (com cinco graduações cada uma, e uma para o entrevistado concluir sobre seu grau de satisfação), e as seis perguntas finais apresentadas como questões abertas, para o entrevistado justificar suas opiniões e decisões profissionais.

[1] Contou com a participação da mestranda da Fundação Getúlio Vargas, Claudia Valentina de Arruda Campos, da médica Maria Inês Taduni e da enfermeira Vilma Rodrigues Venâncio da Casa de Saúde Santa Marcelina, e da cirurgiã-dentista Maria Carolina F. Manganini da Fundação Zerbini.

[2] A análise do material coletado deu-se mediante contrato de consultoria da SMS / Unesco (2005) para a Profª Regina M. G. Marsiglia e a equipe de pesquisadores: Cássio Silveira, Denise Renoud Amaral, Francies Regyane de Oliveira, Joana Azevedo da Silva, Jucélia Barbosa, Marisa Marcke, Nivaldo Carneiro Jr., Paulo Henrique D'Ângelo Seixas e Vladimir Silva Goldbaum.

As 22 perguntas fechadas e pré-codificadas permitiram obter informações sobre:

1. Localização das Unidades de Saúde em que os entrevistados trabalhavam (três perguntas): nome, instituição parceira, subprefeitura, coordenadoria de saúde;

2. Dados pessoais do entrevistado (oito perguntas): sexo, idade, estado civil, número de filhos, local de nascimento, escola cursada (pública / privada), tempo de formado, formação após a graduação (as duas últimas aplicadas apenas aos médicos e enfermeiros das equipes);

3. Local de Moradia e Transporte para o Trabalho no PSF (três perguntas): informações sobre a moradia do entrevistado (região, meio de transporte usado para chegar ao trabalho, tempo gasto para chegar ao trabalho);

4. O trabalho no PSF (seis perguntas): tempo de trabalho, forma de contratação, cursos frequentados, trabalho em outras unidades do PSF (se alguma fora do município de São Paulo), em quantos locais trabalhava na época do estudo;

5. Experiência Profissional Anterior (duas perguntas): se teve e em que tipo de instituição de saúde.

Por ocasião de eventos de capacitação, os profissionais das equipes de Saúde da Família, inclusive os agentes comunitários de saúde, foram apresentados ao questionário, específico para cada profissional, e foi solicitado o seu preenchimento a quem se dispusesse a fazê-lo. O levantamento foi devidamente conhecido e autorizado pelo Comitê de Ética do Conselho Municipal de Saúde.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa ocorreu durante eventos de capacitação, realizados pela Secretaria Municipal de Saúde, com os profissionais do PSF. Em cada evento, específico para cada tipo de profissional, os questionários foram distribuídos no início e recolhidos ao seu final. Após essa primeira etapa de coleta, em função do baixo percentual de respostas dos profissionais médicos e enfermeiros, foi realizada uma segunda etapa de coleta de dados.

Na segunda etapa, foram definidas as UBS a serem visitadas. Foram utilizados dois critérios para definição dessas Unidades: aquelas em que não houvesse nenhuma resposta de qualquer das categorias profissionais, e aquelas que contassem com quatro ou mais profissionais médicos que não tivessem respondido ao questionário. Com base nesses critérios, foi elaborado um mapa por região e por Coordenadoria de Saúde, com as UBS a serem visitadas (ver página seguinte).

A visita às Unidades, para aplicação dos questionários, foi realizada por técnicos da Coordenadoria de Atenção Básica e PSF da SMS, com a colaboração de técnicos das Instituições Parceiras Casa de Saúde Santa Marcelina e Fundação Zerbini, durante o mês de setembro de 2004. Foram visitadas 62 UBS. Os questionários foram entregues diretamente aos profissionais do PSF e coletados pela equipe da Secretaria em uma urna lacrada, de forma a garantir, como na etapa anterior, o sigilo das informações.

Foram respondidos, no total, 4.752 questionários, entre todos os integrantes das equipes. O instrumento mostrou-se adequado para as finalidades a que se propunha, já que os trabalhadores de todos os níveis do PSF responderam às questões sem dificuldades, atestando o cuidado com que foi elaborado, o pré-teste realizado e a orientação para o preenchimento, efetivado pela equipe de Atenção Básica e PSF da SMS/SP.

Na Tabela 2, são apresentados os números de profissionais do PSF em atividade, em 2004, por instituição parceira e o respectivo contingente de entrevistados.

Após a coleta, os dados foram analisados pela Profª Regina Maria Giffoni Marsiglia, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que elaborou os documentos técnicos e os entregou à Secretaria Municipal de Saúde. Devidamente autorizados pelos sujeitos e pela gerência municipal do Programa, esses documentos técnicos e os próprios questionários preenchidos constituíram-se em fontes de dados para esse e para futuros estudos e pesquisas.

Tabela 2. Número de Profissionais das Equipes de Saúde da Família entrevistados, por Instituição Parceira, SMS/SP, 2004.

Instituições Parceiras	Número de Componentes nas Equipes de Saúde da Família	Número de Entrevistados	Porcentagem de Entrevistados
Casa de Saúde Santa Marcelina	1810	1090	60,2
Associação Saúde da Família	870	576	66,2
Universidade Federal de São Paulo	782	506	64,7
Associação Congregação Santa Catarina	638	458	71,8
Associação Comunitária Monte Azul	672	417	62,1
Instituto Adventista de Ensino	510	335	65,7
Centro de Estudos Dr. João Amorim	561	318	56,7
Fundação Zerbini	510	309	60,6
Fundação Faculdade de Medicina	307	225	73,3
Hospital Israelita Albert Einstein	480	217	45,2
Organização Santamarense de Educação e Cultura	309	204	66,0
Santa Casa de São Paulo	147	87	59,2
TOTAL	**7.596**	**4.752**	**62,6**
Sem informação		10	0,13

Distribuição das Subprefeituras por Instituições Parceiras, no PSF/SMS/SP, 2005.

SOBRE AS INSTITUIÇÕES PARCEIRAS DA SMS/SP, NA VIABILIZAÇÃO DO PSF

(Carneiro Jr., 2002)

1. Associação Comunitária Monte Azul

A Associação Comunitária Monte Azul é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que tinha tradição em trabalhos sócio-comunitários na região Sul, particularmente no Distrito Administrativo Jardim Ângela, área de extrema pobreza e exclusão social. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF, atuava na região Sul, onde empregava, na época, 672 (9%) trabalhadores no Saúde da Família: 476 agentes comunitários de saúde (ACS), 87 auxiliares de enfermagem, 65 enfermeiros e 44 médicos.

2. Associação Congregação Santa Catarina

A Associação Congregação Santa Catarina é uma Instituição de caráter religioso e filantrópico, sem fins lucrativos, caracterizada como Organização Social em Saúde. Gerencia um hospital público em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na região Sul. Participa como parceira do PSF municipal desde a época do Qualis. Atuava na região Sul, empregando, em 2004, 638 (8%) trabalhadores no Saúde da Família: 349 ACS, 144 auxiliares de enfermagem, 73 enfermeiros e 72 médicos.

3. Associação Saúde da Família

A Associação Saúde da Família é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos que mantém parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para a implantação do PSF. Tinha a Associação inserção em duas Coordenadorias Regionais de Saúde – Norte e Sudeste. Com 870 (12%) trabalhadores inseridos no PSF, ocupava a segunda posição no conjunto das demais parceiras, em número de profissionais contratados: 531 ACS, 184 auxiliares de enfermagem, 92 enfermeiros e 63 médicos.

4. Casa de Saúde Santa Marcelina

A Casa de Saúde Santa Marcelina é uma instituição de caráter religioso e filantrópico, com longa tradição na prestação de serviços de saúde, em convênio com o Poder Público. Atua na região Leste do município de São Paulo há mais de 40 anos, gerenciando uma rede de serviços de saúde, nos três níveis da atenção: primário, secundário e terciário. Também é parceira da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) na qualidade de Organização Social em Saúde, gerenciando Hospitais. Foi a primeira parceira da SES na viabilização do Projeto Qualis e mantém essa parceria no PSF municipal. Desenvolve programas de formação de recursos humanos em saúde, em várias modalidades, inclusive de Residência Médica, especialização em Saúde da Família. No momento da pesquisa, a Casa de Saúde Santa Marcelina tinha um total de 1.810 (24%) profissionais trabalhando no Saúde da Família, o maior contingente de membros do Programa municipal: 1.030 ACS, 399 auxiliares de enfermagem, 204 enfermeiros e 177 médicos.

5. Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – Cejam

O Cejam é uma Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que atua na prestação de serviços educacionais e de saúde. Parceiro da SMS de São Paulo para a implantação do PSF, na região Sul. Na época do estudo, empregava 561 (7%) trabalhadores no Saúde da Família: 341 ACS, 114 auxiliares de enfermagem, 60 enfermeiros e 46 médicos.

6. Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é uma Instituição sem fins lucrativos, que atua também na prestação de serviços educacionais e de saúde. Recentemente foi qualificada como Organização Social em Saúde, passando a gerir um hospital, na região Sudeste. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a implantação do PSF, atuava na região Centro-Oeste. Na época do estudo, empregava 307 (4%) trabalha-

dores no Saúde da Família: 194 ACS, 54 auxiliares de enfermagem, 31 enfermeiros e 28 médicos.

7. Fundação Zerbini

A Fundação Zerbini é uma Instituição sem fins lucrativos que atua na prestação de serviços de saúde. Tem o Instituto do Coração (Incor) como exemplar hospital que gerencia junto com a SES e com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É pioneira, junto com a Casa de Saúde Santa Marcelina, na implantação do PSF nas regiões Sudeste (Sapopemba) e Norte (Freguesia do Ó / Brasilândia), em parceria com a SES – QUALIS. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na implantação do PSF, atuava nas regiões Norte e Sudeste. Empregava, em 2004, 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família: 290 ACS, 110 auxiliares de enfermagem, 55 enfermeiros e 55 médicos.

8. Hospital Israelita Albert Einstein

O Hospital Albert Einstein é uma Instituição filantrópica, sem fins lucrativos, atuando na prestação de serviços de saúde, com importante inserção no Sistema Privado de Assistência Médica. Desenvolve ações comunitárias na região onde está inserido – região Sul. Tem programas de educação de profissionais, em várias áreas. Parceiro da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a implantação do PSF, tinha atuação também na região Sul, empregando 480 (6%) trabalhadores no Saúde da Família: 365 ACS, 54 auxiliares de enfermagem, 34 enfermeiros e 27 médicos.

9. Instituto Adventista de Ensino

O Instituto Adventista de Ensino, Instituição sem fins lucrativos, atua na prestação de serviços educacionais e comunitários, na região Sul, há longo tempo. Parceiro da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a implantação do PSF, atuava também na região Sul. Na época do estudo, empregava 510 (7%) trabalhadores no Saúde da Família: 359 ACS, 66 auxiliares de enfermagem, 49 enfermeiros e 36 médicos.

10. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

A Irmandade da Santa Casa de São Paulo é uma Instituição filantrópica, secular, com longa tradição na prestação de serviços de saúde e educacionais na área médica, em particular. Tem parcerias com o Poder Público nos vários níveis de governo. É qualificada como Organização Social em Saúde, gerenciando um hospital na região de Guarulhos. Era também parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a implantação do PSF, atuando nas regiões Norte e Centro-Oeste. Em 2004, empregava 147 (2%) trabalhadores no Saúde da Família: 91 ACS, 29 auxiliares de enfermagem, 15 enfermeiros e 12 médicos.

11. Organização Santamarense de Educação e Cultura – Unisa

A Universidade Santo Amaro – Unisa tem como mantenedora a Organização Santamarense de Educação e Cultura. É uma entidade sem fins lucrativos que atua na prestação de serviços educacionais e de saúde. É qualificada como Organização Social em Saúde e gerencia um hospital público estadual, na região Sul. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na implantação do PSF, atuava também na região Sul, onde empregava, em 2004, 309 (4%) trabalhadores no Saúde da Família: 171 ACS, 70 auxiliares de enfermagem, 35 enfermeiros e 33 médicos.

12. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

A Unifesp é uma instituição universitária, pública, que presta serviços de saúde de alta complexidade e desenvolve programas de ensino na área da saúde – graduação e pós-graduação. Tem programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo para a implantação do PSF, atuava em três regiões: Norte, Centro-Oeste e Sudeste, locais onde empregava 782 (10%) trabalhadores no Saúde da Família: 491 ACS, 137 auxiliares de enfermagem, 79 enfermeiros e 75 médicos.

REFERÊNCIAS

Carneiro Jr. N. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2002.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marsiglia, RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079-Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. Relatório de Pesquisa).

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Públ 2000; 34(5):547-59.

Silva JA. O agente comunitário de saúde do programa QUALIS: Agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.

Silva JA, Oliveira FR, Barbosa E. Atenção básica à saúde no município de São Paulo: Caracterização das unidades básicas de saúde. São Paulo: SMS, Coordenadoria de Atenção Básica e Programa Saúde da Família; 2004. (Mímeo).

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

CAPÍTULO 1
Os Médicos em Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresenta-se uma descrição e a discussão dos dados coletados junto aos médicos que atuavam no PSF, no município de São Paulo, em dois períodos distintos: primeiramente, será apresentada a descrição do material coletado no ano de 1999, em que se traçou o perfil do conjunto de profissionais vinculados ao Projeto Qualis em entrevistas aplicadas a nove médicos das diferentes regiões da cidade (Norte, Leste e Sudeste) onde atuavam os parceiros da SES, naquele momento, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Em seguida, será apresentado e discutido outro levantamento, de 2004, realizado junto aos trabalhadores do PSF, em que novamente se traçou o perfil desses profissionais e em que se levantaram informações sobre a percepção e os sentidos atribuídos pelos médicos ao trabalho em atenção básica, na estratégia de Saúde da Família.

Os instrumentos de entrevista, de forma geral, foram estruturados com roteiros de perguntas que procuraram levantar informações sobre elementos que levassem ao entendimento das percepções e concepções dos trabalhadores: objetivos a serem atingidos pela estratégia de Saúde da Família; trabalho em equipe e atribuições dos componentes da equipe; motivos, razões para trabalhar no Qualis e no PSF; capacitação para o trabalho; condições de trabalho percebidas; dificuldades encontradas no trabalho; e satisfação da população quanto ao programa.

Na primeira pesquisa (Qualis, 1999), os entrevistados responderam a um roteiro semiestruturado de perguntas, e as informações foram gravadas em fita magnética, tendo sido posteriormente submetidas à transcrição. Já na pesquisa realizada junto aos médicos do PSF, em 2004, o instrumento de coleta de dados estava composto pelas seguintes técnicas: um questionário com perguntas objetivas sobre informações sócio-demográficas, uma escala de satisfação sobre determinados itens relacionados ao trabalho e um questionário com um conjunto de nove perguntas abertas que versavam sobre condições de trabalho e perspectivas futuras em relação ao trabalho.

Apesar da diferença nas técnicas empregadas, as informações coletadas permitiram apreender e discutir o perfil profissional dos médicos nas equipes de Saúde da Família, bem como seus anseios, expectativas, dificuldades e visão do futuro em relação ao seu trabalho, permitindo identificar, com o devido cuidado metodológico, as transformações ocorridas ao longo desse período e como evoluíram as questões para as políticas públicas, na implantação dessa estratégia, no município de São Paulo, na última década.

Em ambos os estudos a questão / motivação inicial ao trabalhar com os médicos de família foi a de conhecer quem eram esses profissionais que se dispunham a vir trabalhar em um projeto com uma proposta tão diferenciada em relação às práticas vigentes, tanto em relação àquelas desenvolvidas no setor privado quanto às já tradicionalmente desenvolvidas na própria atenção básica no setor público, tendo em vista as seguintes proposições e expectativas para o médico de família:

- no plano individual: reintegração da prática clínica, perda da proteção institucional, recuperação do vínculo com a clientela e das dimensões psicoafetiva e social da prática;

- no plano coletivo: objeto de ação sobre a comunidade e sobre a família, incorporação da epidemiologia e do planejamento, normatização de práticas;

- no plano institucional de trabalho: a ação conjunta com outros agentes, a dimensão do trabalho em equipe, a autonomia reconstruída.

Assim, identificava-se a necessidade de um rearranjo de práticas, rearranjo de objetos de trabalho, incorporação de novos conhecimentos, atitudes e habilidades, a partir do profissional que vinha sendo formado.

Essa reorganização do trabalho se desenvolvia de diferentes formas: trabalho em tempo integral, delimitação da área de atuação e adstrição de clientela, cadastramento das famílias e utilização de um sistema de informações previamente estruturado, dirigido ao diagnóstico de saúde dessa população e ao acompanhamento regular de suas atividades na equipe, incorporação na equipe de vários agentes da comunidade, redução das intermediações entre médico e comunidade atendida pela simplificação radical da equipe assistencial.

Entendendo-se que o trabalho realizado pelos diferentes agentes depende tanto das competências profissionais definidas e fomentadas quanto de suas características sócio-culturais prévias, essas também se traduzindo em concepções e representações referentes ao próprio trabalho, era importante a obtenção de dados diretos, capazes de viabilizar a compreensão dessas dimensões. Assim, ainda que muito provavelmente tais questões não estivessem colocadas dessa forma na mente e nos corações daqueles médicos quando foram trabalhar no Qualis, conhecer seu perfil sócio-demográfico e profissional, suas experiências anteriores, origem, formações e, principalmente, expectativas e representações sobre essa nova prática, bem como sobre as formas relatadas de organizar seu trabalho para fazer frente àqueles desafios, seriam aspectos fundamentais para criticar e orientar as políticas públicas de implantação dessa proposta de reorganização da atenção básica no país, em particular em grandes centros urbanos, para além do discurso ideal frequentemente apresentado pelos gestores.

A apresentação e a discussão do estudo do Qualis compreenderam a utilização de dois momentos. Um primeiro, dirigido a traçar o perfil dos médicos de família em atividade em 1999, pareando-os depois com os dados referentes à pesquisa Perfil dos Médicos no Brasil, realizada pelo MS/ENSP/FIOCRUZ (Machado, 1996) para o município de São Paulo, em 1995. Um segundo momento foi a realização de entrevistas com nove médicos de diferentes equipes escolhidas, atuando em cada uma das regiões em que estavam presentes os parceiros da SES na condução do projeto – Fundação Zerbini e Casa de Saúde Santa Marcelina.

1. OS MÉDICOS DO QUALIS - 1999

Nesta etapa do trabalho, apresentam-se os resultados referentes ao perfil identificado dos médicos de família em atividade até julho de 1999, em ambas as parcerias existentes com a SES, mediante convênios, para o gerenciamento dos Programas Qualis. Assim, os dados apresentam o perfil dos profissionais do Qualis Santa Marcelina e do Qualis Zerbini, separadamente.

Metodologia

As informações foram colhidas tomando-se por base os currículos apresentados para o processo seletivo dos profissionais. Tal procedimento tornou o processo um pouco mais demorado do que o previsto inicialmente, na medida em que parte desses currícu-

los não estava disponível e teve que ser solicitada aos próprios profissionais. Algumas informações foram colhidas da ficha cadastral do profissional, no órgão de recursos humanos da instituição, quando não havia a disponibilidade do currículo.

Para os médicos de família em atividade no Qualis, foram considerados: tempo de trabalho no Projeto, sexo, idade, estado civil, local de nascimento, região e escola de graduação médica, especialidade médica, tipo de especialização e experiência profissional (anos de formado).

Paralelamente, esses dados foram organizados de forma a permitir a comparação com os dados referentes a uma recente pesquisa realizada nacionalmente pelo Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Fundação Osvaldo Cruz (Machado, 1996), da qual resultou o Perfil dos Médicos no Brasil. Os dados foram, então, comparados com o perfil dos médicos encontrado na época, 1995, no município de São Paulo.

Resultados

Características sócio-demográficas e de formação

Dos 162 médicos que estavam ou já haviam trabalhado no Programa Qualis, foram analisados os dados referentes a 73 (94%) dos 77 médicos de família em atividade em julho de 1999.

Em primeiro lugar, pôde-se observar que o tempo médio de permanência dos profissionais em atividade era igual no Qualis Santa Marcelina e no Qualis Zerbini, mas o tempo de trabalho daqueles que foram desligados era maior no Qualis Santa Marcelina, o que poderia sugerir uma rotatividade maior no Qualis Zerbini. Essa observação, entretanto, não pode ser realizada na medida em que o tempo de contratação das equipes era diferente para os dois projetos e, portanto, a rotatividade só poderia ser analisada tomando-se cada posto de trabalho, ou Unidade de Saúde da Família, individualmente. Isso não foi realizado em função de dificuldades para a obtenção das informações.

Em termos de distribuição por sexo, a participação tendeu a ser equivalente, indicando identificação com a proposta não diferenciada em termos de gênero. Por outro lado, comparada com o total dos médicos em atividade na capital, a participação feminina era, evidentemente, superior, 50% no Qualis e 35% na capital. Esse achado reflete, principalmente, o processo de feminização da profissão como um todo, em anos recentes, na medida em que a faixa etária dos participantes do projeto se concentrava em indivíduos mais jovens.

No que diz respeito à faixa etária, cerca de 70% dos médicos do Qualis tinham até 39 anos, com forte concentração na faixa de 30 a 34 anos. Era uma população consideravelmente mais jovem do que a dos médicos em atividade na capital – 52% tinham até 39 anos. Entretanto, o que se observa não era uma concentração dos profissionais do Qualis no início de carreira, mas se tratava de profissionais jovens, porém com alguma experiência profissional prévia. Isso pôde ser confirmado também pela análise do tempo de formado dos participantes. No Qualis, cerca de 75% dos profissionais tinha de cinco a 24 anos de formado, o que era exatamente igual à concentração, nessa faixa, do conjunto dos profissionais da capital. Entretanto, para o conjunto do Qualis, a participação de profissionais com faixas etárias mais avançadas (acima de 40 anos) ou maior tempo de profissão (acima de 25 anos de formado) era significativamente menor do que na capital (cerca de 30% e 7%, respectivamente, no Qualis, contra 48% e 19% na capital).

Esse achado pode significar que, ainda que o Qualis pudesse estar se apresentando como opção profissional para início de carreira de alguns segmentos médicos recém-formados (até quatro anos de formado: 20% dos profissionais do Qualis contra 9% na capital), essa não tinha sido a regra para a incorporação dos profissionais, na medida em que certa experiência crítica sobre a prática e eventualmente certa qualificação profissional podiam ser desejáveis. Ao mesmo tempo, parece evidente que o Qualis, dado o envolvimento que exigia por parte dos profissionais ou dada a faixa de remuneração oferecida, não tinha sido capaz de atrair aqueles com maior tempo de profissão, ou eventualmente já aposentados, com maior disponibilidade de tempo, conforme previam algumas expectativas iniciais.

Frente à origem dos profissionais e ao seu local de graduação, o Qualis apresentava uma composição menos concentrada, em termos de participação percentual, do que a do conjunto dos profissionais que atuavam na capital. Assim, enquanto 45% dos profissionais que atuavam na capital eram formados pelas Faculdades de Medicina existentes na Grande São Paulo (USP, Unifesp, Santa Casa, Unisa, Mogi e ABC), no Qualis esse percentual era de 20%. Ao mesmo tempo, o Qualis Zerbini parecia ter uma capacidade de atração maior de profissionais provenientes do interior do estado de São Paulo e Rio de Janeiro, enquanto o Qualis Santa Marcelina tinha composição maior de profissionais de outros estados.

Esse fato pode ser, em parte, explicado pelo processo diferenciado de incorporação dos profissionais, ao longo do tempo. O Qualis Santa Marcelina iniciou suas atividades em 1995, e realizou sua expansão de modo mais gradual. Assim, parte dos profissionais pode ter sido atraída de outras experiências em curso no país, uma vez que o estado de São Paulo contava com poucas equipes de PSF na época. Já o Qualis Zerbini teve um processo de expansão e captação de profissionais mais rápido e mais centrado em oferta de serviços na própria capital.

Finalmente, quanto à qualificação profissional, na capital 39% dos médicos referiram ter realizado curso de especialização, e 86% referiram possuir Residência Médica. Esse percentual atingia cerca de 30% com especialização e 45% com residência, nos Qualis. Aqui, vale uma observação metodológica: os dados da capital foram obtidos mediante questionários respondidos voluntariamente pelo correio, sem solicitação de comprovação. Já os dados dos Qualis foram obtidos mediante observação direta dos currículos e da documentação apresentada pelos aprovados. Essa diferença de técnicas poderia enviesar as informações referentes ao estudo realizado para a capital, em termos comparativos. Entretanto, ainda que uma especialização não muito intensa seja desejável para a prática (o que se reflete também no campo de prática que os profissionais referiam ter), cerca de 70% dos médicos do Qualis eram, antes de entrar no projeto, Clínicos Gerais, o que pode refletir, eventualmente, uma menor qualificação profissional. Daí, portanto, o papel fundamental de uma estrutura de educação permanente para apoiar o desenvolvimento do Projeto, ao longo do tempo, quer para o desenvolvimento de novas habilidades e atitudes relacionadas aos contatos com a comunidade e com as famílias, quer para a atualização dos conhecimentos clínicos adquiridos durante a graduação.

Todos esses dados se encontram discriminados e representados nas tabelas e nos gráficos apresentados nas páginas que seguem.

Tabela 1. Características pessoais e profissionais dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999, e sua comparação com os dados dos Médicos de São Paulo, Capital / 1995.

Distribuição dos Médicos por Sexo						
	ZERB.	**%**	**S. MARC**	**%**	**CAPITAL**	**%**
Masculino	15	45%	21	53%	19.618	65%
Feminino	18	55%	19	47%	10.367	35%
Total	**33**	**100%**	**40**	**100%**	**29.985**	**100%**
Estado Civil (não há dados disponíveis para a Capital)						
Solteiro	15	45%	18	67%	*****	*****
Casado	14	42%	8	30%	*****	*****
Divorciado	4	12%	1	3%	*****	*****
Total	**33**	**100%**	**27**	**100%**	*****	*****
Estado ou Região de Nascimento						
São Paulo	22	67%	16	40%	22.681	76%
Sudeste - exceto SP	8	24%	6	15%	2.677	9%
Outras Regiões	3	9%	8	20%	3.585	12%
Outros Países	0	0%	2	5%	690	2%
Ignorado	0	0%	8	20%	352	1%
Total	**33**	**100%**	**40**	**100%**	**29.985**	**100%**
Experiência Profissional (anos de graduado)						
até 4	7	21%	7	18%	2.684	9%
de 5 a 14	13	39%	20	50%	12.305	41%
de 15 a 24	11	33%	10	25%	9.453	32%
de 25 a 44	2	6%	3	8%	4.348	15%
mais de 45	0	0%	0	0%	1.195	4%
Total	**33**	**100%**	**40**	**100%**	**29.985**	**100%**
Tipo de Pós-Graduação (concluída)						
Curso de Especialização	9	27%	13	33%	11.651	39%
Residência Médica	16	48%	17	43%	25.673	86%
Mestrado	0	0%	0	0%	3.583	12%
Doutorado	0	0%	0	0%	2.405	8%
Estado ou Região de Graduação						
São Paulo – Capital	5	15%	5	13%	10.746	36%
São Paulo – Interior	14	42%	12	30%	9.771	33%
Rio de Janeiro	7	21%	6	15%	3.594	12%
Minas Gerais	2	6%	5	13%	2.169	7%
Espírito Santo	1	3%	0	0%	145	0%
Sul	1	3%	2	5%	1.109	4%
Nordeste	3	9%	4	10%	1.211	4%
Centro-Oeste	0	0%	1	3%	286	1%
Norte	0	0%	1	3%	562	2%
Outros Países	0	0%	3	8%	169	1%
Não Informa	0	0%	1	3%	223	1%
Total	**33**	**100%**	**40**	**100%**	**29.985**	**100%**

Fonte: Dados referentes à Capital, Perfil dos Médicos do Brasil, MS/ENSP/FIOCRUZ, 1995.

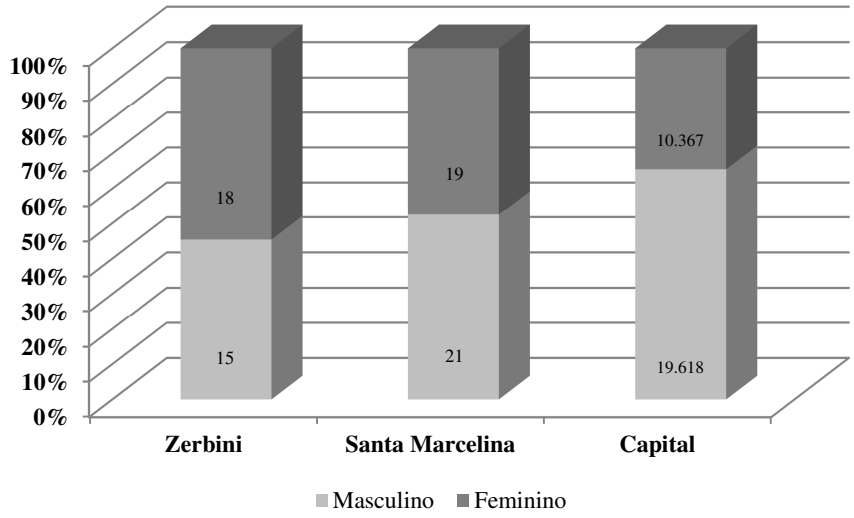


Gráfico 1. Distribuição, segundo gênero, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

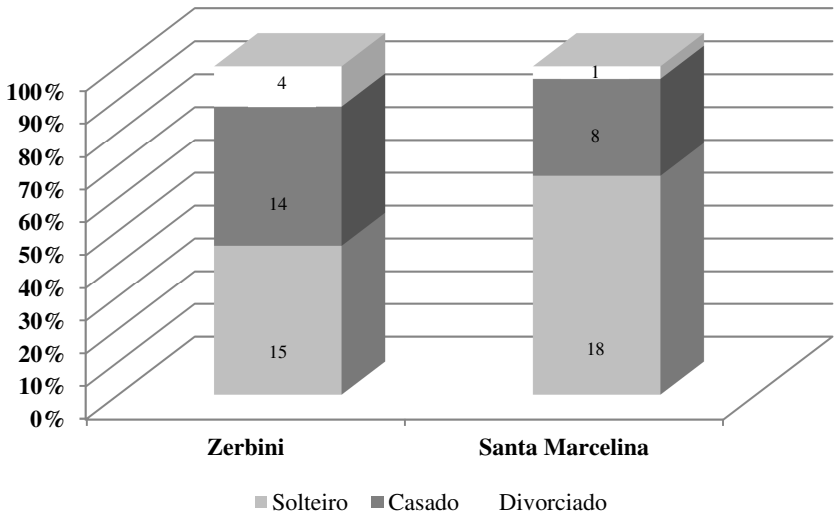


Gráfico 2. Distribuição, segundo estado civil, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

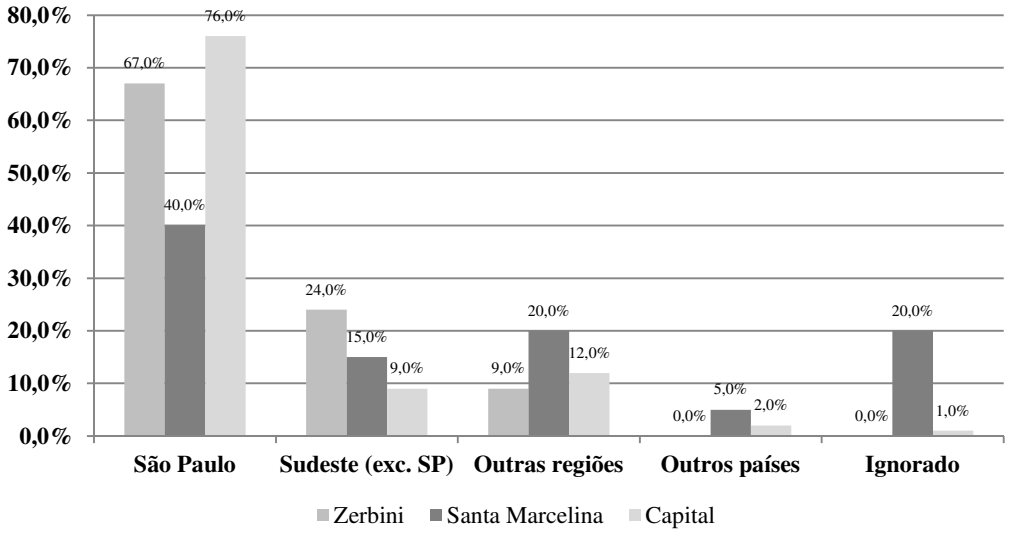


Gráfico 3. Distribuição, segundo local de nascimento, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

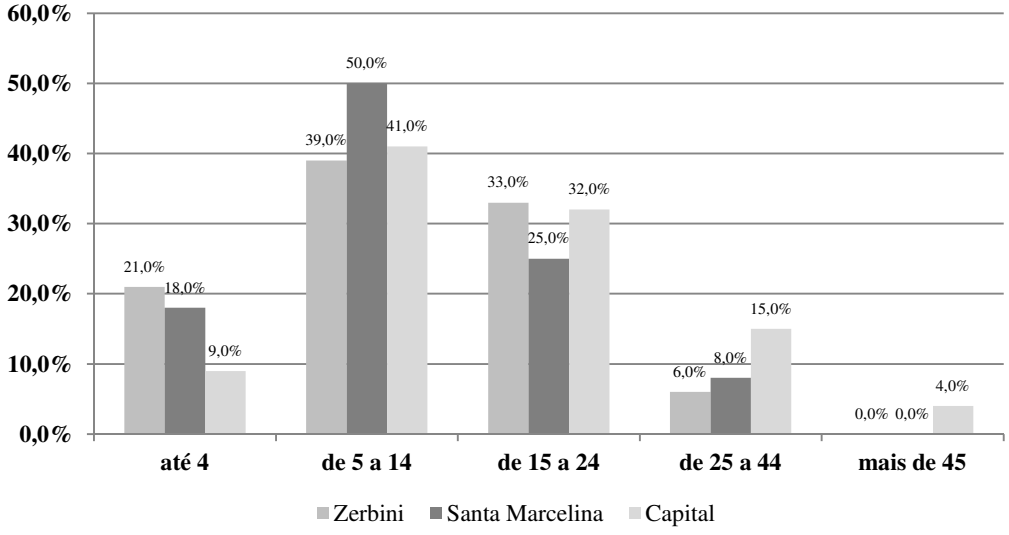


Gráfico 4. Distribuição, segundo anos de formado, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

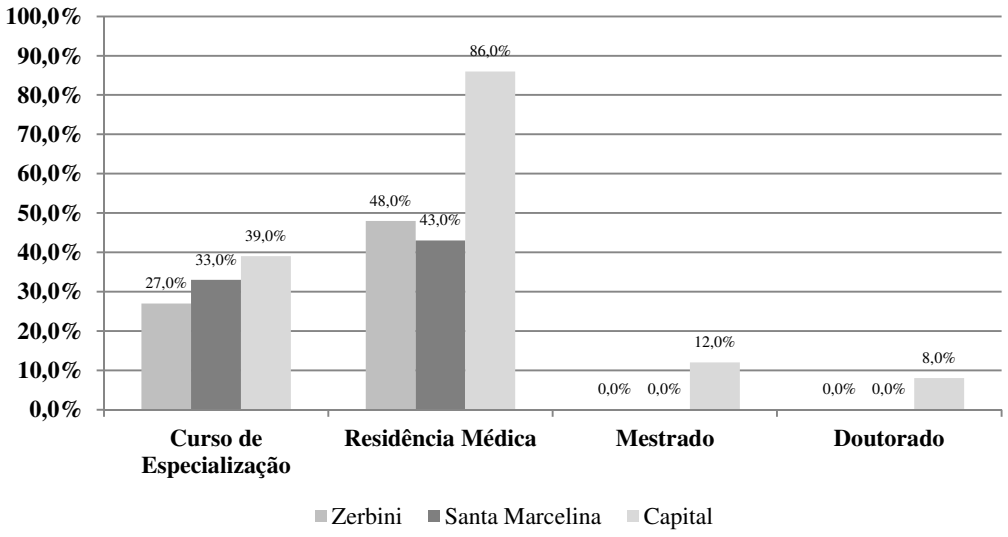


Gráfico 5. Distribuição, segundo tipo de especialização / pós-graduação cursada, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

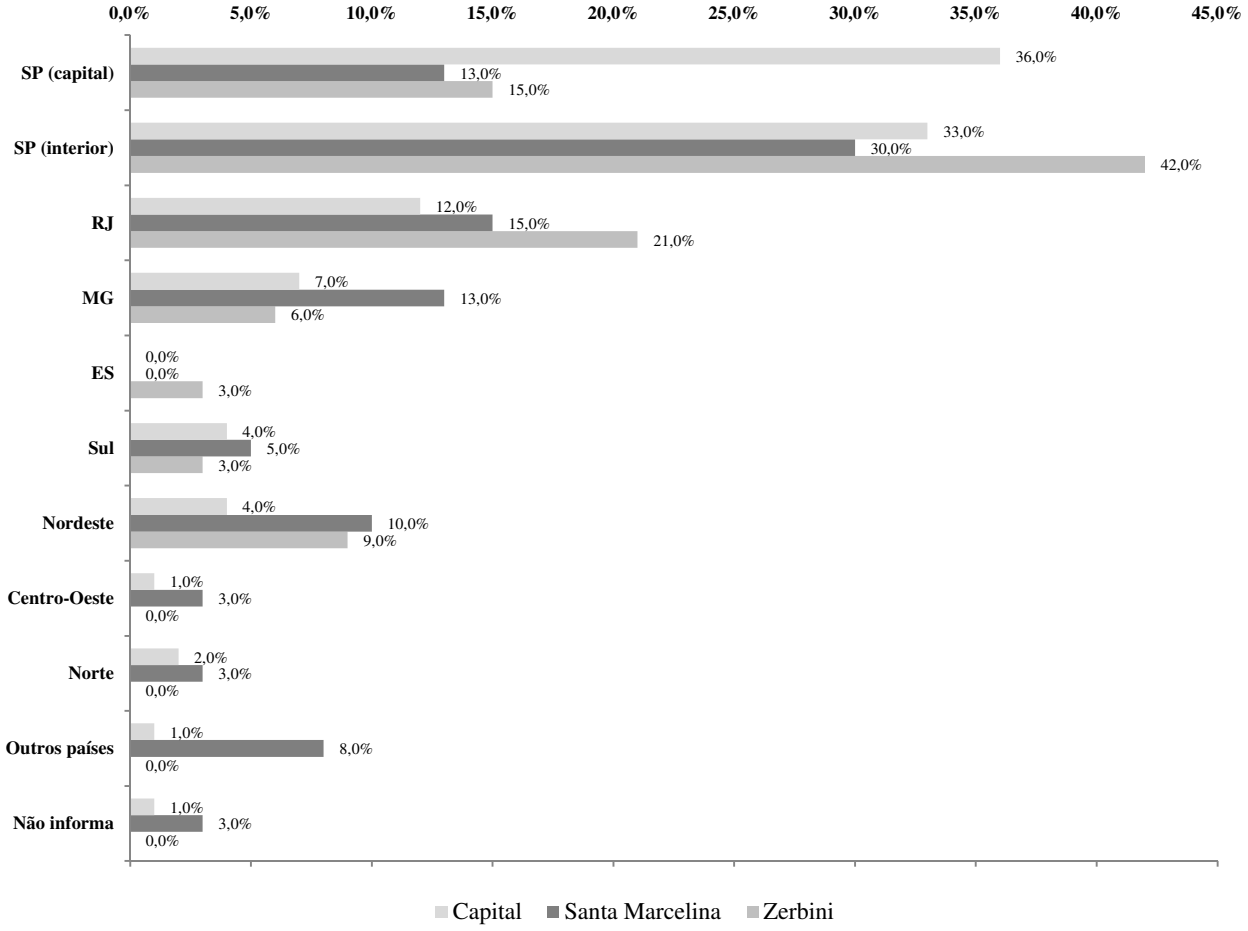


Gráfico 6. Distribuição, segundo local de graduação, dos Médicos de Família em atuação no PSF / 1999.

Tabela 2. Dados gerais da amostra coletada dos Médicos do PSF (07/99).

Situação Empregatícia em 07/1999				
UNIDADE →	**ZERB.**	**%**	**S. MARC**	**%**
Ativos	62	72%	53	70%
Desligados	24	28%	23	30%
Total	**86**	**100%**	**76**	**100%**
Acesso ao Currículo para Médicos Generalistas Ativos				
Sim	28	85%	40	91%
Não	5	15%	4	9%
Total	**33**	**100%**	**44**	100%
Tipo de Exercício Profissional dos Médicos Ativos				
Especialistas	29	47%	5	9%
Generalistas	33	53%	44	83%
Coordenação	0	0%	4	8%
Total	**62**	**100%**	**53**	**100%**
Tempo de Permanência dos Ativos (meses trabalhados até 07/99)				
0 a 6	1	2%	13	25%
de 6 a 12	9	15%	11	21%
de 12 a 18	24	39%	12	23%
de 18 a 24	27	44%	3	6%
mais de 24	0	0%	14	26%
Não Informa	1	2%	0	0%
Total	62	100%	53	100%
Média	**16**		**17**	

Tabela 3. Faixas etárias dos Médicos de Família em atuação no PSF/1999, e sua comparação com os dados dos Médicos de São Paulo, Capital / 1995.

IDADE	**F. ZERBINI**		**% acumulada**	**S. MARC**		**% acumulada**	**CAPITAL**		**% acumulada**
Até 27	4	12%	12%	3	8%	8%	2.134	7%	7%
De 28 a 29	2	6%	18%	3	8%	15%	2.354	8%	15%
De 30 a 34	11	33%	52%	16	40%	55%	5.890	20%	35%
De 35 a 39	5	15%	67%	7	18%	73%	5.358	18%	52%
De 40 a 44	5	15%	82%	4	10%	83%	4.920	16%	69%
De 45 a 49	3	9%	91%	4	10%	93%	3.553	12%	81%
De 50 a 59	3	9%	100%	1	3%	95%	2.854	10%	90%
De 60 a 69	0	0%	100%	1	3%	98%	1.662	6%	96%
70 ou Mais	0	0%	100%	0	0%	98%	1.260	4%	100%
Ignorada	0	0%	100%	1	3%	100%	0	0%	100%
Total	**33**	**100%**		**40**	**100%**		**29.985**	**100%**	

Fonte: Dados referentes à Capital, Perfil dos Médicos do Brasil, MS/ENSP/FIOCRUZ, 1995.

Tabela 4. Instituição de formação dos Médicos de Família do PSF ativos (07/99) e dados comparativos com São Paulo, Capital / 1995.

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
067. Universidade de São Paulo (USP), SP	2	6,1%	2	5,0%	4.600	15,3%
060. Universidade Federal de São Paulo	2	6,1%	2	5,0%	3.093	10,3%
061. Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	1	3,0%	1	2,5%	1.765	5,9%
343. Centro de Ensino Superior Fundação Lusíada, Santos	1	3,0%	1	2,5%	1.702	5,7%
059. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), Sorocaba	2	6,1%	2	5,0%	1.659	5,5%
065. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André	1	3,0%	1	2,5%	1.466	4,9%
334. Faculdades Integradas Severino Sombra, Vassouras	5	15,2%	1	2,5%	1.331	4,4%
074. Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro (Unisa)	0	0,0%	0	0,0%	1.288	4,3%
066. Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)	1	3,0%	2	5,0%	1.283	4,3%
069. Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu	3	9,1%	1	2,5%	637	2,1%
025. Faculdade de Ciências Médicas Dr. José A. G. Coutinho, Pouso Alegre	0	0,0%	2	5,0%	623	2,1%
075. Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté	3	9,1%	1	2,5%	578	1,9%
071. Faculdade de Medicina de Jundiaí	0	0,0%	1	2,5%	573	1,9%
068. Universidade São Francisco (USF), Bragança Paulista	0	0,0%	1	2,5%	560	1,9%
333. Centro de Ensino Superior de Valença	1	3,0%	0	0,0%	535	1,8%
041. Universidade Federal do Paraná (UFPR)	0	0,0%	0	0,0%	495	1,7%
028. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	0	0,0%	0	0,0%	484	1,6%
018. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	0	0,0%	1	2,5%	478	1,6%
022. Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT)	1	3,0%	0	0,0%	476	1,6%
073. Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto	0	0,0%	0	0,0%	422	1,4%
002. Universidade Federal do Pará (UFPA)	0	0,0%	1	2,5%	384	1,3%
064. Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP)	1	3,0%	0	0,0%	380	1,3%
020. Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba	1	3,0%	1	2,5%	377	1,3%
010. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	0	0,0%	1	2,5%	363	1,2%
034. Faculdade de Medicina de Petrópolis	0	0,0%	0	0,0%	238	0,8%
029. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói	0	0,0%	0	0,0%	234	0,8%
015. Universidade Federal da Bahia (UFBA)	0	0,0%	1	2,5%	205	0,7%
072. Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)	0	0,0%	1	2,5%	201	0,7%
062. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)	0	0,0%	0	0,0%	172	0,6%
016. Escola de Medicina e Saúde Pública, Bahia	1	3,0%	0	0,0%	172	0,6%
009. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campina Grande	1	3,0%	0	0,0%	172	0,6%
031. Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO)	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
054. Universidade de Passo Fundo (UPF)	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
046. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	0	0,0%	1	2,5%	160	0,5%
057. Universidade Federal de Goiás (UFG)	0	0,0%	0	0,0%	158	0,5%
006. Universidade Federal do Ceará (UFC)	0	0,0%	0	0,0%	157	0,5%
035. Faculdade de Medicina de Campos (FMC)	0	0,0%	0	0,0%	152	0,5%
026. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	1	3,0%	0	0,0%	145	0,5%
070. Faculdade de Medicina de Catanduva	2	6,1%	0	0,0%	138	0,5%

Tabela 4. Instituição de formação dos Médicos de Família do PSF ativos (07/99) e dados comparativos com São Paulo, Capital / 1995. (continuação)

INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
030. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	0	0,0%	1	2,5%	102	0,3%
328. Universidade do Estado do Pará (UEPA)	0	0,0%	1	2,5%	98	0,3%
040. Faculdade de Ciências da Saúde de Nova Iguaçu	0	0,0%	0	0,0%	83	0,3%
001. Universidade do Amazonas	0	0,0%	0	0,0%	80	0,3%
332. Fundação Educacional Souza Marques	0	0,0%	1	2,5%	79	0,3%
032. Universidade Gama Filho (UGF)	0	0,0%	1	2,5%	79	0,3%
048. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)	0	0,0%	0	0,0%	79	0,3%
056. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Cuiabá	0	0,0%	0	0,0%	79	0,3%
017. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	0	0,0%	1	2,5%	78	0,3%
043. Universidade Estadual de Londrina (UEL)	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
012. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
021. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)	0	0,0%	0	0,0%	71	0,2%
042. Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR)	0	0,0%	0	0,0%	71	0,2%
036. Fundação Oswaldo Aranha (FOA), Volta Redonda	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
024. Faculdade de Medicina de Barbacena	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
004. Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	1	3,0%	1	2,5%	66	0,2%
045. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	0	0,0%	0	0,0%	66	0,2%
039. Faculdade de Medicina de Teresópolis (FMT)	1	3,0%	2	5,0%	49	0,2%
058. Universidade de Brasília (UNB), Distrito Federal	0	0,0%	0	0,0%	49	0,2%
076. Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FARME)	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
052. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
044. Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEM-PAR)	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%
055. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
008. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
100. Outras Escolas do Brasil / Ignorado	0	0,0%	0	0,0%	169	0,6%
200. Escolas de outros países	0	0,0%	3	7,5%	223	0,7%
TOTAL	**33**		**40**		**29.985**	

Fonte: Dados referentes à Capital, Perfil dos Médicos do Brasil, MS/ENSP/FIOCRUZ, 1995.

Tabela 5. Especialidades dos Médicos de Família do PSF ativos (07/99) e dados comparativos com São Paulo, Capital / 1995.

Especialidade	ZERB.	%	S. MARC	%	CAPITAL	%
Pediatra	4	12,1%	4	10,0%	3.915	13,1%
Ginecologista / obstetra	0	0,0%	1	2,5%	3.385	11,3%
Cardiologista	0	0,0%	0	0,0%	1.879	6,3%
Ortopedista	0	0,0%	0	0,0%	1.655	5,5%
Clínico geral	22	66,7%	27	67,5%	1.572	5,2%
Anestesiologista	0	0,0%	0	0,0%	1.234	4,1%
Oftalmologista	0	0,0%	0	0,0%	1.138	3,8%
Cirurgião geral	1	3,0%	1	2,5%	1.062	3,5%
Psiquiatra	0	0,0%	0	0,0%	973	3,2%
Outras	0	0,0%	1	2,5%	938	3,1%
Ignorada	0	0,0%	0	0,0%	931	3,1%
Radiologista / Radioterapeuta	0	0,0%	0	0,0%	795	2,7%
Médico do Trabalho	1	3,0%	1	2,5%	702	2,3%
Dermatologista	0	0,0%	0	0,0%	656	2,2%
Neurologista	0	0,0%	0	0,0%	654	2,2%
Patologista	0	0,0%	1	2,5%	584	1,9%
Cirurgião cardíaco	0	0,0%	0	0,0%	543	1,8%
Otorrinolaringologista	0	0,0%	0	0,0%	542	1,8%
Gastrenterologista clínico	0	0,0%	0	0,0%	526	1,8%
Hematologista	0	0,0%	0	0,0%	504	1,7%
Administração em saúde	0	0,0%	0	0,0%	495	1,7%
Cirurgião Plástico	0	0,0%	0	0,0%	484	1,6%
Homeopata	0	0,0%	0	0,0%	446	1,5%
Neurocirurgião	0	0,0%	0	0,0%	433	1,4%
Reumatologista	1	3,0%	0	0,0%	409	1,4%
Endocrinologista	1	3,0%	0	0,0%	406	1,4%
Cirurgião infantil	0	0,0%	0	0,0%	388	1,3%
Infectologista	0	0,0%	0	0,0%	386	1,3%
Cirurgião vascular	0	0,0%	0	0,0%	385	1,3%
Oncologista	1	3,0%	0	0,0%	370	1,2%
Sanitarista	2	6,1%	1	2,5%	364	1,2%
Cirurgião de Cabeça e Pescoço	0	0,0%	0	0,0%	300	1,0%
Urologista	0	0,0%	0	0,0%	280	0,9%
Intensivista	0	0,0%	0	0,0%	168	0,6%
Proctologista	0	0,0%	0	0,0%	162	0,5%
Nefrologista	0	0,0%	1	2,5%	152	0,5%
Pneumologista	0	0,0%	0	0,0%	76	0,3%
Médico de Família	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
Geriatra	0	0,0%	1	2,5%	0	0,0%
Fisiatra / Médico do Esporte	0	0,0%	0	0,0%	73	0,2%
Total	**33**	**100%**	**40**	**100%**	**29.965**	**100%**

Fonte: Dados referentes à Capital, Perfil dos Médicos do Brasil, MS/ENSP/FIOCRUZ, 1995.

As representações e as expectativas dos Médicos no Qualis

Conforme se colocou, no estudo do Qualis foram realizadas entrevistas com nove médicos de família, nas UBS, a saber:

Instituição Parceira – Fundação Zerbini:

- Vila Penteado
- Jardim Guairacá
- Pastoral
- Vila Espanhola
- Ilza Huztler

Instituição Parceira – Casa de Saúde Santa Marcelina:

- Jardim Copa
- Jardim Fanganielo
- Vila Guilhermina
- Dom Angélico

As entrevistas foram analisadas segundo roteiro pré-definido, o que possibilitou, ao longo do texto, a coleta de informações referentes à identificação pessoal e o delineamento das caracterizações quanto à origem, dinâmica familiar, formação médica e trajetória profissional.

Para as questões pontualmente referentes ao Qualis, ao considerar a visão pessoal dos entrevistados, foram criadas algumas categorias de análise, no intuito de viabilizar agrupamentos posteriores, a saber: ingresso no Qualis, objetivos do programa, relações de trabalho com a equipe, relacionamento com a população, organização dos processos de trabalho, motivação com o trabalho, capacitação, condições de trabalho, sugestões para o programa e planos para o futuro.

Perfil dos Médicos entrevistados

Do total de entrevistados, cinco eram do gênero feminino e quatro do masculino, e a faixa etária variava de 31 a 48 anos, com média de 36,7 anos. Ainda considerando o gênero, o grupo feminino apresentou média de idade mais avançada (38,6 anos para 34,3 anos do grupo masculino).

Em relação à origem, o grupo feminino era majoritariamente natural da cidade de São Paulo, enquanto o grupo masculino era oriundo de outras unidades da federação e de outro país, no caso, Cuba.

No que tange à formação médica, até por conta do perfil da faixa etária, o grupo masculino apresentou menos tempo de exercício da profissão médica. Considerando o local e a instituição de graduação em medicina, o grupo formou-se predominantemente em escolas de medicina privadas, e todas as médicas estudaram no Estado de São Paulo, enquanto todos os médicos cursaram medicina no estado do Rio de Janeiro e Cuba.

Quanto ao processo de especialização, a maior parte do grupo não cursou / não concluiu o programa de Residência Médica ou outro curso em nível de especialização. Dos entrevistados que concluíram o programa de Residência Médica, duas médicas e um médico (1/3 do total), as especialidades cursadas foram Pediatria, Clínica Médica e Cirurgia Plástica. No caso de cursos de especialização, duas entrevistadas mencionaram a Saúde Pública, um médico citou a Geriatria, mas nenhum referiu ter título de especialista concedido por alguma Sociedade de Especialidade Médica. Para outros cursos de atualização / capacitação, três entrevistados citaram a Homeopatia, além de menções isoladas em Geriatria, Medicina do Trabalho e curso de atualização em Saúde da Família no Canadá. Nenhum médico do grupo cursou pós-graduação em nível de Mestrado ou Doutorado.

História pessoal e motivações para escolha profissional

As motivações que se apresentaram relativas à escolha da profissão médica eram basicamente de duas naturezas. Uma primeira, a possibilidade de servir a população e intervir socialmente, uma questão de identificação com o aspecto humanitário da prática médica. A segunda passava pelo interesse suscitado mediante atividades escolares regulares e a influência / convivência com profissionais da área.

De maneira geral, esse grupo era constituído por pessoas provenientes de famílias tradicionais, de classe média baixa que, em alguns casos, migraram para o estado de São Paulo em busca de melhores possibilidades. Há casos em que a escolha da profissão se deu pela possibilidade de auxiliar o próximo, ou foi motivada pela própria história e dinâmica familiar desses médicos, em que as relações solidárias eram estimuladas e refletidas, muitas vezes, em ações comunitárias e voluntariado.

> *"No começo eu não tinha muita noção, quando eu fiquei adolescente eu descobri que eu queria uma profissão universal, que em qualquer lugar, que qualquer pessoa, pobre, rico, todo mundo vai precisar."*
>
> *"Sempre quis ajudar as pessoas e, desde pequeno eu falava; daí surgiu a oportunidade e fiz."*
>
> *"Minha mãe aqui foi tecelã, meu pai era funcionário do IAPC, também pedreiro – era um homem simples – e eu acho que a minha formação eu devo muita coisa a eles, sabe? Eles sempre me ensinaram a estar próxima das pessoas..."*
>
> *"eu sou filho de uma família de dois filhos, eu vim de uma família de classe média, média, média baixa, sou filho de uma professora e de um industriário. Meus pais sempre lutaram muito para que tanto minha irmã e eu pudéssemos estudar e sempre houve a preocupação do social na minha casa, até porque minha mãe também era professora, era não, é professora e funcionária pública, e engraçado, né? Porque minha irmã e eu somos assim, temos a mesma preocupação, então eu sempre tive essa visão do social, do coletivo... Estou satisfeito em ser médico, vim de uma família pobre, lutei muito para ser médico, sou um vencedor que chegou lá, conseguiu o que queria."*
>
> *"... segundo a Mamãe, né? a primeira vez que eu falei que queria ser médica, eu tinha uns 6 anos de idade (...) economicamente era muito complicado pra eu fazer medicina. Papai era motorista de ônibus, né?... Eu tive um modelo de profissional que era o médico da nossa família – Dr. Alcides A. – já falecido, a filha dele trabalha aqui conosco. Ele foi realmente um modelo pra mim. Ele era um médico do bairro, aqui do Imirim, e atendia todo mundo. Eu acho que… eu não sei o que me influenciou… eu não sei explicar vocação… acho que não se explica vocação, né? Mas a influência, o modelo de médico pra mim, foi o Dr. Alcides."*
>
> *"Eu sou a caçula de três filhos, meu pai faleceu, eu tinha dez anos de idade, ele morreu de infarto e minha mãe sempre trabalhou duro para criar a gente, com a ajuda de meus avós maternos e de minha tia, que é solteira, irmã da minha mãe. Uma família de classe média, não tinha, assim, muita riqueza, mas também nunca faltou nada pra gente. E eu resolvi prestar medicina quando eu estava no colegial, na época eu fazia colégio do Estado, assistia a uma aula de biologia no laboratório, e era muito bom. A gente mexia com vísceras de animais, e aí eu comecei a me interessar pela patologia. Aí eu resolvi fazer medicina."*
>
> *"Tive uma infância feliz tranquila, não sabia dos problemas das pessoas, não que meu país seja muito diferente, hoje ainda somos uma grande família, todos moram perto, todos participam de festas, praias, bem estimulado, só vim acordar aqui no Brasil... mesmo por ser de Cuba, antes da faculdade sempre se é vinculado à política, se você não participação na política você não poderia ter estudado medicina, existem certas carreiras que exigem, direito, licenciatura, para professora, medicina, envolvendo tempo e é muito difícil, tinha uma colega muito inteligente, muito boa, mas, ela não conseguiu porque era católica, mas minha formação no auge de bombardeio de informações eu participava muito de trabalho voluntário..."*

As motivações essencialmente vocacionais e/ou inspiradas em outros profissionais da área também foram referidas, sugerindo que, para esses, a atração pela prática médica mais voltada às ações coletivas possivelmente tenha se manifestado em fases posteriores à escolha da profissão.

Para alguns desses profissionais, a preocupação com o social, ou em ajudar o próximo, também se manifestou em algum grau de atividade político-social, ainda que não necessariamente de caráter partidário. As referências foram mais direcionadas a atuações nos centros acadêmicos das escolas de graduação, bem como foram mencionadas ações voluntárias em

asilos e orfanatos, trabalho rural e em entidades religiosas. Três profissionais não referiram qualquer atividade política ou comunitária anterior, mas, de maneira geral, esse é um conjunto de profissionais relativamente engajados.

"Eu não cheguei a ser presidente. Mas depois que eu não era mais residente, que teve lá um movimento e que eu acho que para ter alguma... simbolicamente... alguma coisa acabou cortando a minha bolsa... que eu nem participava mais do Centro Acadêmico."

"Tudo que a gente teve a gente criou, porque a gente pegou o DA muito ruim. Entramos no DA quando o PS ia fechar, eu fui muito participativa, a gente ia desde a reuniões na Câmara Municipal pra pedir pra votar a Gestão semiplena até tudo que estava em atraso em volta do Hospital, mobilizar gente, no final deu um resultado bom."

"Antes e durante a faculdade e final de semana, limpeza, enxada, colher frutas, só era de uma outra óptica, você não ia trabalhar ia ajudar, ia uma turma então até certo ponto uma festa, íamos no caminhão, com violão cantando, jovens, se fazia o que podia, era um lazer até certo ponto" .

"Minha mãe, na lida dela de toda aquela problemática de ser dona de casa e de ser trabalhadora – isso há 50 anos, né? – ela ainda arranjava um tempinho pra ser dama de caridade, né?... e essa questão fez com que a gente evoluísse no campo emocional e humano – humanitário, eu diria … ela sempre me levava pras coisas: a gente visitava asilos, a gente visitava orfanatos… sabe, você tem um amigo, ele está passando fome? ele entra em casa e come junto com a gente. Então, essas coisas me deram uma, vamos dizer assim, uma infância muito bonita... Eu não sei se porque eu era mais velha que eles, eles me consideravam muito, eu sempre fui uma pessoa muito… respeitável, acho que esse é o fato. Então, as pessoas me respeitavam muito. E eu era uma pessoa que tinha um trânsito. As ideias, as motivações das greves – nós passamos por várias greves naquela época lá... o nosso governador veio com cassetete em cima da gente, tal… a gente sempre enfrentou isso… e eu, todos os movimentos que houve na universidade, a gente participou."

"... eu já tinha uma experiência pastoral de alguns anos, já, né? Há mais de 20 anos… e… Pastoral Popular. Então eu aliei essa coisa da Educação em Saúde que o pessoal deu na linha de Educação Popular, né? muito na coisa do Paulo Freire, com a experiência que eu já tinha da Pastoral. Foi muito bom. É o que eu aplico por aqui... O projeto foi de treinar os agentes da Pastoral da Saúde pra serem meio que educadores de saúde, né?... Nós treinávamos os coordenadores… a região… a arquidiocese se divide em regiões… na Região Norte, ela é dividida em sub-regiões. Então, nós pegávamos dois coordenadores de cada sub-região e treinávamos. Fizemos saúde da criança, saúde da mulher, depois íamos começar saúde do adulto, né? em linguagem bem simples, pra eles."

História profissional e ingresso no Qualis

Em relação aos trabalhos anteriores, excetuando uma entrevistada, todos os médicos relataram experiências profissionais pregressas em ambulatórios de medicina de grupo e em Pronto Socorro / Pronto Atendimento de hospitais privados. Havia quase um consenso entre o grupo: a insatisfação com a organização dos processos de trabalho nas unidades ambulatoriais das medicinas de grupo. Isso porque, segundo os relatos, a imposição de produtividade superestimada era característica marcante, bem como a visão fragmentada e individual da saúde, o que dificultava a interação médico-paciente e impedia o seguimento e a evolução do cuidado à saúde. Havia também referências a trabalhos em Prontos Socorros públicos e, em número um pouco menor, em UBS do Estado. Dois profissionais já tinham atuado em equipes de Saúde da Família, um no Rio de Janeiro e outro em São Paulo, com o outro parceiro.

"Dentro do pouco que eu pudesse fazer, eu queria era ajudar. Pra mim o médico era isso, não era ter aquela visão, eu tô aqui em cima, você tá aí embaixo... Eu estava assim, meio de saco cheio, não sei eu posso usar esse termo, de trabalhar no Convênio X, que estava pagando pouco, o esquema de trabalho estava ficando massacrante, um mínimo de vinte, vinte e cinco pacientes por período, eu falei assim, gente, não dá mais pra você fazer... estava cansada..., e isso que eu já lhe falei, achando que não era aquilo que o paciente merecia. Eu queria uma coisa um pouquinho diferente."

"No Convênio Y, os pacientes eram mais esclarecidos, tinham outro nível porque atendia a TV X, a multinacional X, já lidava com outro tipo de paciente, mais esclarecido, mas na verdade eu larguei lá para vir para cá, eu gosto mais de pessoas carentes."

Dentre os fatores que motivaram o ingresso desses profissionais no Qualis, apareceram os associados à identificação com a proposta do programa e com a abordagem integral do cuidado à saúde.

"Porque eu achei que uma série de objetivos de atuação profissional eram como tinha que ser. Eu achei que muita coisa que eu procurava..."

"... você acaba sendo referência. Era mais ou menos assim a medicina que eu queria fazer..."

"Olha, eu acho que tudo o que eu fiz foi pensando na saúde coletiva, pensando na saúde das pessoas como um todo, muitas coisas particularizadas... Então, quando eu entrei no Qualis, eu vislumbrei assim… Como é bom se isso aí der certo. Que essa coisa realmente dê certo. Porque é isso que eu quero. É isso que eu penso da saúde..."

Entretanto, existiam outros elementos motivacionais para além da identificação com o projeto – a sensação de exploração e de insatisfação com o trabalho anterior, principalmente na relação com o paciente e com a carga de trabalho, a oportunidade de melhores condições de trabalho e formação, remuneração melhor, e segurança.

"... tive tantos atendimentos, preencher fichas, me senti explorado, não dava; essa situação, principalmente porque aquele dia esgotou a minha tolerância e resolvi procurar a coordenação de novo, marquei de novo, houve o processo de admissão e não me arrependo não."

"O que eu ganhava no Rio equivale ao que eu recebo hoje, mas trabalhando menos horas. São Paulo também é um atrativo porque oferece melhor formação técnica, melhores salários, melhores funções de trabalho."

"... tem as mesmas ideias que eu, pelo projeto, cuidar do paciente e além de ser um serviço registrado, a maioria é cooperativa e é mais seguro..."

Em relação ao número de postos de trabalho, apenas duas médicas trabalhavam exclusivamente na UBS do Qualis. A grande maioria mantinha atividade paralela em consultórios próprios ou realizando plantões noturnos e/ou em finais de semana, em Prontos Socorros particulares. Essa situação é importante, pois revela que, mesmo profissionais aparentemente comprometidos com a proposta, continuavam buscando trabalhos extras, o que pode apontar o desejo de uma renda complementar, além daquela ofertada pelo Qualis (que, na maior parte das vezes, conforme os relatos, era equivalente às remunerações anteriores recebidas), bem como certa insegurança, ou necessidade de manter-se ligado à especialidade de origem, o que seria razoável frente à precocidade de implantação do Projeto. Também essa insegurança profissional poderia vir a acarretar problemas frente à implantação de um projeto em larga escala, em termos de adesão e rotatividade dos médicos.

Quanto aos objetivos do programa

No conjunto de questões que tratavam das percepções sobre os processos de concepção e instalação do programa, identificavam claramente o Qualis como uma nova proposta de modelo assistencial, calcada no cuidado integral à saúde e na recuperação do vínculo do ente "equipe, médico e paciente", como se as premissas do projeto fossem uma espécie de "filosofia" que orientasse essa nova abordagem da saúde pública. Entretanto, essa concepção da atenção integral assumia diferentes nuances. Expressava-se desde a integralidade concebida como incorporação ao atendimento individual de aspectos preventivos, passando pela possibilidade de abordagem no cuidado de aspectos da vida familiar e da comunidade onde esse indivíduo se insere, chegando até concepções mais ampliadas dos que entendiam a proposta como um novo modelo de saúde pública, em que, além da abordagem do indivíduo, se pretendia também atuar sobre a família e a comunidade, não apenas em ações educativas, mas promovendo a cidadania, a organiza-

ção da comunidade para uma melhoria global na qualidade de vida. Tais práticas também demandavam nova postura do médico, ao induzir maior responsabilização com o caso em função dessa abordagem mais integrada, bem como de uma valorização do conjunto da equipe, e não apenas da figura desse profissional. Alguns enfatizavam, também, a importância da potência, da resolutividade do projeto frente às propostas tradicionais de atenção básica. Essa diversidade de concepções de integralidade traz, por um lado, um aspecto muito positivo em relação ao comprometimento com o cuidado e, de alguma forma, empodera o profissional para essa prática – coloca-o realizando uma atividade nobre, digna, socialmente justificada; por outro, entretanto, pode também se traduzir em práticas bastante diferenciadas e eventualmente contraditórias, no seu exercício cotidiano.

É interessante observar que esses profissionais também conheciam um pouco da história e dos porquês de criação do projeto – a história anterior do médico de família, da doutora Rosa, o papel e o interesse do ministro Jatene em implantar o Projeto em grandes regiões urbanas, a oposição ao PAS etc., o que podia representar também um indicativo da sua vinculação ao projeto. Outro aspecto importante é que o discurso se construía muito próximo da prática e das vivências dos profissionais, enfatizando, principalmente, a relação com o usuário.

> *"É um projeto para pessoas carentes que visa não só dar atendimento, ou receita, mas conhecer o paciente, a família, o problema, dando possibilidades para você ajudar mais além do que dar um simples remédio, e principalmente prevenir doenças ter uma qualidade de vida melhor, orientações através de grupos, então você dá informações, trata, prevenindo e delimitando uma área."*

> *"Eu acho que a filosofia do Programa Qualis é muito bonita. Você cuidar de uma família toda, a qualidade do atendimento é diferente, apesar de eu nunca ter usado o serviço público de saúde ou posto de saúde, os pacientes contam que é muito diferente o atendimento que é feito pelos profissionais do Qualis e o atendimento de outros locais."*

> *"O projeto que teoricamente ele não tem menos, ele tá em implantação tem coisas que não estão escritas, que a gente tem que arrumar alternativas, mas em si ele é muito dez... Aqui resgatou um pouco da necessidade de um serviço primário que ele dá conta de resolver. A gente dá conta sim, a gente consegue resolver, a gente diminui a demanda hospitalar, tanto até em nível de internação e de atendimento... Pelo que eu sei é que existiam algumas unidades do Estado que estavam desativadas, existia vontade de se fazer esse projeto, então se ligou o útil ao agradável e acabou vindo para cá e pra Zona Sudeste... Logo que a gente começou o Doutor Jatene chamou a gente para uma "acolhida" e ele contou que quando ele estava no Ministério da Saúde ele ficou conhecendo os projetos que havia no nordeste e ele achou viável. E ele pensou: se der certo em São Paulo, ele vinga. Ai acabou vindo pra cá... Não dá pra se pensar em saúde como um dever do Estado sem você reformular o setor primário. O projeto Saúde da Família dá conta disso. Sem reformular o setor primário o SUS não dá conta... 1º porque ele é resolutivo. Não adianta investir no serviço primário se ele não for resolutivo. Além de ser preventivo ele é resolutivo."*

> *"O Qualis é um programa de médico de família, que pretende, tem o sonho, de resgatar a questão da relação equipe de saúde-paciente – não médico-paciente – equipe de saúde. Porque aquela visão de que o médico é responsável pela saúde… ela tem que ser mudada, porque nós não somos deuses do Olimpo, embora às vezes seja tratado e se trata como tal... o Jatene queria trazer pra São Paulo o programa de médico de família… sabendo que as características seriam completamente diferentes do médico de família do Nordeste, porque a nossa realidade é diferente. E… ele começou a trabalhar então nesse sentido. E conversou… aí não sei bem como foi a história… de eles entrarem em contato com as irmãs lá do Santa Marcelina e começaram a organizar o projeto. Aproveitaram grande parte dos médicos de família que já estavam lá naquela área e montaram nove postos."*

> *"Porque eu considero esse trabalho do Qualis perfeitamente – que é a qualidade integral de saúde – é fazer um trabalho preventivo."*

> *"O Qualis é uma proposta de um novo modelo assistencial, que o médico tem um vínculo com o paciente. Este sistema ultra especializado você perde o vínculo com o paciente, tem o ortopedista que cuida do pé, o cardiologista do*

coração, ninguém é o médico do paciente. A pessoa paga caro, no fim não tem sentença de ninguém, são todos Pilatos, todos lavam as mãos – Isso não me pertence... Ninguém assume a paciente. O Qualis é uma maneira de você resgatar a responsabilidade do médico. Você não precisa ser ultra especialista pra tratar de uma gota, de uma crise de asma, de um hipertenso leve, você é médico você tem capacidade de tratar sim. Fiz minhas cadeiras básicas de clínica médica, de cardiologia, de tudo. O Qualis é isso, um novo modelo assistencial pra resgatar o vínculo entre médico e paciente. Este vínculo é o que mais desgasta profissionalmente... Sei que a Doutora Rosa, era médica de família, naquele antigo modelo do Estado e ela quis que isso mantivesse e foi atrás e por articulações políticas dela, ela conseguiu com ajuda do Santa Marcelina, a Secretaria e do Ministério."

"O Qualis é uma proposta de nova saúde pública, onde você atua com modelo de saúde diferente... enfim globalizante. Você tendo um conceito de saúde você tem que atuar com o paciente de uma forma mais global, você tem que saber noções gerais de clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, você tem que saber sobre tuberculose, você tem um leque enorme. O objetivo é expandir e no futuro todos os habitantes terem o direito a um modelo de saúde, acesso a um generalista, como é no Canadá, Inglaterra, como era antigamente. Começou aqui em substituição a uma proposta anterior..., quando começou também o Saúde da Família no Rio, aí foi feita a parceria Estado, Santa Marcelina. Sei que existem outros Qualis, mas não tenho muita informação nem como funcionam os PSF do Nordeste. Acho que o modelo tradicional e o Qualis fazem parte de um círculo e um dia vão se encontrar com um modelo comum, misturado, mas mais voltado para a família como este. O modelo cabe bem em São Paulo, porque apesar de a cidade ter muitos recursos, também tem muita miséria, e o modelo tradicional não conseguiu enfrentar isto."

"... projeto com o objetivo de abraçar uma população especifica determinada para desenvolver um trabalho de saúde pública, saúde comunitária com educação para a saúde. Com o objetivo de reunir a maioria das doenças e facilitar a vida da comunidade e estimular a cidadania, estimular a organização da comunidade, a educação, tentar criar empregos, coisas que vão além do serviço da saúde, do problema de saúde. Além de satisfação a todos de certa forma, é uma medicina mais barata um médico só resolve muitos problemas, ginecologia, pediatria, geriatria, e também estaria perto dos casos, ver pacientes que não podem se locomover, e isso trariam uma diminuição da procura de centros terciários, centros secundários, de coisas que podem ser resolvidas na área. Foi implantado nesta região porque tem muito trabalho, é periferia e como já disse havia médicos sanitaristas que haviam começado alguma coisa e foi na zona leste."

Relacionamento com a população

Para o grupo entrevistado, o vínculo estabelecido com a comunidade lhe conferia grande estímulo e satisfação. Acreditavam que o trabalho por eles desenvolvido era de grande relevância para a população, que a prática da medicina voltada à saúde coletiva tinha retribuição nos sentimentos de gratidão e respeito, e que a possibilidade de melhorar a vida das pessoas era um dos principais pontos fortes do programa.

"As pessoas da minha área gostam do atendimento personalizado que a gente dá, do respeito, da falta de preconceito, da falta de interesse, queremos melhorar a vida deles, eles dizem que foram agraciados, são agradecidos, abençoados, porque temos que por na cabeça deles que o problema de saúde não é só febre, diarreia ou a gestante, é quando eles brigam com a família ou a vizinha, quando a filha ficou grávida escondida, então pouco a pouco vamos fazendo o trabalho e alguma coisa do resultado. Não é uma coisa que podemos dizer que o Qualis já mudou tudo, mas está caminhando."

"Eu acho que gostam. A gente está, assim nestes meses de março e abril, vivendo um declínio de aceitação… por causa do aumento da demanda, né?… mas eu acho que a gente tem… o que eu posso dizer, né? É uma clientela fiel."

"... O grau de satisfação é muito bom. Tem paciente que vem aqui sem ter nenhuma queixa. Vem pra você dar um palpite. Isso vai de confiança. Não adiantaria a gente ser um médico bonzinho, mas na hora que ficou doente teve que procurar outro médico. Existe um grau de referência nossa que é importante isso é grande não fosse resolutivo não teria isso."

"Gostam do atendimento, do laboratório, outro dia chegou uma paciente e disse onde ela ia fazer o exame e nós informamos que era aqui e ela ficou admirada e satisfeita ao mesmo tempo, então gostam da facilidade, do atendimento, do medicamento, da visita que facilita aquelas pessoas que não podem vir no posto."

Alguns relataram que, no processo de instalação do Qualis, a aceitação da população foi relativamente difícil, por conta da cultura já estabelecida em relação ao acesso ao sistema: o Pronto Atendimento e a demanda por acesso imediato, o que, de alguma forma, implicou esforço e disponibilidade de negociação com a população, inicialmente subestimados. Esse processo de transformação exigiu muita persistência e interação da equipe com a comunidade e, aparentemente, contribuiu para o estreitamento do vínculo da equipe com a população. Em contrapartida, também, gerou questionamentos sobre até que ponto a interferência da comunidade na discussão do planejamento dos processos de trabalho era benéfica. A diminuição do poder aquisitivo da população local e a subsequente migração do sistema de saúde suplementar para o SUS foram identificadas, por alguns médicos, como pontos centrais dessa "pressão" da população em relação ao acesso e à resolutividade do programa.

"Aqui não, não sei se é a proximidade do hospital, a população é um pouco hostil ao nosso trabalho... Eles querem Pronto Atendimento."

"O viés que eu tenho agora aqui, o relacionamento e a intimidade que eu tenho com a população, faz com que eles me procurem mais. Porque eles sabem: Ah, a Doutora xx está sempre aqui... Quer dizer, eu não posso fazer qualquer coisa e 'Tá, tchau'. Não é assim. Eu tenho compromissos. Você é daqui. Eu sou daqui. Então, tem essa coisa também. Então, nós sofremos… por incrível que possa parecer, essa coisa"

"Uma parte da população está muito à margem da sociedade, acaba tendo a gente como referência, mas isto acontece também com áreas menos carentes- tem gente que tinha convênio e depois veio pedir para se cadastrar..."

"Porque a nossa população é muito exigente. É muito exigente. E é uma população chata. Chata no sentido de que ela reclama de tudo. Ela está sempre reclamando: nunca está satisfeita com nada, quer dizer… não é igual… Por quê? É uma população – como eu disse, ela perdeu o seu poder aquisitivo, um pouco – que antes ela tinha muito convênio, tal, e ela foi perdendo… Então ela acha que chega e tem que ser atendida. Ela não prevê que você tem uma série de coisas que estão correndo juntas..."

"Mas a população da Guilhermina é uma população assim, como é que eu vou dizer… ela é diferente de uma pessoa que necessita muito... Por quê? Porque a população é muito exigente. Então, o médico já… Pô, eu não ganho pra isso, não ganho pra isso! Então, há uma ilusão de que, vejam, eles têm certa modernidade que eles conhecem – modernidade, no seguinte sentido assim: Eu sei que tem densitometria óssea… Já têm acesso ao conhecimento. Já têm acesso ao conhecimento, mas existe o outro lado da pauperização, entendeu? Então, é diferente… Foram os proprietários, né? Foram os proprietários. Foi gente que migrou pra cá, construiu, você pode ver que eles pensaram até na qualidade de vida."

Apesar de o envolvimento da população nas discussões com as equipes ter crescido paulatinamente, em alguns casos, a comunidade levou mais tempo para constituir seus conselhos gestores ou qualquer outra forma de organização sistematizada.

"Existe um conselho… antes de surgir essa ideia de conselho, nós elegemos os representantes de rua. Entendeu? Mas… não está efetivo ainda não."

"População satisfeita, mas não muito organizada."

"A participação tem aumentado, mas não existe conselho gestor. Está crescendo muito a participação nos grupos - falta inclusive espaço para as reuniões."

Os canais de integração entre equipe e comunidade mais citados foram as ações educativas, as caminhadas coletivas e os grupos de promoção e prevenção da saúde. Parcerias com outras instituições da comunidade também foram citadas, tais como o estabelecimento de relacionamento com instituições de ensino e religiosas, além de atividades recreativas, campanhas contra fome e de alfabetização.

"Tem educação continuada, tem o grupo de diabetes, tem caminhada. A gente não tem espaço físico."

"A gente está tentando atingir todos, por exemplo, a gente sabe que temos muito desemprego, não estamos tentando por conta própria, estamos tentando levantar a autoestima das pessoas, tentarem realizar alguma ideia como, por exemplo, uma cooperativa, alguma coisa como uma escola, ou como o Dom Bosco, tentando cursos profissionalizantes, alguma coisa assim, só que a nossa coordenação conseguiu uma parceria com a secretaria do trabalho, e veio um pessoal aqui e está fazendo uma coisa, um trabalho mais amplo, mais organizada, bem determinado, por etapa para conseguir mexer com o profissionalizante, a cooperativa e tudo que der para fazer nesta área, então outro caso seria a educação, nós por nossa conta, com muito esforço, com doações e com dinheiro arrecadado em festas, estamos construindo uma sala aqui atrás para fazer aulas de alfabetização."

"A gente tem reunião mensal para ver se eles interagem ao projeto, visa nessas reuniões que eles façam reclamações, se está bom ou ruim, o que pode melhorar, e explicando como funciona; agora as pessoas já estão mais calmas não tem aquela coisa de ai será que o posto vai fechar e não abrir mais então vinha todo mundo sem agendamento e queria ser atendido, agora estão mais integrados, e as reuniões são para reivindicar, até se alguém falar que o posto vai fechar, a população precisa saber o que vai perder."

"Você vê o pessoal daqui, da terceira idade que participa da caminhada e faz festa, no final do ano fizeram amigo secreto, foram passear no Ibirapuera, tudo... Agora eles tão com outro dia na semana, de artesanato, que é sexta-feira... Aqui, principalmente depois que entraram aqui, que roubaram o nosso vídeo. Entraram por essa janelinha ali, e levaram o vídeo e tal. Então o que a gente bolou, assim, de fazer um centro de convivência aqui embaixo, no estacionamento, no final de semana, colocar um uso, que é um meio de cuidar disso aqui também."

"... a gente faz caminhada, mas não é todo mundo que colabora porque são muito teimosos, mas vamos indo, água mole em pedra dura tanto bate até que fura, também não pode invadir, e o paciente tem opção de escolha. Tem reunião de grupo sobre diabete, gestante, hipertensão e fiz um sobre menopausa porque as mulheres têm muitas dúvidas, que acabaram querendo até semana."

"... tem (ações) com a Sabesp, com a igreja, artesanato, idosos, campanha da fome com a arrecadação de alimentos, chamado comitê da fome, festa de sorvete, a gente compra ou ganha patrocínio e tudo feito no final de semana. Existem grupos de idosos, oficina, passeios, caminhadas, pic-nic no SESC, existe cesta de natal para criança, brincadeiras, brinquedos."

"... nós temos grupos terapêuticos, que é onde eu acho que uma sensibilização maior teria muito a ganhar..."

Organização dos processos de trabalho e relacionamento com a equipe

No que tange à organização dos processos de trabalho, surgiram questões referentes ao processo de cadastramento, ao fluxo e à captação da demanda, ao fluxo do agendamento, à dinâmica no acolhimento, ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, aos critérios que definiam a necessidade de visita domiciliar, à discussão da divisão dos processos de trabalho e de relacionamento com a equipe, e aos critérios que orientavam o planejamento da unidade.

O cadastramento, na maior parte das vezes, era responsabilidade do agente. Eventualmente, o médico participava da atividade. Aqui, identificou-se uma limitação quanto à concepção do projeto por parte dos médicos, mas também da Coordenação do Projeto. Considerando-se que o centro das atividades do médico não se daria na comunidade, seria fundamental que, no momento de instalação das equipes, ou nas primeiras semanas de atividade dos médicos em equipes já formadas, eles participassem de atividades de cadastramento para possibilitar o reconhecimento da comunidade e das famílias com as quais trabalhariam.

"Quando a gente foi fazer a área, verificar a expansão da área nova, eu fui junto com as meninas pra fazer uma contagem grosseira, pra gente ver até aonde dava pra ir, né. Mas a parte de cadastramento, mesmo, é tudo pelo agente comunitário. E as reuniões que eu faço é o grupo aqui mesmo. Fora daqui, nunca."

"No cadastramento não, isso o agente comunitário faz isso, mas já tive uma situação especial e fiz cadastro para fazer um recadastro."

"... o agente que tem tudo cadastrado, toda informação, idade, sexo, número de pessoas, então cada uma fazendo isso de sua microárea de suas 250 famílias, ela tira todos os dados que a gente precise, então fica superfácil, agora como foi ampliado, teve que fazer novo cadastro e faremos novo consolidado para nova realidade."

De forma geral, quem fazia a captação da demanda era o agente comunitário de saúde, tanto pelo agendamento quanto por identificação de alguma necessidade específica. A orientação da demanda era realizada por esse profissional.

"... existe uma demanda natural de problemas que o agente detecta... existe um livro aqui na unidade, que quando alguém que quer se comunicar com o agente, escreve nesse livro – quando o agente vem à unidade sempre consulta o livro depois visita quem deixou o nome ali no livro pra ver qual é o problema. Então, existe uma demanda natural, que o agente traz à equipe, e que nós discutimos nas nossas reuniões, que nem sempre são com a frequência que a gente desejaria, né? E... porque realmente existe uma demanda pra, pelo menos, duas reuniões semanais... e essa demanda não é... porque a resolução dos problemas é uma coisa, mas existe toda uma outra coisa que é o intercâmbio até de conceito de saúde e de discussão de casos..."

"Houve uma apresentação, mas existe uma estratégia de captação, por exemplo, depende da demanda, eventualmente fazemos campanhas internas na unidade para buscar estimular a fazer Papanicolau, vamos fazer um grupo de hipertensos, de verminoses, de criança de 4 a 10 está com dificuldade para vir, vamos lá. O paciente normalmente retorna, isso eles entenderam bem, se ele se tornar um faltoso ele perde o direito ao agendamento, ai ele volta de novo para a fila ou ele espera ser encaixado quando houver vaga."

"... também os agentes de saúde vão à casa das pessoas e veem e retêm os relatos quando eles vão fazer os cadastros, quando eles vão visitar as famílias, eles veem as pessoas que estão necessitando mais de uma consulta."

O agendamento era discutido juntamente à equipe, e envolvia atividades internas, tais como reuniões de trabalho, e externas, como visitas domiciliares, grupos de prevenção e promoção à saúde, e demandas trazidas pelos agentes comunitários, previamente marcadas. Nota-se que existia uma diferenciação quanto à organização e à divisão dos agendamentos. Enquanto uns destinavam dias específicos para atendimentos voltados a determinados grupos de doenças, baseados em planejamento prévio, informações bem como necessidades levantadas nas visitas domiciliares e trazidas pelos agentes, outros organizavam a agenda conjunturalmente, de acordo com a demanda ocasional.

"É o agente. Ele que vem da rua e marca no livro… no agendamento... Lá pelas tantas, eu falei - Olham, os agentes comunitários percebam a demanda, percebam quais as prioridades, e vocês definam a minha agenda."

"Uma das agentes comunitárias controla a minha agenda em termos de horário, de estipular número de primeiras consultas, então quando elas trazem algum paciente que elas acham que ainda não passou ou que tá precisando antecipar a consulta, eles já olham a agenda. Já falei pras meninas da recepção que as minhas agentes comunitárias podem manipular os exames que elas estão procurando, da área delas, pra facilitar o trabalho mesmo."

"... agendamento a cada 20 minutos, mas sempre acaba sendo mais pelos encaixes. Tem uma agenda semanal, que sofreu muitas modificações por causa da demanda, agora a gente está conseguindo programar melhor, tem um dia só para pré-natal, quando a gente desenvolve os grupos, um só para puericultura, quando a gente faz o trabalho em grupo."

"A minha agenda quem definiu fui eu e depois eu discuti com as enfermeiras, as outras foi meio de baixo para cima. A chefia avalia, mas a organização das equipes é diferente. A coordenação da unidade tem sido satisfatória. A gente senta com todas as equipes, pelo menos, meia hora por semana."

"Minha agenda é assim: segunda – feira eu faço atendimento o dia inteiro, terça-feira eu atendo de manhã e à tarde eu atendo hipertensos e diabéticos. Ainda não tá muito respeitada minha agenda. No período do dia, minha pri-

meira consulta é pré-natal as demais são primeiras consultas do retorno e as quatro últimas sempre encaixes. No final são oito encaixes por dia, quatro de manhã é capacitação, à tarde grupo de puericultura, quinta de manhã é atendimento normal, à tarde é pré-natal, Sexta de manhã é atendimento normal e à tarde é visita domiciliar."

"A gente procura agendar através da agente de saúde, tenho um dia da semana para cada agente, então ela marca dois hipertensos, duas puericulturas, duas crianças, gestante não porque já tem agendado mensal, não coincidem, então esses marcados chamamos no horário para dar valor, quem faz isso é o auxiliar e é difícil porque todo mundo quer passar...."

O acolhimento foi um dos processos de trabalho que mais ganhou destaque durante os relatos. Essa atividade, de modo geral, era mais desenvolvida pelos profissionais da enfermagem; poucos foram os casos em que todos os membros da equipe participavam. As concepções quanto à atividade eram bastante variadas. Para alguns entrevistados, o acolhimento era uma maneira de fortalecer o vínculo com a população, de fazer uma primeira orientação e encaminhamento. Com horários previamente estipulados, em geral no período da manhã, a enfermeira ou as auxiliares de enfermagem faziam o acolhimento, triando os casos de acordo com as prioridades e, dependendo da gravidade, encaminhavam para o Pronto Socorro ou para o hospital de referência.

Para outros, o acolhimento acentuava a dificuldade de se estabelecer uma rotina para o agendamento, servindo como uma espécie de "entrada alternativa" no programa e estimulando as atividades do tipo Pronto Atendimento. Para esses médicos, geralmente, a gravidade das queixas não justificava um atendimento preferencial ou um encaixe na agenda; poderiam ser resolvidas pela auxiliar que, em casos específicos, encaminharia para a enfermeira.

"... agora foi implementado um novo modelo de acolhimento... os acolhimentos só serão agendados até as 9 horas da manhã. Como você hoje vivenciou, o acolhimento é realmente um mais abreviado, destinado a atender uma condição aflitiva…."

"A gente anota isso, se é primeira consulta, se é retorno, se é visita ou se foi acolhimento - acolhimento é aqueles que não estavam marcados, né? – e o nome do paciente e uma observação... E eu vou chamando, de acordo com o horário de marcado e pondo o acolhimento ali no meio, né?... Então, os pacientes passam com o pessoal da enfermagem, e elas então fazem como que um encaminhamento. Nada de grave, pode marcar consulta, então marca; é mais ou menos grave, dá pra marcar pra amanhã ou depois… precisa passar hoje? Não, isso é caso de Pronto Socorro. Então, elas fazem mais ou menos essa triagem, já, pra gente. O acolhimento quem faz é sempre a enfermeira. Passa pela auxiliar de enfermagem pra fazer um impresso pro acolhimento… então preenche aquilo lá, mede pressão, já vai adiantando. Segunda-feira a gente tem mais de 30 acolhimentos, então, preciso ajudar. Alguns casos quando vem só pra trocar a receita e quer passar no acolhimento, não tem sentido. Então, a própria auxiliar já providencia a receita e já arruma. E se não, eles vão passando pra gente. E quando o caso é muito grave, a gente olha e aí dá um jeito de mandar ou levar pro Pronto Socorro, né?"

"É feito uma triagem, ou melhor, é uma filosofia, o doente, o usuário entra na unidade passa na recepção de acordo com a queixa dele na recepção é encaminhado à enfermeira, pode ser que ele precise só de uma vacinação, ele veio para vacinar, onde é a sala de vacina, eu queria informações sobre doenças transmissíveis, tem um grupo, ou se é uma queixa clínica que é a grande maioria é encaminhada a enfermeira e a enfermeira e o auxiliar de enfermagem avalia a queixa e dali elas podem encaminhar para o agendamento, ou para casa com orientação ou encaminhar para casa, a grande parte vai para orientação e uma grande parte vai para a consulta médica que gera a sobrecarga do serviço do médico."

"O acolhimento surgiu com a demanda espontânea da população e com a necessidade de ter uma população satisfeita e feliz, ainda não está muito bem está bem estabelecida, não há um padrão certo, mas se... a tendência é satisfazer a demanda da população, dar medicação, não negar o atendimento e no mínimo dar uma medicação. Faz-se todos os dias das 11 às 13 horas para aqueles pacientes que precisam de um atendimento, que não estão agendados, a enfermeira divide comigo a triagem deles porque todos querem passar com o médico, mas aqui aprenderam a passar com ela. Explicamos que o

acolhimento não deveria ser rotineiro, mas é muito difícil porque a demanda é grande."

"O acolhimento é a gente dar conta das queixas pontuais. No começo era estressante, agora a gente aprendeu a conviver. Tem dia que tem milhares de queixas pontuais, às vezes são queixas que não teriam necessidade de vir até aqui. Tem coisas que o auxiliar ou a enfermeira resolvem, nem haveria necessidade de vir aqui, mas a gente tá numa fase que primeiro consulta, então você conhece, criou vinculo, então é difícil perder a paciência. Você tenta conviver."

"O que menos me agrada? Ás vezes é... essa coisa do paciente... do acolhimento, como a gente chama, sabe? Do paciente que nunca passa, nunca passa, fica só passando no acolhimento, e, quando não consegue, briga, e faz esse tipo de coisa..."

"Algumas atividades que eu não concordo, por exemplo, o acolhimento, ele abriu a unidade para quem não conseguia entrar, porque que eu vou naquela consulta às sete horas da manhã se eu posso ir mais tarde?"

"... Enquanto a população não tiver cultura o acolhimento vai virar Pronto Atendimento."

O sistema de referência e contrarreferência foi um dos processos de trabalho que suscitaram maiores motivos de insatisfação. A dificuldade de referenciar os pacientes, tanto para a atenção secundária quanto para a terciária, foi identificada como um dos principais entraves do programa.

Dentre os serviços que mais geravam essa insatisfação, destacam-se os da saúde mental, os de fisioterapia e os exames complementares. O encaminhamento enredado para esses serviços colocava em risco a resolutividade e a credibilidade do programa.

Aparentemente, em um caso ou outro, o relacionamento com os serviços de referência era colocado como satisfatório. A maioria dos entrevistados, entretanto, discorria sobre como complicado era esse processo, e que um dos motivos dessa dificuldade se encontrava na expansão das áreas de cobertura não planejada, ou seja, aumentava-se a demanda e não se replicava o mesmo movimento para os serviços de referência e para o dimensionamento da equipe.

Em alguns casos, notava-se a existência de um intercâmbio de interconsultas entre os próprios médicos das equipes, baseado em conhecimentos e contatos pessoais, para resolverem casos específicos.

"Tem muita interconsultas entre os médicos das equipes, cada um com sua experiência anterior. Temos a facilidade de contarmos com especialistas na unidade para algumas especialidades, mas quando não é possível encaminhamos para o sistema de referência – contrarreferência – Santa Casa (sem queixas), encaminhamos pouco."

"Eu entendo que é muito pouco integrado, eu acho que deveria haver uma integração maior…"

"... às vezes, depende da boa vontade. Porque eu acho que talvez a gente pudesse, eu acho que deveria ser estabelecido, né. A diretoria do hospital, a coordenação do Qualis ou a Secretaria da Saúde, não sei, alguma coisa acima da Y (gerente da unidade), que eu acho que ela tentou muito e não tá conseguindo, né?"

"Se uma pessoa não está bem e eu não tenho como fazer aqui, porque aqui não é Pronto Socorro, é ambulatório, eu oriento e faço um encaminhamento por escrito e a pessoa vai. A gente acaba encaminhando para o Pronto Socorro da região."

"A gente tenta diagnosticar por aqui, mas se precisar avaliação de um especialista a gente encaminha com os exames e ele orienta, daí se precisa acompanhar por lá, fica por lá, depende dos casos, uma gestante com hipertensão, a gente encaminha e ela acaba ficando por lá e já orientam o hospital."

"... o que a gente assiste é o seguinte: quando a gente precisa um encaminhamento pra uma especialidade, é um sufoco. No começo do projeto, a gente tinha mais com o Santa Marcelina, uma situação bem melhor. É porque também não tinha tanta gente, mas cresceu... Agora, com a falência do PAS, o que aconteceu: sobrecarregou o Santa Marcelina, sobrecarregou os centros de saúde do Estado e nós, particularmente, estamos sobrecarregados... Então, o Santa Marcelina criou dentro do Qualis, o A. E. Carvalho, que tem a parte dos médicos generalistas como nós e tem o ambulatório de especialidades – mas também não está dando conta desse recado. Porque tem que dar conta de todos os centros de saúde do Qualis, e já não está dando conta. E não são todas as especialidades... Então, o que acontece: por exemplo, eu

preciso de um vascular porque eu tive um caso aqui que eu vi a pessoa rebaixando, precisando de uma cirurgia, com insuficiência vascular periférica – eu vi; acompanhei… e a gente encaminhando pra aqui, encaminhando pra lá, encaminhando pra acolá, e ninguém dando receptividade ao assunto. Quer dizer, a coisa era cirúrgica e eu não podia fazer – eu não sou cirurgiã. Então, eu não poderia fazer. Então, a gente viu: ele amputava um dedo, amputava uma perna… até falecer. Como eu fui muito tempo médica da Santa Marcelina, eu às vezes poderia tentar essa facilidade, mas não é por aí. Eu acho que a gente tem que ter um… institucionalizar essas coisas, agora parece que eles estão tentando, via núcleo..."

Os critérios para visitas domiciliares dos médicos eram, na sua imensa maioria, definidos por dificuldades de acesso, locomoção ou gravidade dos casos. Havia, para alguns profissionais, no agendamento das atividades, a previsão de dias de visita. A visita raramente era vista como um instrumento de conhecimento da dinâmica familiar, das condições de vida daquela família, exceto em casos excepcionais. Às vezes, era entendida, também, como um sofrimento a mais na prática, dadas as precárias condições de moradia identificadas. Mais uma vez, o enfoque restritivo a essa atividade parecia representar uma limitação frente à proposta de uma abordagem mais integral.

"A gente intercala a visita minha com a da enfermeira, né? Só quando o paciente domiciliar não tá controlado, então eu vou mais vezes. Caso contrário a gente intercala, uma vez uma, uma vez outra. Que a gente consegue ir a cada vinte dias, mais ou menos em cada casa. E... então a gente intercala nisso aí. A auxiliar tem, as auxiliares têm uma escala, pra visita domiciliar. Então duas vezes por semana, a auxiliar de enfermagem faz a visita nas casas dos pacientes acamados, faz o controle desses pacientes, e o que aparece, né, no dia a dia aí, é ela que primeiro dá a avaliada pra depois chegar à gente. Em mim ou na enfermeira."

"Basicamente é o paciente acamado que não pode vir ao posto. É um paciente já cadastrado, se aparece alguma emergência a gente faz o favor e vai, se é dia da minha visita eu vou, não se pode virar um Pronto Socorro ambulante."

"... existe um protocolo agora, recém-natos, acamados crônicos em geral, os idosos ou não, pessoas que não podem se locomover por algum motivo, às vezes uma integração de família, só para melhorar o relacionamento com a dinâmica de família, isso fica a critério da equipe."

As atividades de Planejamento, assim como as concepções a respeito do programa seguiam diferentes concepções e cumpriam diferentes papéis em relação à organização do trabalho. Para alguns, o estudo e a análise prévia das informações serviam para um planejamento anual, em que se identificavam prioridades que iam sendo ajustadas periodicamente, checadas pelos instrumentos de informação e relatórios consolidados disponíveis. Para outros, o processo se concentrava apenas em reuniões periódicas para organizar o trabalho da equipe, no dia ou na semana, em face de demanda ou característica dos casos que se apresentavam. Ficava claro, mais uma vez, a diversidade de concepções e de utilização dos instrumentos: planejamento anual, mensal, reuniões com a coordenação, ajustes semanais, cotidianos, e as tensões entre a abordagem coletiva e a atenção individual.

"Planejamento do trabalho é baseado em dados, é voltado pela leitura epidemiológica da comunidade. Sempre tem consenso, talvez dependendo da estratégia, mas sempre tem um consenso. Necessariamente em dados epidemiológicos, mas nós percebemos que faltou alguém da comunidade para participar nesse consenso para trazer impressões e anseios, mas no próximo planejamento deverá ter. Eu tenho uma meta e sigo a agenda, eventualmente não consegue devido às emergências que aparecem, agora planejamento semanal mensal a gente consegue cumprir 70%. Há algum material escrito que oriente as atividades. Quem diz o que deve ser feito e como deve ser feito, depende, existem ordens que vem da coordenação, mas existe um consenso, mas não tem um gerente que vem e fala você tem que fazer... Existe um sistema de informação voltada para as prioridades, porém nem sempre registra todas as morbidades atendidas. O sistema permite uma boa avaliação, principalmente através dos consolidados realizados pela equipe de gestão, tanto para acompanhamento e avaliação, como para o estabelecimento de prioridades de trabalho."

"A nossa equipe tem planejamento de visita pros auxiliares, enfermagem e agentes. Só pra mim que as visitas não estão programadas porque nós temos os acolhimentos que seriam outro atendimento... A XX tem um cronograma. E as agentes têm oito visitas por dia. Então a cada 45 dias toda família é visitada por agentes. Isto está suprindo as necessidades? Acho que sim. Assim a gente vai ter um perfil de população sempre atualizada. Não só o perfil de procura, mas também daqueles que não procuram a unidade, porque às vezes aquele que não vem é muito mais doente do que o que vem..."

"Fazemos reuniões semanais, de grupos, discute sobre visita, condutas, entre a equipe, cada um dá informação sobre o paciente e elabora visita ou condutas, faz-se um planejamento, tem o consolidado com dados de todos da área toda e controle normal de doenças epidemiológicas A gente fez no começo do ano um planejamento das metas do ano, por exemplo, 90% de vacinação infantil, 100% de acompanhamento de gestante e pré-natal, hipertensos e diabetes e esperamos no final do ano alcançar uma grande parte disso... o agente que tem tudo cadastrado, tem toda informação, idade, sexo, número de pessoas, então cada uma fazendo isso de sua microárea de suas 250 famílias, ela tira todos os dados que a gente precise, então fica superfácil, agora como foi ampliado, teve que fazer novo cadastro e faremos novo consolidado para nova realidade."

"Então, a gente faz o planejamento é nessas reuniões mensais, né? Que a gente define o grupo e define a visita domiciliar. E o restante é feito nas agendas, uma das agentes comunitárias controla a minha agenda em termos de horário, de estipular número de primeiras consultas, então quando elas trazem algum paciente que elas acham que ainda não passou ou que tá precisando antecipar a consulta, eles já olham a agenda, então elas já têm essa liberdade de olhar na agenda. Já falei pras meninas da recepção que as minhas agentes comunitárias podem manipular os exames que elas estão procurando, da área delas, né, pra facilitar o trabalho mesmo. Então a gente resolve mesmo é na reunião semanal."

"O planejamento é feito em conjunto, uma vez por semana. Às vezes vem uma necessidade da população, via agente, no final alguma necessidade do perfil, via cadastro e aí a gente junta e planeja. Antes era mais difícil, agora está mais claro pra todo mundo."

"O planejamento é assim: têm pessoas, por exemplo, que são avecezados, e precisam um atendimento… têm os demenciados, está certo?; e têm aqueles que fizeram uma cirurgia; têm algumas pessoas com retardo mental – que não dá pra trazer aqui. Seria um trabalho insano pra trazer aqui – quase um desrespeito trazer essas pessoas aqui. Então, a gente vai até a casa."

Competências e atribuições

Para os médicos entrevistados, o principal elo entre a equipe e a comunidade era o agente comunitário de saúde. Esse profissional fazia o primeiro contato, identificava o nível de prioridade e o profissional da equipe necessário em cada situação, e levava os casos para serem discutidos nas reuniões do grupo. Dentre o rol de suas atividades, constavam as visitas domiciliares periódicas e o cadastramento da população.

Também, o agente comunitário de saúde era considerado um profissional fundamental para as funções de controle e de fiscalização dos procedimentos prescritos e orientados, de informação sobre fatos novos e de orientação e educação, tanto domiciliar quanto nos grupos. Era citado como o principal agente registrador dos instrumentos de informação do PSF, e um agente mediador fundamental nas relações com a comunidade. Sua importância declarada às vezes era tão significativa para os médicos, que seria o caso de perguntar se parte das ações na comunidade que eles deveriam estar desenvolvendo não vinha sendo realizada apenas pelos agentes. Era também evidente uma preocupação grande com atividades de educação permanente dirigidas aos agentes.

"O agente tem o papel de visitar todas as famílias, prevenção de saúde, ver casos de óbito, conferir casos de alta e também casos que precisam de seguimento e não estão fazendo. Então eles fiscalizam no sentido de mostrar importância do seguimento, hipertensos, diabéticos, verminoses, fazer as orientações e sua importância de dar um seguimento. Ele mora aqui e sabe mais dos problemas..."

"... a primeira ligação com a comunidade é ele quem faz. A função deles é de vigilante da comunidade. Tem o papel de olhar e trazer para a gente e de educação. Sem o agente não se poderia ter este controle da população Por exemplo uma criança nasce ao meio dia as três

a gente já tá sabendo, já registrando, programando a visita domiciliar, que é feita até o sétimo dia com o agente e a enfermeira pra orientação de aleitamento, cuidados..."

"Ele também trabalha bastante, ele faz a visita para cadastro, e mensalmente faz uma visita em cada casa, estando bem ou não, e às vezes se precisa faz semanal ou diária dependendo da situação do paciente, isso ajuda muito porque temos notícias do paciente todos os dias. Fazem consolidado, que é o controle que ajuda bastante, ele que trás os problemas, as situações, na reunião."

"Eles participam de maneira bastante ativa de todos os grupos que têm na unidade... Eles participam de todas essas atividades… e ainda da educação continuada, né? E aqueles pacientes que têm mais dificuldade pra entender, pra tomar remédio, eles vão orientar como têm que tomar a medicação o que têm que fazer… orientar a família… aqueles pacientes mais complicados, como a família tem que providenciar especialista, alguns exames, eles conversam, eles fazem bem essa ponte. E estão sempre presentes conosco pra trazer as informações, trazer os problemas… e juntos, todos nós juntos vamos encontrar a solução que existe, se é que existe solução, e se for da alçada deles viabilizar, eles viabilizam. Se não, eles vão por onde pode ser viabilizado. Nas reuniões com a comunidade, em todas as reuniões que a gente quer fazer com a comunidade, que a comunidade quer fazer com a gente, eles é que articulam. Eles que programam, que articulam tudo isso. E fazem curso fora, sempre que a gente solicita pra eles..."

Em relação ao auxiliar de enfermagem, também possuía agenda e, de maneira geral, os procedimentos mais citados foram os curativos, a medição da pressão arterial e os trabalhos internos. A descrição das atividades do auxiliar de enfermagem não se confundia com a dos agentes comunitários; eram mais voltadas às ações internas do posto, o que, de certa forma, não permitia muita diferenciação da sua inserção na equipe de Saúde da Família, quando comparadas à sua atuação profissional em outros modelos de atenção à saúde. Era mencionado como profissional importante, mas, aparentemente, por diferenciar-se pouco das propostas mais tradicionais, poder-se-ia considerar que recebeu pouca valorização no ideário do programa e nas atividades de qualificação.

"o auxiliar de enfermagem tem a rotina dela, tem uma escala, tem agendamento, há curativos para serem efetivados, medição de PA, enfim há uma série de procedimentos para o enfermeiro, médico e agente também."

"Aqui, no nosso caso, diferencia bastante, porque tem uma coisa bastante específica. O auxiliar de enfermagem faz as atividades próprias de controle de PA, controle de temperatura, coleta de exames, curativos, coleta de Papanicolau, medicação, né? Eu sei que no Nordeste os agentes comunitários fazem um pouquinho desse tipo de coisa. Aqui, não tem necessidade. Então, é bem diferente mesmo o trabalho dos dois."

"Mas um fato evidente é o fato de que é o único membro das equipes que nunca teve capacitação, nunca houve uma capacitação específica pro auxiliar de enfermagem... isso é imperdoável. E isso se explica – embora não se justifique de forma alguma – se explica pelo fato de que ele é o pé de boi da unidade. Eu acho isso ruim, primeiro porque... acaba com a autoestima dele, diminui a sua motivação. Quer dizer…ele não se integrou aos aspectos motivacionais (do programa)... Ele participa dessa discussão de prioridade (Entrevistador)? Jamais. Ele até participa… mas ele participa deslocado… Eu acho isso, digamos… o médico é a estrela cultural da atuação em saúde. E é por isso que o nome dele segura nesse status que foi estabelecido. E o agente comunitário é o exótico, o incomum, o novo... foi assim que ficou. São conceituações única e exclusivamente de divulgação, né? De sensibilização de visibilidade – no sentido ruim da palavra, digamos assim. É uma boa também, né? Mas, enfim, tudo isso me parece muito inapropriado, quer dizer, a enfermeira tem a sua capacitação, tem a sua voz, tem curso superior, tem status, mas a auxiliar, não. Tem menos status que o agente comunitário – que falou no dia, e ele não falou. Que tem capacitação, e ele não tem. Então, existe algo que eu acho que tem que ser reparado urgentemente, porque… não se esqueçam de que ele participa das atividades, que ele é quem mais… eu acho que ele tem mais contato com as pessoas do que o próprio agente. Não falo assim… contato simbólico..."

"O auxiliar tem função do trabalho do posto referente a vacinas, esterilização, farmácia, administração de medicamentos, curativos, Papanicolau e cuidados dos equipamentos dos consultórios e dos outros departamentos, tam-

bém participam de visitas domiciliares e de grupos... O auxiliar faz procedimentos que o agente não faz. O agente visita todas as casa e o auxiliar não. O auxiliar faz medicação e o agente não."

"O auxiliar é técnico, o agente não é, não pode fazer intervenções, medir pressão nem temperatura. O conhecimento dele é outro. As dúvidas do agente são discutidas livremente, com a enfermeira, com o auxiliar, ou comigo."

"... tem o auxiliar que trabalha em PS e aqui tem que ter outra postura por conta do vínculo brigou muito com a enfermeira, mas estão se entendendo... tem mais vínculo que o auxiliar normal, os pacientes os chamam de meu enfermeiro, tem função de orientar, de identificar problemas também, fazem certa triagem, fazem primeiro atendimento, entram nos grupos, faz o controle mensal, ou semanal os hipertensos, faz orientação, faz controle dos acamados, às vezes o vínculo é maior que o meu."

Quanto ao papel das enfermeiras, observou-se que elas dividiam praticamente as atividades com o médico, supervisionavam o trabalho dos agentes comunitários e dos auxiliares, assumiam a administração do posto e participavam dos grupos de prevenção e de promoção de saúde.

Na maior parte das vezes, a relação entre médico e enfermeira dava-se de forma cooperativa. Apesar de haver adesão à atuação da enfermeira no que diz respeito às consultas de enfermagem e aos encaminhamentos, era evidente que, em alguns casos, essa aceitação vinha acompanhada de certa cautela, muito embora o papel da enfermeira fosse respeitado e tido como essencial à dinâmica da equipe. Essa liderança, entretanto, nem sempre era bem suportada, às vezes levando a disputas e desajustes no interior da equipe.

"O enfermeiro, faz tudo, é responsável pelo treinamento e pela educação dos auxiliares e dos agentes comunitários, ele planeja e organiza o trabalho dos auxiliares, ele é responsável por toda parte administrativa, solicitação de remédios, notificação de doenças, pedidos de materiais necessários, além disso, faz trabalho assistencial, de consultas de enfermagem, de puericultura, de pré-natal, atendimento de desnutridos, e também visitas domiciliares... nosso trabalho está muito vinculado, o médico e a enfermeira participam juntos de muitos grupos e também na nossa unidade o atendimento de puericultura e pré-natal é feito dividido. Nós dividimos, então quando ela tem dúvidas me chama e facilita o atendimento."

"... consulta de enfermagem, elas não faziam isto antes, fazem diagnóstico, mas tem limites, inclusive legais frente ao médico – divide muito o trabalho com o médico; médico de família é o generalista do setor primário. Pro médico tem duas coisas a gente não foi treinado pra trabalhar em equipe e às vezes assusta, mas tem o lado bom porque você divide as coisas boas e as coisas ruins também. É uma loucura gostosa... a complementaridade no trabalho, insegurança do enfermeiro para desenvolver as consultas, na dúvida sempre discutirmos, a capacitação ajudou muito."

"Como tem sido aceitação da consulta da enfermagem (entrevistador)? – Tem uma boa aceitabilidade eles perceberam que existe uma cumplicidade entre a gente. Então eles sabem que se precisar ela me chama não existe uma onipotência, nem minha, nem dela, tanto que quando precisa a gente encaminha. Tem bronca que eu falo – chegou ao meu limite, acho que agora uma outra pessoa tem que olhar você. E a mesma coisa eles sentem em relação à Ss eu não sei contar o caso que diz e não quero ser atendida, uma ou outra tem ela me chama ele, a gente até conhece."

Os médicos no Qualis pareciam estar sempre submetidos a uma constante contradição entre a satisfação e o reconhecimento por parte da população e os resultados já obtidos, bem como por uma relação de trabalho mais humanizada e mais próxima dos pacientes contraposta às dificuldades decorrentes dessa nova prática, às exigências e aos limites que essa nova prática colocava em termos de abordagens familiares e da comunidade, o desejo de atuar nesses campos constrangidos pelas pressões da demanda, o qual acabava concentrando a maior parte de suas atividades no atendimento individual, bem como pelos limites definidos pela própria organização do sistema em termos de apoio, referência e contrarreferência.

Tornava-se evidente que, mesmo com as limitações impostas pela demanda, esses profissionais efe-

tivamente se envolviam em outras atividades e incorporavam práticas relativas a planejamento, trabalho em grupo, discussão em grupo, visitas domiciliares, educação permanente e qualificação dos agentes comunitários.

"Ser médico de família é uma grande frustração, porque quem vai trabalhar com o médico de família se vê no lugar de antigos médicos, (risos) né, ele era um profissional liberal, tinha o cliente dele, mas ele não tinha uma avaliação científica para a época, mas eu me imagino um pouco o médico daquela época, generalista que via suas famílias, é, hoje se trabalha com populações com problemas sociais, problemas econômicos, a gente se vê muito voltado para a doença, quando a gente sabe que teria que trabalhar com a prevenção, mas tem tanta doença que te sobra pouco tempo para a prevenção, eu queria mais tempo para sair da minha unidade para visitar meus doentes, mas eu tenho que ficar aqui e isso gera frustração"

"Contraditório. Estou satisfeito por ser médico, mas ainda insatisfeito com o trabalho, embora aqui eu faça uma coisa o mais parecido com o que eu gostaria de fazer, só que eu tenho muitas limitações, você acaba se envolvendo com problemas de outras pessoas, desesperante, coisas que não consegue solucionar e seria muito fácil poder solucionar os problemas, uma gestante, fazer um ultrassom e esclarecer a dúvida só que a paciente também não consegue fazer o ultrassom, isso é muito angustiante... Mas entre aqui e o convênio aqui é muito melhor."

"Onde você desenvolve mais o seu trabalho? Na unidade, no domicílio ou na comunidade (entrevistador)? Na unidade. Na unidade. A nossa característica é mais de unidade mesmo… de todos nós... Isso não foi decidido… foi decidido pela demanda. Os pacientes vêm até aqui. Por isso, a gente acaba ficando mais tempo aqui, atendendo os pacientes que vêm até aqui."

"A consulta médica é um momento muito grande. Muito grande, muito importante... nós temos grupos terapêuticos, que é onde eu acho que uma sensibilização maior teria muito a ganhar... tem o grupo de hipertensos, que eu toco mais diretamente, mas a Márcia também participa muitas vezes – e os hipertensos são dois grupos, duas turmas digamos assim; tem o grupo dos diabéticos; o grupo de reeducação alimentar, de orientação alimentar, que é um grupo que eu… mesmo antes de vir pra cá eu já fazia no PAS, né?"

"Onde você desenvolve mais o seu trabalho: na unidade, no domicílio ou na comunidade (entrevistador)? Infelizmente na unidade. E como isso é decidido (entrevistador)? Com a demanda. Em relação ao indivíduo acho que meu trabalho é muito bem sucedido, tem bom relacionamento médico-paciente, eles não têm vindo só por doenças, e sim por problemas sociais, emocionais então a gente acaba dando mais segurança ao paciente. T- Como você analisa o seu trabalho, atuando em relação à família? G- Em relação à família o trabalho também seria legal se a gente conseguisse fazer mais visita às famílias, então pela demanda de consultas não se tem tempo, então fica mais limitado."

"De manhã, todas as manhãs, eu atendo as consultas agendadas... Eu atendo todas as manhãs as consultas agendadas. São… teoricamente, são 12 horários que nós temos, mas eu sempre tenho – você pode olhar a minha agenda – eu sempre tenho um extra às 7h50. Porque é um retorno de 15 dias, um retorno de um mês, de uma semana, que eu preciso… então eu sempre tenho esse paciente às 7h50, né? Segunda à tarde eu faço visita. Então, os agentes comunitários separam… dá pra fazer – se eu não tenho nenhuma consulta à uma e meia, porque às vezes encaixa alguma consulta à uma e meia, e eu consigo sair daqui as duas, eu faço sete, oito visitas, né? Nessas visitas, os agentes comunitários selecionam os casos que a gente já discutiu que precisa ser visto, e aqueles crônicos. Eles selecionam comigo esses casos, com a enfermeira e com a auxiliar de enfermagem… e nós saímos. Eu e os meus agentes. E vamos fazer as visitas, uma por uma. Depois, eu já vou anotando nos prontuários – a gente leva os prontuários e eu já vou anotando – quando a gente chega, eu faço as anotações aqui na planilha, e então o seguimento, com os quatro agentes... Na terça-feira à tarde, nós temos duas vezes por mês uma discussão interna… de casos, mesmo, pra gente trocar ideias entre nós da conduta que tomou ou que deve ser tomada em cada caso e, a gente faz o estudo teórico daquela patologia. Na quarta, então, um período – agora eu estou de manhã, mas normalmente eu faço à tarde – eu participo da educação continuada... Quinta à tarde eu atendo, no mesmo esquema que eu atendo de manhã. E sexta eu faço a educação continuada dos agen-

tes comunitários. Mesmo que não seja eu que vá assessorá-los, eu estou junto e... Complemento, discuto com eles… eu já estou tão acostumada, que às vezes eu faço uma pergunta que eu sei que eles não vão ter coragem de fazer, e sou responsável por fazer as dinâmicas com eles... De vez em quando, a gente vai pra Secretaria. Hoje era pra gente ter – um grupo já teve – treinamento do TBVE..."

"Segunda-feira eu faço atendimento o dia inteiro, terça-feira eu atendo de manhã e à tarde eu atendo hipertensos e diabéticos. Ainda não tá muito respeitada minha agenda. No período do dia, minha primeira consulta é pré-natal as demais são primeiras consultas do retorno e as quatro últimas sempre encaixes. No final são oito encaixes por dia, quatro de manhã é capacitação, à tarde grupo de puericultura, quinta de manhã é atendimento normal, à tarde é pré-natal; sexta de manhã é atendimento normal e à tarde é visita domiciliar. Da uma às duas de quinta-feira a gente tem reunião com a Xx e de sexta-feira de uma às duas e meia tem reunião de equipe... O que eu mais gosto é o grupo de puericultura. É o que mais me causa, mas eu adoro. De tudo que a gente fez o que a gente conseguiu mais aceitação, participação. O vínculo é muito gostoso... Essas crianças que estão aí fui eu que a Ss que fizemos o pré-natal, a gente tem um vínculo com a mãe e agora com a criança. O grupo sempre me anima."

A equipe, o trabalho em equipe era altamente valorizado e era um dos diferenciais no Qualis, frente à necessidade de construção dessa nova prática proposta pelo programa.

Os médicos sentiam forte dependência de cada um dos componentes, principalmente dos agentes, no contato com a comunidade e da enfermeira, na divisão de tarefas, inclusive assistenciais, dentro da unidade. Essa parceria, entretanto, nem sempre era tranquila, e às vezes surgiam estranhamentos relacionados ao espaço que o enfermeiro tinha dentro da unidade e à liderança que tendia a exercer dentro da equipe, na medida em que, na divisão de trabalho, o médico tendia a concentrar-se, ainda que não exclusivamente, nas atividades de atendimento individual. A divisão do trabalho geralmente se dava nas reuniões das equipes, que ocorriam com periodicidade variada – de diariamente a semanalmente. Esse relacionamento contínuo e a interdependência tendiam a constituir vínculos importantes, estreitados nas tomadas de decisões coletivas, ainda que não destituídas completamente de hierarquia, o que ia permitindo, com o tempo, a identificação / definição conjunta dos papéis de cada um dos membros da equipe bem como o adequado delineamento dos fluxos e processos de trabalho, ainda que esse não fosse um processo isento de atritos, com algumas desconfianças e negociações contínuas.

"... ela é indispensável, não dá para um agente de saúde trabalhar sozinho, se esta equipe fosse desmembrada, nem a agente de saúde poderia ter atividade de impacto sozinho, nem enfermeiro sozinho, nem médico sozinho. A equipe é fundamental para se planejar e implantar alguma coisa em termos de saúde."

"Enfermeiro: coordena agentes e auxiliares, funções administrativas, puericultura, consulta de enfermagem coordenar grupos, eu vejo que o enfermeiro tem mais função administrativa, eu observo que o papel médico é mais de tocador de serviço, vem aqui faz sua parte faz sua parte e tchau, o enfermeiro neste projeto é uma figura pensante para colaborar para fornecer mais dados, e muitas vezes o médico é renegado nesse papel porque tem que ficar atendendo mesmo e cria uma animosidade. A coordenação dá muita ênfase para o enfermeiro como líder, mas muitas equipes tem dificuldade de aceitar essa liderança, eu mesmo não aceito, tenho muita dificuldade, mas não é porque eu sou médico, é o meu perfil pessoal em ter dificuldade de aceitar, e por outro lado o enfermeiro precisa ser líder e ai gera grande conflito, mas no geral a parceria é boa."

"Pro médico tem duas coisas: a gente não foi treinado pra trabalhar em equipe e às vezes assusta, mas tem o lado bom porque você divide as coisas boas e as coisas ruins também. É uma loucura gostosa... O enfermeiro complementa o meu trabalho, mas às vezes eu percebo a insegurança do enfermeiro para desenvolver as consultas, na dúvida sempre discutirmos, a capacitação ajudou muito. Se eu tenho formação e estou insegura, imagine quem não tem."

"Existe uma divisão de tarefas, também. A agente, a agente comunitária traz essas informações, nós analisamos os casos sempre idealmente e com toda a equipe – na prática, isso nem sempre acontece, reunir toda a equipe pra

discutir um caso – pode acontecer em 30% das reuniões, 40%, mas acho que não acontece mais do que isso; e nos 60% o que ocorre é que eu e a enfermeira e a agente, ou eu e a agente ou a enfermeira e a agente comunitária, acabam tomando as decisões. Mas é difícil, embora deva ser estimulada uma auxiliar e uma agente tomar uma decisão, né? Até porque existe certa dificuldade entre a agente e a auxiliar…"

"De manhã cedo temos uma reunião de equipe para realizar os problemas do dia e saber dos problemas resolvidos do dia anterior, para manter a equipe informada sobre todos os problemas e durante o dia faz o trabalho normal, uma vez por semana temos uma reunião geral para planejar de uma hora e meia."

"E como é que é decidida a divisão de trabalho entre os membros da equipe (entrevistador)? É naquela reunião que eu te falei de manhã. Já tem pré-estabelecido, assim, qual é a área de trabalho de cada um: a médica faz isso, a enfermeira faz aquilo… está meio dividido. Mas a gente na reunião da manhã acaba decidindo algumas coisas que precisam de mais urgência."

"Tem algumas coisas que são pedidas, mas em geral nós é que resolvemos, não existe por sorte um trabalho ditatorial, que diz tem que ser feito... as equipes trabalham em conjunto, nós temos a liberdade e a facilidade de mudar os nossos plano sem nosso trabalho... Nós temos um problema, discutimos sobre ele coletivo e tomamos coletivamente... há divergências, é feito uma reunião, uma análise com raciocínio lógico e se toma decisão lógica com a maioria dos adeptos, a minoria fica para a próxima, se ela demonstrar que realmente tem razão, vamos avaliar e comprovar o que disse, e pode até adotar."

"... quanto às enfermeiras não tem problemas, mas precisa ter melhor formação ética das agentes. Elas estão se adaptando agora, mas teriam que ter um treinamento voltado pra ética, bom senso... Há muitas divergências dentro da equipe... De procedimento, informações, ideias..."

"Eu acho que tem que abolir os chefes. Eu acho que a responsabilidade do doente perante a lei, em determinadas condições, é do médico, e ele responde por isso. Isso não quer dizer que ele tenha que ser chefe nem que ele tenha que ser líder. Eu acho que certas decisões, o médico tem que tomar, mas isso não quer dizer que ele tenha que ser líder também. São papéis diferentes. Eu acho que seria muito bom que uma equipe tivesse desprendimento… isso não acontece, né? mas eu acho que seria bom..."

"... a equipe não se entrosou, então tem essa insatisfação pela falta de entrosamento da equipe… é… têm aqueles que vêm trabalhar na favela com salto Luiz XV. Aí não dá, né? Sempre tem. Mas a grande maioria eu sinto que tem perfil e está motivada."

"... a equipe cada um tem sua função e tudo interligado, a enfermeira atende, mas qualquer problema pergunta para mim, aqui temos um ambiente muito bom até entre médicos, a gente conversa, se for o caso, se um está ocupado o outro atende, aqui temos bom relacionamento."

"Olha, todos nós temos um relacionamento muito bom, muito interessante."

Motivos de satisfação e insatisfação com o trabalho

De modo geral, os médicos mostravam-se muito satisfeitos em trabalhar no programa. Um dos principais pontos motivacionais era a perspectiva do programa vir a ser um novo modelo assistencial. Relatavam que o convívio com a comunidade e a possibilidade de acompanhar a evolução, não só do tratamento, mas da vida dessas pessoas, aproximava-os da prática médica calcada na visão integral à saúde e da relação médico-paciente mais humanizada. Outro aspecto citado foram as visitas domiciliares, que, segundo alguns médicos, se constituíam em um dos pontos mais interessantes da proposta. A forma afetiva com que eram recepcionados por essas pessoas fazia com que sentissem valorizados os trabalhos por eles desenvolvidos.

A capacitação, por meio da educação continuada, também aparecia como um fator positivo, assim como o desenvolvimento de ações educativas junto à população, além da autonomia profissional. Essa última se traduzia na liberdade para elaborar o planejamento e montar a agenda, baseada nas avaliações das necessidades da comunidade junto à equipe.

"Você não trabalha só pelo dinheiro, tem pessoas agradecidas, tem pessoas que preci-

sam, tem pessoas que ajudam, tem pessoas que, quando você faz um trabalho mais sério, mais a nível cientifico, pode realizar pesquisas, tem o programa de educação continuada, que eu gostei muito, e sem contar que aqui, como se diz, as pessoas da periferia são agradecidas, são simples, são necessitadas, e você faz um trabalho necessário, isto seria porque é na periferia. É a... autonomia, liberdade de escolher o trabalho, planejar e o resultado que a gente tem, fazemos um trabalho, e vemos o resultado e depende muito da sua dedicação, precisa de uma gerencia de uma fiscalização, de uma coordenação senão acho que não se faria tanta coisa que tem que fazer, mas acho que é uma boa coisa."

"Visita domiciliar é quando me sinto mais distante do modelo tradicional de atendimento, é o momento que eu saio, vou conhecer um pouco da vida deles, vou entra na casa deles, ou quando vou desenvolver uma atividade de grupo na área. O atendimento digno ao paciente, a dignidade."

"Você não precisa de ter tecnicamente o ar da história… você não precisa ser tecnicamente 100% – você pode ser tecnicamente 70% – mas você tem que unir o lado humano – e isso você consegue muito mais fácil quando você está trabalhando com famílias, porque você conhece a estrutura familiar, conhece o local em que ele está vivendo, conhece o porquê das coisas que ele está passando – você pode perguntar, você pode ir lá ver, você pode ir lá ver se ele está comendo o que você preconizou, você pode ir lá ver tudo o que você quiser… Então, essa coisa mais chegada, essa coisa mais particularizada, esse trabalho com prevenção, trabalho com confiar que se você dá uma vacina ela vai imunizar e a pessoa não vai ter problema pra frente… tudo isso me faz ver que é isso que eu quero fazer."

"Eu gosto da visita e do grupo, do atendimento também, mas era uma coisa que eu já fazia então não é novidade, mas o que estamos fazendo agora é mais prazeroso, e a capacitação também."

"Ambiente de trabalho muito bom, o envolvimento com o paciente, ser referência, continuidade no trabalho, você conhece o paciente, gosto muito do grupo de puericultura, por causa do vínculo, nós fizemos o pré-natal e agora estamos fazendo a puericultura, o vinculo com a mãe e a criança é muito bom."

"Então essa é a nossa vantagem. Tá realmente em cima do paciente, entrando na casa dele. Que eles não recusam que a gente entre."

"Eu estou satisfeito. No geral, não me decepcionou. A única coisa foi essa coisa de aumentar a área sem um processo transparente, né? como a coisa se desenvolveu. Mas eu tô, assim, continuo muito animado."

"É… eu estou em compasso de espera pra que isso se amplie. Eu quero ver isso ampliado, né? Eu quero ver a população sendo mais bem atendida, né? Então, eu tenho ainda muita expectativa da ampliação, da criação de novos serviços, como a criação da Casa de Parto, aqui, que nós precisamos, a criação do espaço da oficina, nós precisamos muito desse espaço de oficina… então, eu ainda estou aguardando. A gente já deu passos importantíssimos, mas ainda falta muita coisa. É essa possibilidade de fazer um trabalho educativo, que me encanta, né?… que em nenhum outro local você vai fazer esse tipo de trabalho… a proximidade que a gente tem com o paciente por conta do trabalho com os agentes comunitários, poder seguir o paciente… você tem um acompanhamento desse paciente, você tem um acompanhamento dessa família… Eu acho que isso é muito interessante."

Em relação aos motivos de insatisfação, um dos principais referia-se à estrutura física de UBS e à falta de material de trabalho. Outro ponto citado foi a expansão da demanda que, na visão do grupo, foi subestimada, na medida em que o ritmo desse movimento de expansão não foi acompanhado da subsequente ampliação das equipes e do redimensionamento dos postos de saúde, ocasionando sobrecarga no atendimento. Essa insatisfação se traduzia num sentimento de frustração, colocando em xeque as propostas originais e a continuidade do programa.

"... eu não tenho uma resposta para o atendimento do aumento da demanda, não tenho uma resposta de como eu vou trabalhar com essa demanda, como eu vou adequar minha atividade médica de médico de família e médico de Pronto Atendimento... a gente se vê muito voltado para a doença, quando a gente sabe que teria que trabalhar com a prevenção, mas tem tanta doença que te sobra pouco tempo para a prevenção, eu queria mais tempo para sair da minha unidade para visitar meus doentes, mas eu tenho que ficar aqui, e isso gera frustração... O projeto família é uma coisa difícil, e de uma hora para outra se resolveu abrir o Qualis para uma demanda monstruosa e ninguém discutiu, o projeto é família, é acolhimento, vamos dividir, uma parte faz Pronto Atendimento, a outra faz eleição de família, vamos trabalhar para levar essa de-

manda para frente, eu acho que a maneira que foi implantado foi extremamente cruel porque você quer atender família que leva tempo, mas tem a demanda, isso caminha mal para o Qualis."

"Parece que cada dia a gente tem que brigar um pouquinho com o mundo, brigar com determinadas pessoas que têm cabeça dura – usuários, alguns usuários – mas essa briga é pequena… e eu acho que a gente resolveria em pouco tempo se a gente saísse mais, se não ficasse tão preso aqui, e é isso que nós estamos programando pra fazer... a pauperização dessa comunidade, que a gente já assiste… Começou no Qualis, e hoje eu estou vendo que as ações estão se encaminhando pra ser um Qualis… o que tinha de procura há três anos – está certo que é pouco conhecido – e o que tem de procura hoje, é um absurdo. São pessoas que perderam o poder aquisitivo, perderam o convênio, e estão vindo pra cá. Então, você cruzar tudo isso – quer dizer, antes, você cruzar 200 famílias era uma coisa; hoje, ter as mesmas 200 é outra coisa."

"Essa incerteza, será que vai ou não, tem que ser mais real e definitiva (a proposta Qualis)."

"... A demanda é forte, é muita atividade, né?, mas eu… acho que… não me decepcionou. A única coisa foi essa coisa de aumentar a área sem um processo transparente, né?, como a coisa se desenvolveu. Mas eu tô, assim, continuo muito animado."

"E como a minha área tinha 800 famílias, então vai ter um aumento de uns 400. Aquelas que já tinham próximo de 1000 vai ter um aumento de 200... Mas ficou muito claro… os mecanismos que levaram a esse aumento. É, não foi nada democrático, né? E foi muito… além de nada democrático e… claro, ele foi velado..."

O sentimento de impotência perante os problemas sociais enfrentados pela comunidade, embora menos frequente, foi outra questão levantada durante as entrevistas.

"Fazer coisas que não estão planejadas ou que foram planejadas e tenho que mudar. Não conseguir resolver problemas de saúde por estarem relacionados a problemas sociais."

"Coisas que eu não posso ter acesso. Por exemplo, a carência social, a dificuldade cultural da população, o analfabetismo."

A desvalorização dos recursos humanos, por parte do agente parceiro, também foi citada como motivo de insatisfação. No caso específico, o fato de o hospital de referência também ser da instituição parceira favorecia um movimento migratório de profissionais do hospital para o Qualis. Dessa forma, ficaram instituídos dois pisos de remuneração para a mesma categoria profissional, acarretando certo estresse entre os funcionários do hospital e os da equipe do Qualis.

"E o valor humano, o recurso humano do Qualis precisa ser valorizado – ele não é valorizado. Ele começou sendo valorizado, tentando ser valorizado... Existe uma rivalidade (Qualis x Hospital). Eles acham que a gente… eu, como fui de lá, sou de lá ainda, né? Eu vejo assim... Os funcionários... Foi passado pros funcionários, não sei como, não sei por que via, que nós ganhamos mais do que eles. Não, nós ganhamos o mesmo tanto que uma pessoa que faz 8 horas lá ganha. Está certo? Eu sei, porque eu era de lá. O meu salário dobrou, só que triplicou o meu trabalho. Triplicou. Não dobrou o meu trabalho – triplicou."

A inserção do "acolhimento" no processo de trabalho das equipes também foi um fator questionado por alguns médicos. Segundo alguns entrevistados, essa atividade dificultou a compreensão, por parte da população, da necessidade de agendamento e de ingresso no programa por meio dos mecanismos pré-estabelecidos.

"*O que menos me agrada? Às vezes, é... essa coisa do paciente... do acolhimento, como a gente chama, sabe? Do paciente que nunca passa, nunca passa, fica só passando no acolhimento, e, quando não consegue, briga, e faz esse tipo de coisa..."*

"Algumas atividades que eu não concordo, por exemplo, o acolhimento, ele abriu a unidade para quem não conseguia entrar, porque que eu vou naquela consulta às 7 horas da manhã se eu posso ir mais tarde?"

Capacitação

De todos os médicos que foram entrevistados, apenas um negou ter passado por algum processo de

capacitação. De maneira geral, os treinamentos ocorreram paralelamente ao início das atividades no Qualis, sob a forma de educação continuada.

Os médicos qualificaram a importância desse treinamento, disponibilizaram-se a participar, valorizaram a organização e concordavam com a pertinência dos conteúdos programáticos, que apresentavam como grande vantagem a diversidade na composição dos tópicos.

> *"O treinamento começou junto com a nossa atividade. Olha, o treinamento foi muuuuito bom."*
>
> *"Hoje também com o Qualis eu tenho até mais chance de acompanhar, porque a própria coordenação fornece atualização e educação continuada. Quarta, agora vou a uma atualização sobre diabetes, lá na Escola Paulista. Depois que entrei pro Qualis estou estudando mais."*
>
> *"... discussões de casos... tem que ler e estudar muito... um dia por semana de capacitação... A capacitação é imprescindível porque como é muita correria, é o período que você destina para isso. Pediatria foi 10, GO nem tanto."*
>
> *"É tem aula de um pouquinho de tudo, pediatria, clínica... fiz curso de tuberculose e outro de epidemiologia..."*
>
> *"Educação continuada com professores da USP – pediatria, clínica, GO, e discussão de casos."*
>
> *"São aulas que tivemos durante seis meses; recebemos o curso de capacitação, que foi super importante; são cursos uma vez por semana o dia todo, e tinha um cronograma, cada dia sobre um tema, cardiologia, ginecologia e era lá na secretaria, tinha o pessoal da zona leste e da zona norte."*

Alguns dos entrevistados, entretanto, sentiram a ausência de abordagens referentes à organização dos processos de trabalho e à interação com a equipe. É possível que parte dessa carência guardasse relação com a prática diferenciada que o modelo impunha, ocasionando certa insegurança e a necessidade de orientação e de processos de capacitação contínuos.

> *"Um problema da capacitação é aprender a trabalhar em equipe e a utilizar os dados para organizar o trabalho."*
>
> *"O primeiro ano de treinamento… aliás, eu pedi que nós participássemos – nós, médicos. Eu e o Oscar participamos – do planejamento, do treinamento, da capacitação deste ano, porque nós achamos que o treinamento do ano passado foi muito atualização terapêutica. E, justamente o contato que a gente faz é da percepção que os elementos que nós podemos trabalhar vão muito além… e quando se fala em atualização terapêutica, fala-se em atualização do uso de medicamentos, né? – que não é atualização terapêutica. Então, o pleiteado foi que se entrasse mais… o foco fosse mais que isso, os recursos de intervenção terapêutica, para os elementos que o programa de Saúde da Família oferece. Ou seja, se fosse uma capacitação dupla… que os "capacitadores" pudessem ser capacitados – às vezes até por nós – no próprio processo, né? do que é o programa de Saúde da Família, de quais as possibilidades que muitos deles jamais pensaram que existia de se lidar com a doença, que nós temos, e, a partir daí, não só daquilo que eles já conhecem, como um modelo de intervenção terapêutica, mas até baseados realidade, nos nossos instrumentos de trabalho."*

Condições de trabalho

Houve concordância de que a falta de material de trabalho e/ou de suporte para manutenção dos equipamentos era o maior entrave à execução das atividades operacionais. Dentre esses materiais, destaque foi dado para os medicamentos e para equipamentos, tais como balança, estetoscópio e insumos para atendimento de urgência / emergência. A ausência de computadores e linhas telefônicas também foi relatada, dificultando a comunicação com os centros de referência e com as atividades voltadas à administração do próprio posto.

> *"Ah, eu acho que eu preciso de um computador. Por quê? Porque… não é um computador pra mim, não. Aqui tinha que ter um computador – aliás, eu acho isso muito razoável."*
>
> *"... eu diminuiria essa carência de linhas telefônicas terrível, né?, porque nós temos até elementos pra conseguir exames, tem o centro*

controlador, que é uma instância metropolitana… mas não tem linha, não tem como falar… a falta de linha, a falta de computador, a coisa das auxiliares, né?"

"Não são todas salas que tem balança, são poucos médicos que têm. A gente tem esfigno, infantil e adulto, tem esteto adulto e infantil. Nosso problema é quando quebra, ou que precisa fazer revisão, tal, você não tem pra substituir. Às vezes demora uma semana e tal que voltar, porque vai pro núcleo, tal, aquela burocracia. Mas a gente acaba, ou traz de casa, ou um empresta pro outro, em caso de balança, a gente anda com a criança pelada no corredor, porque a mãe tá na outra sala."

"... pessoalmente já passei vários sufocos aqui – não tem um material de emergência, de primeiros socorros, assim. Já teve uma maleta, assim, que a gente tentou formar, mas nunca ela está perfeita, né?"

"... Faltam medicamentos, às vezes até básicos."

Outro problema identificado em algumas falas referia-se à falta de espaço físico, tanto para o atendimento quanto para o desenvolvimento de outras atividades, como reuniões de equipe, grupos educativos etc.

"Então, essa coisa de circulação – um tromba no outro aqui dentro – essa coisa de circulação está limitando o nosso trabalho, está fazendo com que as pessoas fiquem um pouco mais enraivecidas, porque essa coisa de espaço é sufocante, né?"

"No meu trabalho o que falta aqui é espaço físico, não tem divisória, não tem privacidade no consultório."

Sugestões para o programa

Uma primeira observação importante refere-se ao interesse expresso para que se instaurasse um canal de comunicação ágil com a coordenação, que acolhesse suas ideias e sugestões. Isso evidencia que alguns desses profissionais não se viam apenas como executores das decisões tomadas na linha de comando do Qualis, mas que esperavam participar, efetivamente, da construção e da condução do programa.

"Quer dizer, você administra a assistência, o todo… porque depende… das nossas ações nós vamos precisar elaborar, planejar, pra poder atuar. Então, nós não somos meros repassadores. Por isso, nós precisamos dar opinião, ter opinião, ser ouvidos… e existir uma estrutura que seja assim, vamos dizer assim, que acolha esse nosso anseio... Porque nós somos os produtores do trabalho, nós, eu digo, a equipe, mas essa equipe tem que ser participativa, ela tem que opinar, ela tem que dizer – por quê? Porque é essa equipe, são essas pessoas, os efetuadores do trabalho, fizeram o levantamento de qual a prevalência dos dados aqui, os dados epidemiológicos todos, então somos nós que sabemos por que caminho a gente acha melhor isso ir."

A sugestão expressa com mais frequência referia-se à expansão do programa e à necessidade de vontade política de consolidá-lo como modelo assistencial para o Sistema, face à resolutividade e aos resultados já alcançados.

"Ah, eu acho que deve ser, né? É um modelo que deve ser multiplicado..."

"Vontade política, dinheiro para expansão. Não custa caro a nível imediato e a nível pra frente, nem fala, é barato. O fato de você tirar um paciente internado, você evitar a grande busca do serviço secundário e terciário, lá este mesmo paciente custa muito mais caro... Em longo prazo, a gente custa mais barato ainda. É vontade política mesmo. Porque recursos eles sempre têm que aparecer. Não é um dever do Estado?! A gente votou neles pra eles viabilizarem isto."

Essa consolidação, entretanto, dependeria também de alguns ajustes, frente a alguns problemas identificados. O mais frequente se referia à proposta de ampliação da equipe, com a inserção de profissionais que faziam falta na sua composição, tais como pediatra, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, em que se pese a inviabilidade de se manter um quadro com todos esses profissionais para cada equipe. Essa sugestão parece representar também a percepção dos médicos diante da dificuldade de responder ao conjunto de demandas apresentadas pelo trabalho no PSF, em particular em áreas nas

quais suas competências não estivessem tão bem desenvolvidas, como integração / articulação com a comunidade (serviço social) e abordagens psicoafetivas (psicólogo). É interessante observar que essas demandas se apresentavam justamente nas áreas em que os profissionais as caracterizaram como o diferencial do Qualis, em relação aos outros modelos. Essa sugestão poderia representar, também, um desconhecimento do médico sobre quais seriam os limites da sua intervenção e sobre quais problemas deveriam atuar efetivamente.

O estabelecimento de critérios mais delineados para dimensionamento do número de famílias considerado plausível para cada equipe também foi mencionado ao longo das entrevistas, até porque a demanda subestimada foi um dos motivos de insatisfação mais frequentes por parte dos médicos.

Surgiram também reivindicações por melhores condições de trabalho, as quais se expressavam no descontentamento perante a falta de material de trabalho e de medicamentos, bem como na ausência de fluxos de processos de trabalho mais padronizados, que redundavam em dificuldades na organização das atividades da equipe.

"... falta firmar a proposta mesmo e não ter mais essas recaídas, como falta de verba, falta de medicamentos, ter um quadro completo na equipe não aumentar a população, e sim a equipe, talvez um pediatra..."

"*Implantação de protocolo de competências, de divisão de trabalho. Temos uma equipe, a gente divide um pouco pra consulta de enfermagem, consulta médica seguindo um protocolo que a gente padronizou, pela coordenação."*

"Nós não podemos pensar pequeno. O que é contratar um terapeuta ocupacional, um assistente social, um psicólogo – que seja um, primeiramente, pra todos os Qualis… mas que dê alguma orientação. É o mínimo… acho que pra cada três, quatro postos, poderia ser contratado um, que é um assistente social."

"A relação com a Odontologia é um pouco complicada, pois não podemos encaminhar casos para eles – quando surgem vagas os agentes captam... Seria importante um fisioterapeuta para a unidade, não para as equipes, porque tem muitos acamados."

"... assistente social seria muito importante também, então psicólogo, dentista e psiquiatra, talvez um fisioterapeuta, temos muitos pacientes acamados que não tem condições de ir ao hospital para fazer fisioterapia, e aí lotaria os hospitais com tetraplégicos e paraplégicos, fora os acamados. Se a gente tivesse um profissional trabalhando aqui, ele não iria dar conta e trabalhando o dia todo porque há muitas pessoas deficientes, e nem sempre os profissionais do posto podem fazer a fisioterapia ou sabem, tem ideia, mais ou menos, mas não são capacitados, não são especialistas."

"Outra coisa que eu acho que seria interessante a gente ter… colocar o pessoal das especialidades num ambulatório de especialidades, e colocar mais especialidades, que basicamente seria urologia, ortopedia e reumatologia. Um pouco por conta dos meus caquinhos aqui, né? Eu acho que se pudesse ter mais uma auxiliar de enfermagem por equipe, seria bom… E as outras equipes que seria… Foi no, físico… seria interessante se a gente pudesse contar."

Também colocavam ênfase em relação à continuidade e à expansão dos programas de educação continuada, propondo a ampliação para todos os profissionais da equipe. Demandavam, também, articulações com instituições acadêmicas, na expectativa de que uma interação maior com a universidade proporcionasse melhor acesso às atividades de capacitação e de atualização. Aqui, mais uma vez, ficava clara certa insegurança dos médicos face ao que o projeto se propõe a realizar.

"... Eu acho que a gente deve ter um relacionamento com as universidades, pra o conhecimento científico que está elaborado lá, de ponta, chegar até a gente e a gente estudar a maior forma de atingir o nosso objetivo, né?"

"Eu proporia algumas coisas assim: a educação continuada eu já fiz a proposta, a gente está fazendo, que à proposta que eu fiz é de educação continuada de todos os profissionais e de fazer com todas as unidades. Então, os agentes de todas as unidades seriam mesclados por grupos e seriam treinados. Não só os daqui, como a gente faz, mas de todos. Porque eu sei que em outros locais eles não estão sendo treinados."

"... Para a expansão: primeira coisa mão de obra, treinamento. É fácil ter dinheiro, montar, mas falta pessoal capacitado e treinado e com muita vontade. Expansão para a rede através de parcerias como as atuais."

Planos para o futuro

Ao discutirem seus planos para o futuro, a maioria dos entrevistados manifestou o desejo de permanecer no Programa. Entretanto, apesar de, aparentemente, gostarem do que faziam, alguns exprimiam receio quanto à continuidade do Qualis.

Menções à relativa instabilidade nas políticas de saúde pública, em geral associadas às inerentes mudanças geradas pelas trocas na gestão e às descontinuidades decorrentes desses processos, também se fizeram presentes.

Percebe-se, para além da continuidade das políticas, uma relativa insegurança também com o próprio futuro enquanto médico de família, como uma "carreira ou especialidade" menos protegida em relação a outras áreas. Mesmo assim, observou-se estímulo para a realização de cursos de capacitação e pós-graduação, com vistas a prosseguir na prática de saúde coletiva, enfatizando o desejo de desenvolver ações educativas junto à comunidade.

A maioria dos entrevistados aparentava satisfação em trabalhar no programa, e demonstrava, claramente, a intenção de permanecer no projeto, por sentir-se motivada e realizada profissionalmente.

"... gosto de saúde pública e aqui no Brasil ela é totalmente dependente da política atual. Se estivesse seguindo uma especialidade, era mais tranquilo, eu ia montar um consultório, ia ficar ligada a convênios médicos, a atendimento particuloide, teria mais tranquilidade no futuro, mas com saúde pública eu me preocupo... Eu sei que não vou ter segurança nenhuma, vou ter que batalhar até os 60, 70 anos e ter uma aposentadoria miserável. Eu não sou militar, não sou política pra... ter uma aposentadoria astronômica, o que resta do futuro é meio apavorante até."

"Olhe, eu… eu vejo, assim: neste momento, o programa de Saúde da Família, essa entidade em si, eu estou satisfeito com ela. Eu não sei nem te dizer de que modo, e como, e o que vai ser daqui pra frente, como será e o que eu vou fazer… mas que esse ambiente… me estimula, isso é verdade"

"Acho que enquanto tiver Qualis eu vou continuar aqui. Embora a gente não saiba quanto tempo isto vai durar, estou procurando fazer outros cursos, agora se soubesse que isto não vai acabar eu investiria em cursos de saúde pública, talvez até Mestrado, é uma insegurança no país que não tem uma política constante, os governos mudam. Mas tenho medo de investir e mude o governador e não exista mais isto, quando acabar aqui irei para outro estado e quando acabar todos abrirei um consultório particular."

"Eu me espero, assim, velhinha, trabalhando no Qualis. Não me vejo muito trabalhando num outro projeto. Gostaria de continuar fazendo um trabalho como o que a gente faz aqui."

"E trabalhar um pouco mais na área educativa. Eu acho… eu tenho uma formação que me permite fazer um bom trabalho na área educativa… de educação em saúde, né? Eu gostaria… não é plano, é desejo... Mas eu quero fazer Mestrado, futuramente, na área de educação em saúde. E eu sou agente pastoral há muitos anos. E eu comecei a fazer o curso de Teologia. Só não terminei ainda. Ainda não deu tempo de terminar."

Numa outra perspectiva, havia os médicos que expressaram intenção de permanecer no programa até que aparecessem oportunidades de trabalho melhores ou que sentissem a necessidade de enfrentar novos desafios profissionais.

"Só se aparecer uma proposta melhor, que por enquanto é difícil, eu prefiro me manter aqui..."

"Eu vou ficando por aqui eu gosto muito, nunca fui de programar muito, de procurar muito, as coisas acontecem, por enquanto eu tô aqui, quando não curtir mais vou embora, mas por enquanto estou muito satisfeita."

Já um terceiro ponto de vista era daquele profissional que, apesar de mobilizar-se com as propostas do programa, não conseguia enxergar-se trabalhando no projeto em longo prazo, quer por não se identificar inteiramente com o Qualis, ou por não conseguir

administrar as exigências que o programa demandava – uma inserção profissional polivalente e envolvimento com uma realidade social difícil e desgastante.

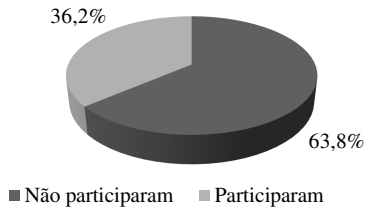
> *"Com certeza não vou ficar como médico de família; é um trabalho muito bonito, mas muito estafante, é clínico, social se lida com uma equipe, gera frustração, e quando esta for maior que a satisfação, está na hora de sair, para quem lida com tanta pobreza, tanta miséria, acho que sete anos é o limite, quatro anos já começa a mudar. É claro que se a frustração é maior está na hora de mudar para pessoas mais novas, sou competente, mas sei a hora de parar, adoro o que faço."*

2. OS MÉDICOS DO PSF NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2004

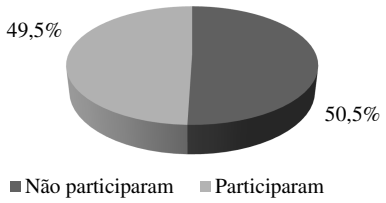
Do total de 668 médicos que estavam contratados em 2004 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio de convênios com parceiros, 242 profissionais, ou seja, 36,2%, responderam ao questionário proposto para o levantamento. Esses médicos atuavam em 98 (49,5%) das UBS onde existiam médicos de família (Tabela 6). Esse contingente, que representava número importante de médicos em atividade no PSF no município de São Paulo, constituía-se, entretanto, de uma participação bastante diferenciada em relação aos parceiros da SMS, na viabilização da estratégia.

Tabela 6. Distribuição percentual dos Médicos e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
PROFISSIONAIS			
Não participaram	426	63,8%	
Participaram	242	36,2%	
Totais	**668**	**100,0%**	



USB			
Não participaram	100	50,5%	
Participaram	98	49,5%	
Totais	**198**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
230	12

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Assim, alguns parceiros apresentaram alta participação de seus profissionais: a Universidade de Santo Amaro (Unisa), com 81,8%; o Instituto Adventista de Ensino (IAE), com 75%; outros com participação mediana: Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FFMUSP), com 57,1%; Fundação Zerbini (FZ), com 52,7%; Associação Comunitária Monte Azul (AC Monte Azul), com 50%; Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC), com 48,6%; e outros, ainda, com baixa participação: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Santa Casa), com 33,3%; Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), com 32,6%; Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com 28%; Associação Saúde da Família (ASF), com 19%; Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), com 17,5%. Não houve participação de médicos ligados ao PSF do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). Como o peso dessas instituições na contratação do total de médicos do PSF também era diferenciado, algumas instituições acabaram por ter representação relativa na pesquisa, diferente da realidade. Assim, a CSSM, a Unifesp e a ASF, responsáveis, respectivamente, pela contratação de 26%, 11% e 9,4% dos médicos do PSF, contaram, na pesquisa, com 13%, 8,8% e 5% dos entrevistados. Já as FFMUSP, AC Monte Azul, FZ, ACSC, Unisa e IAE, responsáveis pela contratação de 4,2%, 6,6%, 8,2%, 10,8%, 4,9% e 5,4%, contaram, respectivamente, com representação na pesquisa de 6,7%, 9,2%, 12,1%, 14,6% e 11,3%,11,3% dos médicos entrevistados.

A alta representatividade de alguns parceiros em relação a outros acarretou, também, uma representação diferenciada de regiões em relação a outras, conforme se poderá observar mais adiante, no decorrer dos resultados.

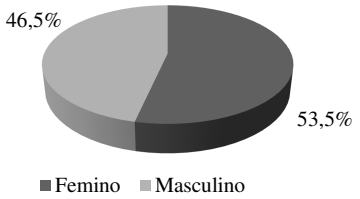
Resultados

Caracterização sócio-demográfica e de formação

A distribuição dos médicos do PSF por sexo identificou ligeiro predomínio de mulheres em relação aos homens (53,5% a 46,5%). Esse predomínio feminino não se reproduzia para o conjunto da profissão médica em atividade, ainda que a feminização da profissão representasse uma tendência entre os profissionais mais jovens (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição percentual dos Médicos, segundo sexo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Feminino	129	53,5%	
Masculino	112	46,5%	
Totais	**241**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
241	1

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

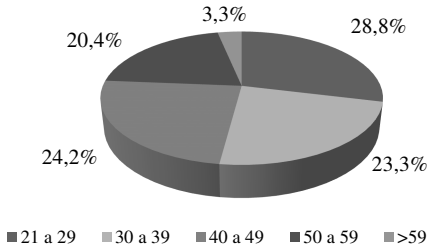
A distribuição etária dos médicos foi bastante homogênea entre as diversas faixas analisadas. Chama atenção, entretanto, o alto percentual (28,8%) de médicos com até 29 anos de idade, considerando-se que a maioria desses profissionais se forma em torno dos 24 anos de idade. A maioria dos profissionais concentrava-se entre 30 e 49 anos (47,5%), e 23,7% tinham acima de 50 anos (Tabela 8).

A distribuição entre casados (43,5%) e solteiros (38,6%) era bastante próxima, com percentual menor de divorciados (11,2%), seguido daqueles em situação de união consensual (4,6%) e viúvos (2,1%). Se compararmos aqueles com parceiro estável referido e aqueles sem parceiro estável, a relação seria inversa, porém ainda com percentuais bastante próximos (Tabela 9).

Tabela 8. Distribuição percentual dos Médicos, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Até 20	0	0,0%
De 21 até 29	69	28,8%
De 30 até 39	56	23,3%
De 40 até 49	58	24,2%
De 50 até 59	49	20,4%
Acima de 59	8	3,3%
Totais	**240**	**100,0%**

Representação gráfica



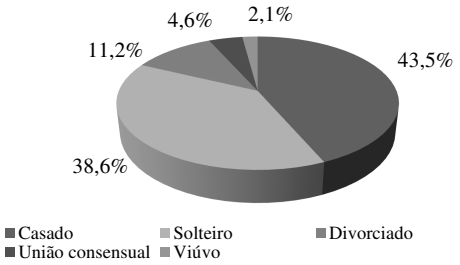
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
240	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 9. Distribuição percentual dos Médicos, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Casado	105	43,5%
Solteiro	93	38,6%
Divorciado	27	11,2%
União Consensual	11	4,6%
Viúvo	5	2,1%
Totais	**241**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
240	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

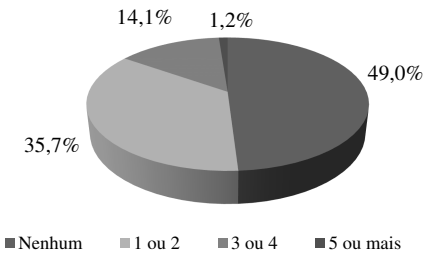
O percentual de profissionais com filhos e sem filhos era bastante semelhante (51% e 49%). Entretanto, o percentual de profissionais com três ou mais filhos (15,3%) era bastante reduzido em relação aos demais, ou seja, os profissionais médicos do PSF não tinham muitos filhos (Tabela 10).

A maioria dos profissionais era nascida no município de São Paulo (46,8%); porém, identificou-se alta participação de profissionais de outros estados (31%) e participação relativa de profissionais estrangeiros (5,9%) (Tabela 11).

Tabela 10. Distribuição percentual dos Médicos, segundo o número de filhos, no PSF/SMS/SP, 2004.

QUESTÃO	Ocorrências	Frequências
Nenhum	118	49,0%
1 ou 2	86	35,7%
3 ou 4	34	14,1%
5 ou mais	3	1,2%
Totais	**241**	**100,0%**

Representação gráfica



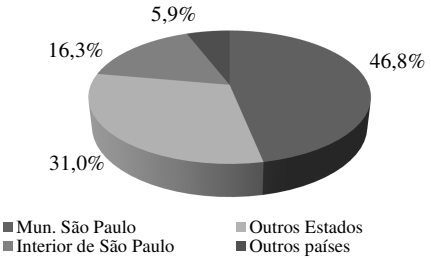
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
241	1

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 11. Distribuição percentual dos Médicos, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

QUESTÃO	Ocorrências	Frequências
Município de São Paulo	112	46,8%
Outros Estados	74	31,0%
Interior de São Paulo	39	16,3%
Outros países	14	5,9%
Totais	**239**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
239	3

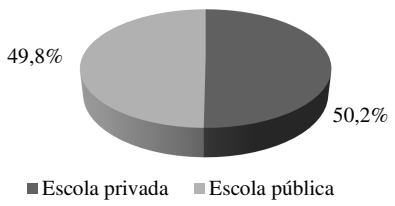
Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Quanto ao tipo de escola da graduação, 49,8% graduaram-se em escolas públicas e 50,2% em escolas privadas, resultado praticamente semelhante (Tabela 12).

Se, por um lado, registrou-se alta participação de profissionais com até quatro anos de formado (35,5%), 55% dos profissionais com até 14 anos, o que representava alto percentual de médicos jovens, por outro, a distribuição por faixa etária apresentava uma curva bimodal, com concentração maior na faixa de até quatro anos de formado, seguida dos profissionais entre 15 e 24 anos (26,8%) (Tabela 13).

Tabela 12. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de escola de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

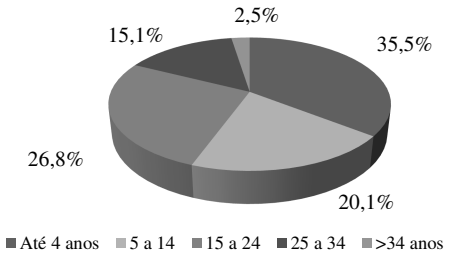
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Escola privada	121	50,2%	
Escola pública	120	49,8%	
Totais	**241**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
241	1		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 13. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tempo de formação do nível de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Até 4 anos	85	35,5%	
De 5 a 14 anos	48	20,1%	
De 15 a 24 anos	64	26,8%	
De 25 a 34 anos	36	15,1%	
Acima de 34 anos	6	2,5%	
Totais	**239**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
239	3		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Quanto à pós-graduação, 48,3% dos médicos não possuíam ou ainda não tinham completado processos de especialização, contra 51,7% que contavam com alguma especialização, o que representava percentual bastante baixo. Dentre aqueles que contavam com especialização, chamou a atenção que a principal especialização era a de Saúde da Família, que cobria 9,5% dos médicos, seguidos de Pediatria, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Saúde Pública, Ginecologia e Obstetrícia e Acupuntura, com 14,8% dis-

tribuídos em 19 outras especialidades. Nesse sentido, apesar da baixa especialização, identificou-se participação crescente de Médicos de Família. Entre os que tinham cursado alguma especialização, a diversidade de áreas era muito grande, o que poderia funcionar como complicador para o desenvolvimento de estratégias de qualificação (Tabela 14).

Se a especialização se apresentava baixa, o número de profissionais sem Residência Médica era maior ainda (63%). Dentre aqueles que possuíam residência, a participação mais significativa era em Pediatria, seguida de Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Cirurgia Geral e já começando a aparecer Saúde da Família. Outros 14 médicos (5,7% do total) distribuíam-se por 14 outras especialidades (Tabela 15).

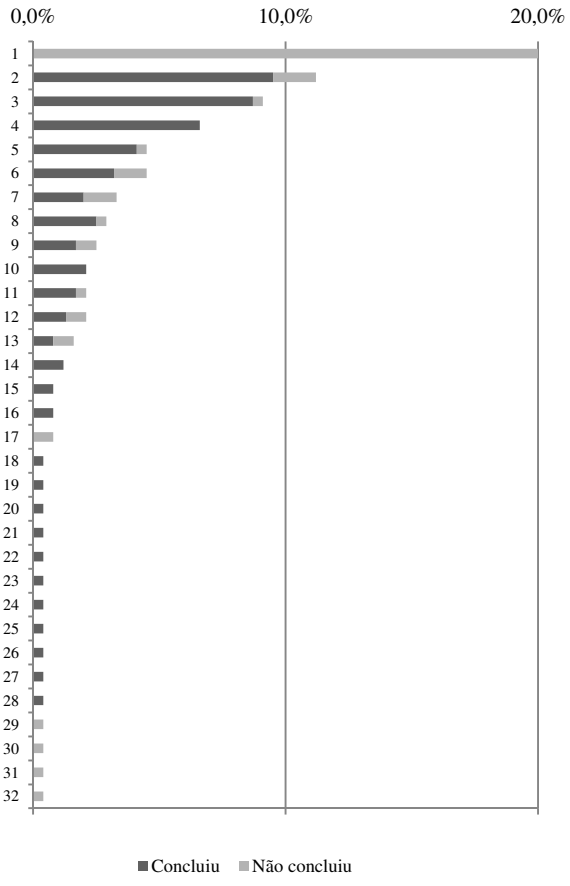
A pós-graduação *sensu-stricto* aparecia bastante baixa. Apenas 13 profissionais (5,4%) iniciaram Mestrado, dos quais cinco (2%) o concluíram. Quanto ao Doutorado, nenhum profissional, entre os que responderam ao questionário, o iniciou (Tabela 16).

Tabela 14. Distribuição percentual dos Médicos, segundo formação em cursos de especialização, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Especialização		Concluiu? Sim	Concluiu? Não	
1	91	37,6%	0	91	SEM Especialização
2	27	11,2%	23	4	Saúde da Família
3	22	9,1%	21	1	Pediatria
4	16	6,6%	16	0	Clínica Médica
5	11	4,5%	10	1	Medicina do Trabalho
6	11	4,5%	8	3	Saúde Pública
7	8	3,3%	5	3	Acupuntura
8	7	2,9%	6	1	Ginecologia e Obstetrícia
9	6	2,5%	4	2	Homeopatia
10	5	2,1%	5	0	Administração Hospitalar
11	5	2,1%	4	1	Cardiologia
12	5	2,1%	3	2	Cirurgia Geral
13	4	1,7%	2	2	Geriatria
14	3	1,2%	3	0	Pneumologia
15	2	0,8%	2	0	Neurologia
16	2	0,8%	2	0	Patologia Clínica
17	2	0,8%	0	2	Gestão em Saúde
18	1	0,4%	1	0	Alergologia
19	1	0,4%	1	0	Anestesiologia
20	1	0,4%	1	0	Dermatologia
21	1	0,4%	1	0	Endocrinologia
22	1	0,4%	1	0	Mastologia
23	1	0,4%	1	0	Nefrologia
24	1	0,4%	1	0	Neonatologia
25	1	0,4%	1	0	Neuropediatria
26	1	0,4%	1	0	Oncologia
27	1	0,4%	1	0	Psiquiatria
28	1	0,4%	1	0	Terapia Intensiva
29	1	0,4%	0	1	Gastrenterologia
30	1	0,4%	0	1	Medicina Antroposófica
31	1	0,4%	0	1	Medicina Estética
32	1	0,4%	0	1	Ultrassonografia
	242	**100,0%**	**125**	**117**	**Totais**

Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
242	0

Representação gráfica

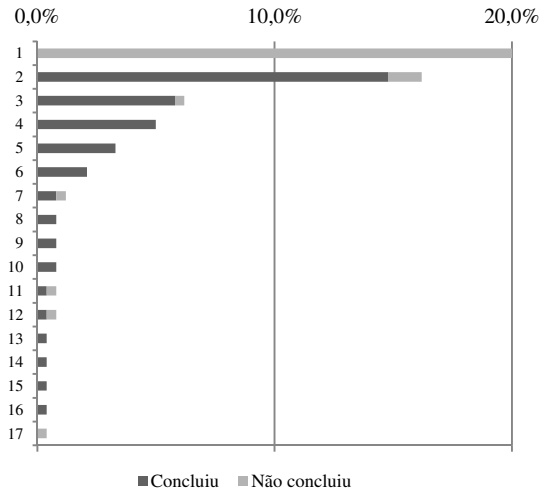


Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 15. Distribuição percentual dos Médicos, segundo formação em cursos de Residência Médica, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Especialização		Concluiu? Sim	Concluiu? Não	
1	145	59,9%	0	145	SEM Residência Médica
2	39	16,1%	36	3	Pediatria
3	15	6,2%	14	1	Ginecologia e Obstetrícia
4	12	5,0%	12	0	Clínica Médica
5	8	3,3%	8	0	Cirurgia Geral
6	5	2,1%	5	0	Saúde da Família
7	3	1,2%	2	1	Cardiologia
8	2	0,8%	2	0	Infectologia
9	2	0,8%	2	0	Medicina Preventiva
10	2	0,8%	2	0	Saúde Pública
11	2	0,8%	1	1	Gastrenterologia
12	2	0,8%	1	1	Patologia Clínica
13	1	0,4%	1	0	Endocrinologia
14	1	0,4%	1	0	Geriatria
15	1	0,4%	1	0	Homeopatia
16	1	0,4%	1	0	Neurologia
17	1	0,4%	0	1	Otorrinolaringologia
	242	**100,0%**	**89**	**153**	**Totais**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
242	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 16. Distribuição percentual dos Médicos, segundo formação em Mestrado, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Especialização		Concluiu? Sim	Concluiu? Não	
1	229	94,6%	0	229	SEM Mestrado
2	4	1,7%	2	2	Saúde Pública
3	2	0,8%	1	1	Infectologia
4	1	0,4%	1	0	Cardiologia
5	1	0,4%	1	0	História da Medicina
6	1	0,4%	0	1	Administração Hospitalar
7	1	0,4%	0	1	Cirurgia Experimental
8	1	0,4%	0	1	Engenharia Biomédica
9	1	0,4%	0	1	Pediatria
10	1	0,4%	0	1	Psicologia da Educação
	242	**100,0%**	**5**	**237**	**Totais**

Representação gráfica

Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
242	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Local de moradia e condições de acesso ao local de trabalho

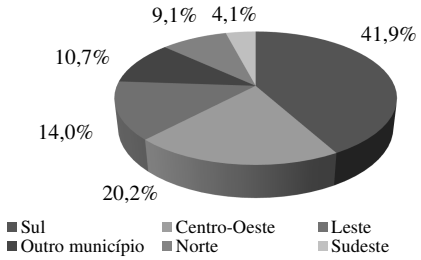
Na Tabela 17, observa-se que 41,9% dos médicos moravam na Região Sul, seguidos da Região Centro-Oeste (20,2%); 14% na Região Leste; 10,7% em outros municípios; 9,1% na Região Norte, e 4,1% na Região Sudeste. A alta concentração de moradores na Região Sul pode estar relacionada à maior participação proporcional dos médicos dessa região na pesquisa.

O principal meio de locomoção referido foi carro, para 82% dos informantes, seguido de ônibus e lotação (15,8%), metrô (8,3%), outros meios de transporte (4,6%), e trem (2,0%) (Tabela 18).

Tabela 17. Distribuição percentual dos Médicos, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Sul	101	41,9%
Centro-Oeste	49	20,2%
Leste	34	14,0%
Outro município	26	10,7%
Norte	22	9,1%
Sudeste	10	4,1%
Totais	**242**	**100,0%**

Representação gráfica



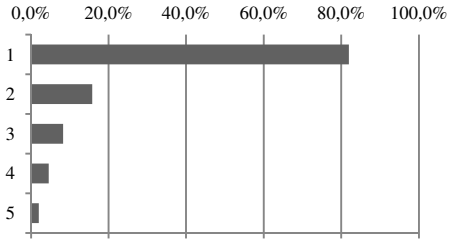
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
242	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 18 . Distribuição percentual dos Médicos, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Carro	196	82,0%
Ônibus / Lotação	38	15,8%
Metrô	20	8,3%
Outros	11	4,6%
Trem	5	2,0%
Total	**270**	
Mais de uma ocorrência	31	

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
239	3

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Quanto ao tempo de deslocamento, 26,8% dos médicos do PSF levavam menos de meia hora para chegar ao trabalho; 44,6% levavam entre 30 minutos e uma hora, e 28,6 % 1 hora ou mais, o que permite considerar que poucos médicos do PSF moravam perto do trabalho (Tabela 19).

Condições de inserção no PSF

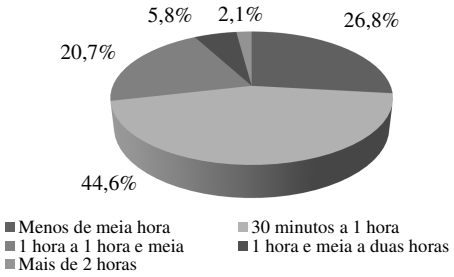
No que se refere ao tempo de trabalho, 21% dos profissionais tinham menos de um ano de trabalho, e 37,6%, entre um e dois anos, o que demonstrou pouca experiência de trabalho acumulada no PSF, considerando-se que a questão se referia ao tempo total de experiência do profissional, e não apenas na SMS. Menos de 10% dos profissionais entrevistados referiram experiência superior a cinco anos (Tabela 20).

Quanto ao tipo de vínculo de trabalho, 87% dos profissionais eram ceeletistas, e apenas 13% eram estatutários, com contrato complementar por CLT. Assim, não se evidenciava precarização nas relações de trabalho, ainda que o contrato complementar pudesse acarretar algum tipo de questionamento legal; indicava, também, que a adesão de profissionais já em atividade na rede municipal foi bastante baixa (Tabela 21).

Tabela 19. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de meia hora	65	26,8%
30 minutos a 1 hora	108	44,6%
1 hora a 1 hora e meia	50	20,7%
1 hora e meia a 2 horas	14	5,8%
Mais de 2 horas	5	2,1%
Totais	**242**	**100,0%**

Representação gráfica



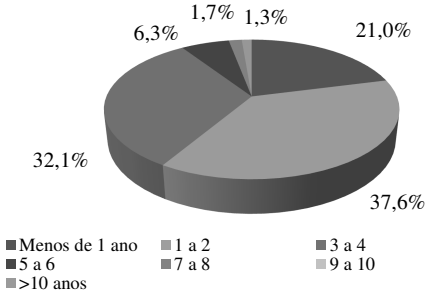
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
242	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 20. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tempo de trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de 1 ano	50	21,0%
De 1 a 2 anos	89	37,6%
De 3 a 4 anos	76	32,1%
De 5 a 6 anos	15	6,3%
De 7 a 8 anos	4	1,7%
De 9 a 10 anos	0	0,0%
Mais de 10 anos	3	1,3%
Totais	**237**	**100,0%**

Representação gráfica



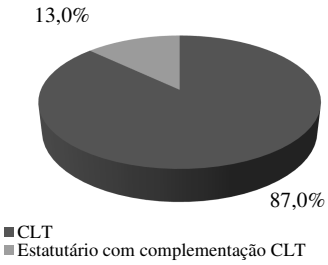
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
237	5

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 21. Distribuição percentual dos Médicos, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
CLT	208	87,0%
Estatutário com complementação CLT	31	13,0%
Outros	0	0,0%
Totais	**239**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
239	3

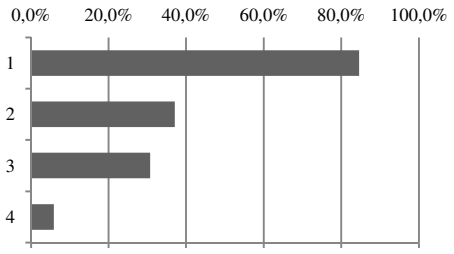
Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Quanto à capacitação pelo próprio PSF, 84,6% dos profissionais participaram do Momento I – Introdutório. Ainda que o percentual seja alto, não é suficiente, na medida em que se deveria esperar que 100% dos profissionais tivessem realizado esse módulo. Acrescente-se que 5,9% não receberam qualquer qualificação. Entretanto, 57,5% indicaram ter participado de mais de uma atividade (questão de múltipla escolha) (Tabela 22).

Para 62,7% dos profissionais, a experiência atual era a primeira com esse modelo de atenção. Entretanto, 79 profissionais (32,8%) referiram experiência anterior em mais de uma unidade de PSF (Tabela 23).

Tabela 22. Distribuição percentual dos Médicos, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.

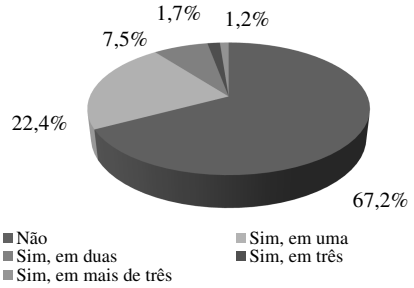
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Momento I - Introdutório	198	84,6%	
Outros	87	37,1%	
Momento II – Ciclos de vida	72	30,7%	
Nenhum	14	5,9%	
Total	**371**		
Mais de uma ocorrência	137		
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
234	8		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 23. Distribuição percentual dos Médicos, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Não	162	67,2%	
Sim, em uma	54	22,4%	
Sim, em duas	18	7,5%	
Sim, em três	4	1,7%	
Sim, em mais de três	3	1,2%	
Totais	**241**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
241	1		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

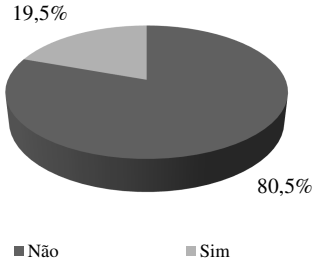
Dos profissionais que referiram outras experiências com PSF, apenas 39 (19,5%) vieram de outros municípios, o que pode estar caracterizando uma experiência crescentemente paulistana (Tabela 24).

Dentre os médicos do PSF, 56,8% tinham outro vínculo empregatício. Essa é uma constatação impor-

tante, pois um princípio fundamental do PSF se baseia no cumprimento de uma carga horária de tempo integral, para possibilitar a sustentação para a vinculação com a comunidade e o contato continuado, inclusive com momentos de planejamento conjunto da equipe. Assim, os médicos com mais de um vínculo, por um lado, pode ser positivo, na medida em que permite o desenvolvimento de capacidades adicionais, por exemplo, de atuação em Pronto Socorro, ou possibilita uma remuneração complementar que viabiliza a dedicação em tempo integral. Por outro lado, pode também contribuir para o aumento do desgaste do profissional e para a redução das horas dedicadas ao PSF, com prejuízos significativos para a efetivação da proposta (Tabela 25).

Tabela 24. Distribuição percentual dos Médicos, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Não	161	80,5%	
Sim	39	19,5%	
Totais	**200**	**100,0%**	

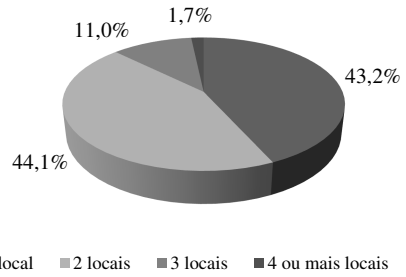


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
200	42

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 25. Distribuição percentual dos Médicos, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
1 local	102	43,2%	
2 locais	104	44,1%	
3 locais	26	11,0%	
4 ou mais locais	4	1,7%	
Totals	**236**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
236	6

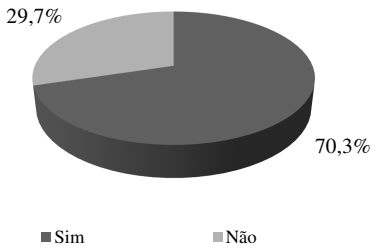
Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Dos respondentes, 70,3% dos profissionais informaram experiência profissional anterior, o que, se por um lado indica participação razoável de médicos que encontram aqui sua primeira experiência profissional, por outro, confirma o indicativo de profissionais mais experientes atuando no PSF (Tabela 26).

Dos profissionais em atividade no PSF, 86,4% atuaram na área hospitalar; 61,6% em postos de saúde; 36,8% em outras atividades; e 10,6% tiveram experiência com docência. Desses médicos, 95,6% tiveram experiência profissional em mais de um tipo de serviço. Essa experiência mais diversificada é interessante para a capacidade que o médico do PSF deve ter para atuar em relação ao conjunto do sistema de saúde. A experiência docente também é positiva frente às expectativas "educativas" que a proposta incorpora (Tabela 27).

Tabela 26. Distribuição percentual dos Médicos, segundo experiência Profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

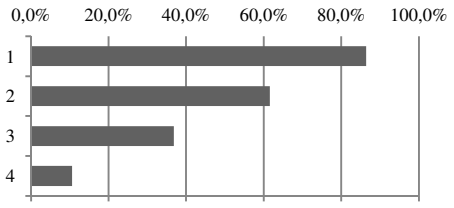
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Sim	168	70,3%	
Não	71	29,7%	
Totais	**239**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
239	3		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 27. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Hospitais	178	86,4%	
Posto de Saúde	127	61,6%	
Outros	76	36,8%	
Docência	22	10,6%	
Total	**403**		
Mais de uma ocorrência	197		
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
206	36		

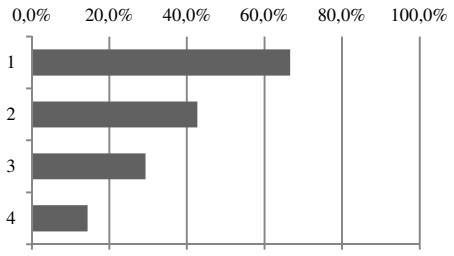


Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Ainda em relação a trabalhos anteriores, 2/3 dos médicos trabalharam como Clínicos Gerais e 1/3, como Pediatras. Dentre esses médicos, 14,4% trabalharam como Ginecologistas, enquanto que 42,7% atuaram em outras especialidades e 53,2% dos profissionais, em mais de uma especialidade. Essa experiência majoritária em áreas gerais é compatível com o perfil esperado dos médicos de família, assim como o é a experiência em mais de uma especialidade. Na verdade, o aprendizado desses profissionais, dada a baixa especialização identificada, foi construído na sua prática de trabalho o que, se por um lado pode ser positivo do ponto de vista de conhecimentos e compromissos incorporados, por outro lado indica pouca chance de aprimoramento formal e supervisão nesse processo, o que também pode gerar hábitos e práticas nem sempre desejáveis. Já a diversidade de trabalhos em outras especialidades (42,7%) indica também que o PSF não é uma exclusividade de generalistas, o que evidencia uma miríade de práticas e conhecimentos entre os profissionais, e um trabalho significativo para as políticas públicas na definição de competências e de processos formativos que permitam, por um lado, o aproveitamento dessas experiências anteriores e, por outro, uma homogeneidade mínima frente ao projeto proposto para o PSF (Tabela 28).

Tabela 28. Distribuição percentual dos Médicos, segundo tipo de especialização anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Clínico geral	134	66,6%	
Outros	86	42,7%	
Pediatra	59	29,3%	
Ginecologista	29	14,4%	
Total	**308**		
Mais de uma ocorrência	107		
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
201	41		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Considerações relativas ao perfil dos médicos do PSF

A predominância feminina encontrada reflete uma tendência na área da saúde, mais forte em outros setores, mas que também se apresenta na profissão médica e que, em particular no PSF, pode ser reforçada também pela participação crescente de profissionais mais jovens. A faixa de 21 a 28 anos foi a mais frequente, mesmo se considerando que médicos só concluem a graduação a partir dos 24 anos. Isso se confirma com o dado de que mais de 1/3 dos médicos tinha até quatro anos de formado, e mais da metade tinha até 15 anos de formado. Entretanto, entre os informantes, apareceu significativa participação de profissionais com idades mais avançadas, caracterizando uma mescla que pode ser positiva para o desenvolvimento do Programa.

Na distribuição relativa a estado civil, aqueles que viviam em união estável (casados e em união consensual) constituíam quase metade desse grupo, maior que o grupo dos solteiros, mas muito próximo do conjunto de todos que não estavam vivendo em união estável, o que pode estar se refletindo também na distribuição muito equilibrada entre aqueles que tinham e aqueles que não tinham filhos.

A maioria dos médicos nasceu no município de São Paulo, porém havia alta participação (quase 1/3) de médicos de outros estados do país, bem como de outros países. Essa atratividade de profissionais de fora do município que, em momentos anteriores, poderia indicar uma seleção dirigida àqueles com mais experiência nesse modelo, poderia, no momento da pesquisa, estar refletindo a atratividade a um mercado de trabalho específico e significativo que foi se constituindo com a expansão do PSF. Na ocasião, cerca de 2/3 dos médicos tinha nessa a sua primeira experiência com o PSF. Aqueles com experiência anterior em PSF fora do município constituíam cerca de 16%, ou seja, uma experiência majoritariamente paulistana.

A distribuição na formação em escolas públicas e privadas foi muito semelhante. Entretanto, o percentual de profissionais sem especialização ainda era alto – próximo de 50%. Entretanto, a principal especialização citada foi a Medicina de Família, o que começava a refletir os esforços oficiais desenvolvidos para a qualificação desses médicos. Os médicos com Residência ainda eram poucos, um pouco mais de 1/3. A principal área era a Pediatria – o que pode justificar-se por uma migração desses especialistas, dada a redução importante na taxa de natalidade no país nos últimos anos e uma possível redução nesse campo de trabalho, além da maior afinidade pela prática desenvolvida no PSF.

Considerando-se que nem sempre os médicos moravam nas regiões onde trabalhavam e o fato de o principal meio de deslocamento ser o carro, parecia permitir o acesso não muito demorado ao local de trabalho – até uma hora, para a maioria, situação que não se aplicava, entretanto, para 1/4 dos profissionais.

O tempo de trabalho no PSF não era muito elevado, pois pouco mais de 40% dos médicos tinham mais de três anos. Considerando que, desde 2003, não havia expansão importante de equipes, esse achado aponta para uma rotatividade elevada. Já a alta taxa de contratação de ceeletistas, próxima a 90%, indicava baixa adesão de médicos da rede municipal à proposta.

Considerando a baixa qualificação formal anterior e a alta rotatividade, a participação, embora elevada, de médicos no Módulo Introdutório ainda era insuficiente, na medida em que deveria alcançar sempre 100%, e ainda havia inserção mediana em outros cursos ou em mais de uma atividade. Parte dessa falta de formação poderia ser compensada pela experiência profissional anterior ao PSF, que alcançava 70% dos médicos, desenvolvida majoritariamente na Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, para alguns em mais de uma especialidade.

Uma preocupação importante vincula o alto percentual de profissionais com mais de um vínculo e as possibilidades de impacto dessa dupla militância sobre sua dedicação ao Programa.

Percepções e sugestões dos médicos sobre o trabalho no PSF da cidade de São Paulo

O trabalho do médico, no PSF, pareceu ter uma característica fundamental. Ele era fortemente sustentado pelas relações que se estabeleciam entre os membros de equipe e entre essa e os pacientes e a comunidade, em geral carente e em condições de atendimento bastante despojadas, quando não precárias. Mais que em qualquer outro campo de prática médica, esse era o mais desprotegido, em termos de proximidade da comunidade e do paciente, disponibilidade de tecnologia e continuidade na relação. Talvez por isso o relacionamento da equipe fosse tão valorizado, a ponto de se apresentar como uma das características capazes de promover maior satisfação no trabalho.

> "*o trabalho em equipe, maior contato com o paciente, dividir minhas preocupações coma equipe, ver as diversas situações por outros pontos de vista*"

E, como consequência, em menor grau, as relações interpessoais, as amizades daí decorrentes.

> *"colegas de trabalho, amizades constituídas*"

A possibilidade da integralidade da abordagem dos indivíduos e das famílias, a recuperação de uma relação humanizada e o vínculo equipe de saúde /

família apareciam como outros aspectos importantes de satisfação entre os médicos.

> *"possibilidade de vínculo com o paciente; conhecimento da comunidade; acompanhar todos os ciclos de vida"*
>
> *"contato direto com o paciente; acompanhamento do paciente em contexto"*

A contrapartida desse envolvimento tinha como consequência a gratidão, o reconhecimento e o respeito adquirido junto aos pacientes e à comunidade, que apareciam como o segundo principal fator de satisfação entre os médicos.

> *"atendimento a pacientes carentes, bom relacionamento com os membros da equipe, agradecimento a que somos brindados diariamente"*
>
> *"reconhecimento da comunidade"*

Outro componente muito valorizado, dentro da perspectiva da integralidade, referia-se ao desenvolvimento de ações para além da assistência médica individual, por meio de ações de educação, promoção e prevenção, dirigidas à comunidade como um todo e às populações mais carentes e necessitadas.

> *"o trabalho de educação para a conscientização da comunidade para a promoção de saúde e cidadania"*
>
> *"atuar na saúde com um enfoque preventivo e não somente curativo, interagir com as equipes e grupos de usuários, a própria existência do PSF"*

Este conjunto de ações articuladas parecia possibilitar aos médicos o alcance de resultados significativos em termos de melhoria de saúde da população e melhoria do paciente, possibilitando, também, grande satisfação.

> *"observar como um bom acompanhamento de certas doenças torna-se compensado com o tempo"*
>
> *"quando consigo resolver os problemas da minha área e vejo reconhecimento e alegria daquela família"*

O desafio, a possibilidade de crescimento e realização, o aprendizado e a realização de cursos também foram considerados aspectos da prática relacionados à satisfação, assim como a autonomia.

> *"variedade de casos"*
>
> *"reciclagem, atualização e clínica médica"*
>
> *"tipo de atividade e necessidade da população, complexidade, desafio"*

Para alguns profissionais, a carga horária, o salário e a estabilidade foram valorizados.

> *"ambiente de trabalho, condições financeiras"*
>
> *"colegas de trabalho, salário, CLT"*

Em menor intensidade, algumas facilidades possibilitadas pelo PSF (rapidez de internação, solicitação de exames e medicamentos) bem como o desenvolvimento de algumas práticas específicas (trabalho com idosos, grupos de gestantes e crianças, mutirão etc.) foram reconhecidos como fatores de satisfação.

Os principais motivos de insatisfação no trabalho, enquanto conjunto de temas, foram aqueles relacionados às condições de trabalho, principalmente frente ao espaço físico e à infraestrutura de atendimento. A disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos também foi fortemente criticada e, em menor grau, o salário, a carga horária e o acesso (dos profissionais) aos serviços.

> *"trânsito (vias de acesso congestionado)"*
>
> *"falta de estrutura física da unidade; falta de treinamento prático; insuficiência de medicamentos e falta de material educativo"*
>
> *"remuneração insuficiente"*
>
> *"falta de materiais educativos e espaço físico para realização de grupos"*

Enquanto tema específico, a insuficiência de capacitação foi o segundo aspecto mais apontado como gerador de insatisfação no trabalho, provavelmente originada da insegurança gerada pelo exercício de uma prática bastante diferenciada daquela em que os médicos estavam acostumados a desenvolver.

> *"equipe pouco capacitada, baixa remuneração, falta de especialidades"*
>
> *"não ter capacitação necessária para outras especialidades (ginecologia, obstetrícia, geriatria)"*

Essa insegurança, na prática, refletia-se também na necessidade de uma integração mais adequada com o sistema de saúde, principalmente no acesso a especialistas, exames ou outras referências. Esse foi o aspecto específico mais intensamente criticado pelos médicos, mesmo porque, em função dos vínculos estabelecidos e do convívio cotidiano com os pacientes, essa incapacidade do sistema tornava-se muito sensível para a equipe.

> *"é não ter retaguarda, dificuldade principalmente quando tenho pacientes que necessitem de outras especialidades, poder fazer laboratórios com maior qualidade e mais rapidez"*

Outro aspecto importante fazia referência à necessidade de incorporação de mais profissionais à equipe, associado a dois problemas: equipes incompletas, dada a dificuldade de contratação de médicos com perfil adequado para essa prática, ou também pela necessidade de se contar com o apoio de profissionais com outros conhecimentos, particularmente aqueles relacionados à saúde mental e ao apoio social aos indivíduos.

> *"dificuldade em trabalhar violência e exclusão social, dificuldade em trabalhar saúde mental"*
>
> *"equipes incompletas, necessidade de outros profissionais"*

A alta demanda, o número excessivo de famílias por equipe, bem como as atividades de acolhimento (Pronto Atendimento) eram vistos como elementos desorganizadores de uma prática mais planejada e de um seguimento com maior qualidade, principalmente quando associados à insatisfação com a infraestrutura, disponibilidade de equipamentos e medicamentos e referência adequada.

> *"a falta de preparo na gestão; a implantação mal feita, sem planejamento acarretando na sobrecarga dos profissionais; o acolhimento é um processo inerente ao PSF e hoje respondemos a dois programas (educando e deseducando os pacientes)"*

Essa situação de estresse, apontada pelas questões acima, também tendia a gerar insatisfação em relação ao gerenciamento da unidade, ou ao sistema como um todo, em seus diferentes aspectos – cobrança, burocratização, excesso ou falta de hierarquia, falta de planejamento etc.

> *"... displicência da coordenação, falta de condições físicas, mudanças de certas condutas por parte das coordenadorias do SUS"*

Como consequência, quer pela insuficiência referida de condições de trabalho, quer pela expectativa criada principalmente frente à atuação em dimensões sociais complexas do cuidado, começavam a aparecer manifestações de frustrações com os resultados alcançados, bem como de desgaste com o trabalho.

> *"falta de condições de trabalho, população extremamente carente onde minhas ações não surtem o efeito que gostaria"*
>
> *"não conseguir fazer tudo o que é necessário, muitas famílias na área"*

A imersão do atendimento na comunidade proposto pelo PSF, dependendo da maneira como era realizado, podia também gerar situações de rejeição e estranhamento de ambas as partes. Também, por seu

lado, a violência urbana foi outro tema sempre presente nas manifestações dos profissionais médicos.

> *"ambiente precário de material de trabalho para atender melhor ao paciente; pouca colaboração da comunidade com relação aos profissionais que cuidam da saúde"*

> *"o pouco reconhecimento e compreensão do PSF por parte da população"*

Essas situações acabavam refletindo, ainda que em menor grau, naquele que foi identificado como o principal elemento de satisfação do trabalho no PSF, o relacionamento intraequipe.

> *"funcionários incompetentes, demanda muito grande, falta de responsabilidade de alguns"*

> *"muita tensão dentro e fora das equipes, desunião dos colegas e médicos do PSF"*

As sugestões de melhora ao PSF apresentadas pelos médicos eram bastante compatíveis com as críticas apresentadas nas questões anteriores. Essas sugestões podem ser articuladas em alguns grandes grupos: condições objetivas de trabalho, treinamento, relacionamento com o restante do sistema, demandas gerenciais, relacionamento com população, fortalecimento / revisão dos ideais da proposta.

Conforme esperado, existia uma grande demanda relacionada às condições de trabalho: melhorias salariais, de infraestrutura e de materiais, ainda que existissem demandas por maior oferta e disponibilidade de medicamentos.

Algumas das sugestões direcionavam-se também à incorporação de novos direitos (auxílio transporte, relacionado às grandes distâncias a serem percorridas), redução de carga horária (30 horas), bem como, ainda que numa dimensão menor, a políticas de valorização mais estruturadas, como a criação de carreiras.

> *"contratar mais médicos para atender a população, tornando o trabalho menos desgastante, reduzir a jornada de trabalho; aumento de salário (pois pela "encheção de saco" deveríamos ganhar bem mais)"*

> *"plano de carreira profissional"*

> *"maiores investimentos para materiais; auxílio transporte; aumento salarial (devido insalubridade)"*

> *"fornecimento regular de medicamentos; plano de carreira para os profissionais"*

Ainda que as condições objetivas de trabalho fossem fortemente sugeridas como aspectos a serem melhorados, fica muito evidente que os profissionais enfrentavam, ainda, uma grande insegurança no exercício dessa nova prática. A principal sugestão apresentada como categoria isolada dizia respeito à ampliação de treinamentos dos mais variados temas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental) e cursos de especialização. Também foram sugeridos treinamentos individualizados por categoria profissional, para maior aprofundamento das questões. Uma abordagem interessante frente a essa necessidade de saber mais sobre a nova prática foi a sugestão de que as equipes, em particular os médicos, pudessem contar com uma espécie de supervisão realizada por profissionais mais experientes no PSF para discutir não apenas casos, mas como abordar os problemas bem como conduzir e organizar o trabalho. Essa talvez seja uma característica importante a ser considerada nos processo de capacitação para o PSF, principalmente no que diz respeito aos médicos – mais do que apenas o conhecimento científico formal, é necessário aprender a fazer, compartilhar o conhecimento tácito decorrente da prática cotidiana que não pode ser transmitido por outros colegas distantes daquela realidade: a interação entre pares, e entre pares experientes, naquela prática. Assim, se o reconhecimento formal da especialização é necessário e desejável dentro da perspectiva de evolução profissional – é preciso definir exatamente que médico eu sou, para a melhoria das práticas é necessário o intercâmbio com aqueles que sabem fazer, de fato.

Mesmo a relação com especialistas foi, em alguns momentos, sugerida em discussão de casos, nos próprios serviços, e não apenas por referência e contrarreferência.

> *"mais cursos principalmente Momento II"*

"ter profissionais de diferentes especialidades que em visitas a USF possam discutir condutas e casos controversos ou reuniões com especialistas para a discussão de casos clínicos"

"investir no potencial dos profissionais que vão sendo capacitados para capacitar novos profissionais que chegam"

"melhorar a capacitação dos médicos (fazer cursos específicos para o profissional médico)"

"escolher pessoas com conhecimento e vivência em PSF para fazer os manuais e fluxos de atendimento"

O relacionamento com o conjunto do sistema também foi outro grande tema de sugestões. O segundo aspecto mais frequentemente referido em termos isolados, seguindo o tema treinamento, estava fortemente relacionado à questão conhecimento / desconhecimento da prática, e traduzia um problema ainda não resolvido para o conjunto do sistema de saúde, qual seja, a estruturação de um sistema de referência e contrarreferência adequado e o acesso aos especialistas. Conforme já discutido, para uma prática que está condicionada sobre um convívio diário com a comunidade, a incapacidade de resolução de casos específicos é causadora de muito mais ansiedade e sofrimento ao profissional do que nos modelos tradicionais, nos quais um paciente referenciado / encaminhado, com muita frequência, se perde no mundo e passa a ser problema de outro. Aqui, ele volta e evidencia com muito mais intensidade a incapacidade resolutiva do sistema e do profissional. Daí, também, a sugestão inicial e primordial de manter as equipes completas, bem como de integração com outras equipes, com as UBS e ampliação das equipes multiprofissionais (saúde mental e dentista).

"inclusão de novos profissionais na equipe"

"faltam: especialista em curto prazo (espera muito longa). Incorporar odonto, trabalhar com assistente social na sua função, psicólogo e nutricionista"

"fluxo melhor entre atenção básica, secundária e/ou até mesmo terciária"

"aumentar o número de equipes, melhorar o atendimento secundário e terciário"

"ampliação das equipes, melhoras nas referências e contrarreferências"

Outro tema forte relacionado com a estruturação do sistema foi a sugestão de criação de Pronto Atendimento (PA) em apoio às equipes de Saúde da Família. Existia a percepção de que o serviço tenderia a se transformar rapidamente em um PA de baixa qualidade, atendendo a uma demanda descontrolada, de queixas pontuais e deixando de cumprir os princípios educacionais e preventivos que o PSF deveria ter, bem como impedindo o médico de realizar as atividades de visitas domiciliares.

"cada quatro ou cinco unidades do PSF deviam somar um PA para que pudéssemos nos dedicar inteiramente às prioridades"

"gostaria que fosse aberto um Pronto Atendimento a cada quatro PSF para que o PSF desse mais atenção ao atendimento primário"

Essa provável percepção do descompasso entre projeto inicial e situação da época deu, também, origem a três grupos diferentes de sugestão – o primeiro, uma reafirmação da necessidade de resgate da filosofia da proposta, associada, entretanto, à necessidade de expansão do número de equipes. É interessante que a crítica ao desvirtuamento se resolvia com a reafirmação da proposta, quer como mecanismo direto de redução da pressão da demanda (a sugestão, um pouco menos frequente de redução de números de famílias por equipe é uma variante dessa estratégia), quer como expectativa de consolidação do modelo proposto, de forma mais hegemônica.

"aumentar o número de equipes nos bairros para que as regiões do PSF não fiquem sobrecarregadas"

"investir na capacitação da equipe e manter as mesmas completas, ampliar o número de equipes para SP e Grande SP"

Um segundo grupo se direcionava ao melhor gerenciamento, organização e planejamento das ativi-

dades e, eventualmente, de melhor seleção dos profissionais envolvidos, bem com ao estabelecimento de protocolos de práticas (mais uma vez a questão do como fazer).

> *"escolha de profissionais mais comprometidos com o PSF"*
>
> *"planejamento, cronograma e treinamentos"*
>
> *"seguir no mínimo os protocolos do PSF"*
>
> *"organização"*

Um terceiro grupo se dirigia à necessidade de sensibilização da população sobre o programa e seus princípios.

> *"expansão para mais regiões; revalorização do parceiro; maior esclarecimento do que é o programa para a população"*
>
> *"orientar melhor a população sobre a proposta do PSF"*

Finalmente, em que pese se caracterizar, no discurso geral, uma forte identificação com a proposta original do PSF, algumas sugestões já começavam a se direcionar para a revisão da estratégia. Com maior intensidade, aparecia a já referida revisão de carga horária. Entretanto, algumas propostas, ainda que em menor intensidade, já apontavam para a necessidade de incorporação dos especialistas médicos nas equipes.

> *"a secretaria de saúde deveria rever os conceitos do PSF e adequar a nossa realidade, pois a cidade está repleta de especialidades e não há como mudar isto, portanto é difícil eu fazer o papel de multiespecialista. Se vocês tivessem um RN na família, gostariam de ser atendidos por um médico de família ou por um pediatra especialista na área para fazer o acompanhamento?"*

Representações sociais e expectativas profissionais dos médicos do PSF da cidade de São Paulo

O principal motivo de escolha da profissão estava relacionado à vocação, ao gostar da profissão, ao ideal, colocada de forma geral, sem maiores especificações.

> *"vocação"*
>
> *"gostar da profissão"*
>
> *"admiração pela medicina"*

Um segundo conjunto de aspectos mobilizadores da escolha estava relacionado à possibilidade de ajudar ao próximo, reduzir o sofrimento ou, de forma mais específica, tratar e trazer saúde para as pessoas.

> *"ajudar o próximo"*
>
> *"gosto de tratar e trazer saúde para as pessoas"*
>
> *"sempre sonhei desde criança poder ajudar e cuidar das pessoas e achava que a medicina era uma maneira de nós podermos tentar alcançar estes sonhos"*

Uma variação mais direcionada desse compromisso com o próximo associava-se à preocupação também com a intervenção social, à atuação junto à comunidade, à ação educativa e transformadora.

> *"a vontade de ajudar pessoas carentes, atender pessoa de baixa renda da melhor forma possível"*
>
> *"preferência por saúde pública e mudanças no comportamento na população atendida"*

Outra variação desse compromisso referia-se, mais especificamente, a aspectos da prática relacionada à atenção básica, às práticas ambulatoriais, à Medicina Preventiva e à prática generalista.

"a opção pelo atendimento primário em saúde"

"possibilidade de atuar como um médico generalista, atuar nos aspectos básicos do cotidiano das pessoas"

O desafio, a curiosidade, a exigência de capacidade também foram elementos, ainda que em menor grau, referidos como indutores da escolha profissional.

"gostar do trabalho diversificado; ter que atender em todas as áreas (clínica, pediatria, GO etc.)"

"algo que necessita de aprimoramento constante, aquela que não desiste diante das dificuldades"

O exemplo de pais, de familiares ou médicos próximos também foi elemento constituinte da escolha.

"a minha família é de médicos, portanto foi por isso que aprendi a gostar e com isso ajudar as outras pessoas"

A necessidade de articular conhecimento científico, o estudo, a dedicação e o aprendizado associados ao cuidado com o ser humano foram outros aspectos apontados.

"poder estudar e trabalhar com a ciência"

"articular a ciência com o cuidado às pessoas"

Finalmente, a possibilidade de alcançar uma determinada renda, certa estabilidade e bem-estar foram também referidos, ainda que em menor intensidade.

"renda familiar"

A opção de trabalho no PSF foi muito relacionada com os motivos de escolha da profissão, associados, entretanto, com alguns aspectos particulares: na opção pelo PSF ganharam relevância alguns aspectos relacionados com o mundo real da prática médica. Nesse sentido, o salário fixo, a carteira assinada e a relativa estabilidade foram valorizados, assim como o foram as possibilidades de atualização e de realização de cursos, inclusive em outras áreas. Nessa condição, o PSF podia representar uma opção frente a inserções insatisfatórias no mercado, ou como opção transitória para outra etapa.

"carteira assinada"

"salário e experiência profissional"

"pela proposta de humanização da medicina e oferecimento de adequada capacitação para o trabalho dentro da carga horária semanal"

"oportunidade de emprego para estudar para a residência"

"salário, oportunidade com os cursos que o PSF deveria aumentar"

Um dos elementos interessantes na escolha do PSF referia-se à possibilidade de enfrentar novos desafios frente a experiências anteriores já vividas. O PSF, para a maioria dos médicos, não representava a sua primeira experiência profissional. Para alguns, representava uma oportunidade de aperfeiçoamento, uma nova etapa na carreira, a curiosidade de se deparar com novas propostas.

"já trabalhei como especialista"

"para trabalhar em equipe e aperfeiçoar meus conhecimentos como médica"

"necessidade de conhecer o único projeto que não entendi e poder colher dados para realizar um trabalho na área de saúde no país"

"após aposentado achei um novo ideal"

"após 20 anos em UTI achei que precisava e merecia fazer uma medicina mais humanizada"

"o desafio de experimentar uma nova maneira de ser médico"

Uma grande parte, entretanto, referiu forte identificação com as propostas e com a alternativa para a atenção à saúde no país, um novo paradigma assistencial que se estava constituindo.

"porque a filosofia do PSF vem de encontro ao que eu sempre quis fazer"

"por acreditar neste modelo de atendimento para a saúde pública"

"identificação com o projeto"

"por acreditar no conceito médico de família que revoluciona a medicina por apresentar um novo paradigma de atendimento"

"acredito no programa como solução social para o indivíduo, seja ele de qualquer classe social"

Essa identificação se manifestava de diferentes maneiras, já relatadas anteriormente: da ajuda às pessoas, aos mais necessitados, a atuação junto à comunidade carente.

"sempre quis ajudar as pessoas"

"gosto de tratar as pessoas"

"alegria de trabalhar com a minha comunidade"

"um trabalho de amor junto à população carente"

Outro campo de identificação se fazia junto às propostas de Medicina Preventiva, de trabalhos voltados a resultados coletivos, ao trabalho comunitário, que visava reduzir a doença, em longo prazo, à construção coletiva da atenção à saúde.

"porque eu considero primordial prevenção de doenças e a intervenção precoce de moléstias já adquiridas"

"interesse na saúde pública"

"possibilidade de criar, de ser sujeito no processo de trabalho, de fazer construção coletiva na interface serviço/comunidade e equipe de saúde"

Ou, de forma complementar aos anteriores, a identificação se fazia com a possibilidade do atendimento integral, a recuperação do vínculo entre médicos e comunidade e o seguimento continuado e de qualidade.

"direito ao vínculo com a população"

"pela visão integral do ser humano, meta que devemos tentar alcançar o tempo todo"

"por ser uma forma de atuação médica mais completa e próxima ao paciente"

"pela possibilidade de trabalho, com visão de tratar o paciente de forma individualizada, entendendo seu contexto de vida, e tratamentos também preventivos"

"gosto do contato com a família como um todo. Tranquilidade para o atendimento, uma vez que é possível convocar os parentes, caso haja alguma pendência a ser resolvida"

Outros, finalmente, fizeram essa opção por motivos mais diretos:

"abri o jornal e vi a convocação"

"fui indicado pelo diretor da unidade"

"queria juntar os dois vínculos com a Prefeitura"

"uma feliz coincidência"

Conforme observado em etapas anteriores do trabalho, o perfil dos médicos de família era bastante variado em termos de experiências profissionais, tempo de formado e especializações – ainda que nesse item, em particular, o percentual fosse em geral baixo, assim como a experiência específica com o PSF não fosse, na maioria das vezes, muito longa. Além disso, a maioria dos médicos mantinha outros vínculos, além do PSF. Essa diversidade de experiências, tempo de serviço e origens deveria determinar expectativas distintas em relação ao futuro, em particular a continuidade do profissional no programa, tendo em vista a referência frequente à alta rotatividade dos médicos no programa.

As respostas fornecidas deram algumas pistas sobre essas expectativas. Um pequeno percentual dos médicos não expressou nenhuma expectativa ou não soube. Outro pequeno percentual pretendia, explicitamente, deixar o PSF. Um terceiro grupo pretendia intensidade menor de trabalho e melhor qualidade de vida, no futuro.

"sair do PSF e procurar outro local de trabalho"

A perspectiva de melhoria de desempenho e aprimoramento profissional esteve presente na imensa maioria das respostas, particularmente no que diz respeito à aquisição de novas competências e conhecimentos. Para uma parte significativa dos profissionais, isso se daria por meio de um processo de aprimoramento contínuo relacionado ao próprio PSF.

"quero cada vez aprender mais e gostaria de poder utilizar o que eu aprendi na especialização que eu fiz no PSF"

Para a maioria dos médicos, entretanto, a melhoria do desempenho e o aprimoramento profissional estaria ligado à aquisição de um conhecimento formal consolidado e reconhecido entre os pares. Daí, portanto, uma forte expectativa em relação à realização de cursos de especialização, Residência Médica, e de maneira muito frequente, também o Mestrado e o Doutorado.

Para uma grande parte desses médicos, não fica clara qual especialização, em que área pretendia realizar – *"fazer especialização, especializar-me, fazer uma residência"*. Essa resposta pode ser entendida de duas formas – a especialização se daria no próprio PSF e não foi explicitada, por parecer óbvio, ou é um desejo difuso, e, nesse sentido, parece que a prática no PSF poderia possibilitar o acesso a essas atividades – durante a própria prática, ou, pelo menos, permitiria a preparação prévia para o acesso a essas especializações.

"pretendo cursar uma especialização e fazer algo social além de permanecer me atualizando"

Dentre aqueles que especificaram as áreas desejadas, a maioria se referiu ao PSF; parte desses, inclusive, manifestou forte interesse em passar a desenvolver atividades docentes junto a outras equipes bem como a estudantes.

"especialização em Saúde da Família, Mestrado / Doutorado em Saúde da Família"

"participar da criação de algo novo na saúde; criar a especialidade de médico de família para treinar alunos das faculdades de medicina e enfermagem"

Uma minoria fez referência específica a especializações em áreas similares ao PSF (saúde pública) ou a outras áreas totalmente desconexas (cirurgia, otorrinolaringologia, ultrassonografia, clínica geriátrica).

"especializar-m em saúde pública"

"residência em otorrino"

O interesse em continuar no PSF foi a resposta específica mais frequente, mas aqui também essa continuidade apareceu de forma condicionada. Para alguns médicos, essa continuidade estaria relacionada, inclusive, a um comprometimento com a expansão e melhoria do programa.

"contribuir para que o PSF continue se expandindo por toda São Paulo"

Para outros, esse compromisso seria conjuntural, relacionado à satisfação no trabalho e, para outros, ainda, essa vinculação seria dupla e estaria associada à prática em outra área (GO, Pediatria, Cirurgia).

"enquanto o trabalho me der estímulo para continuar não só financeiro, também pessoal, pretendo continuar"

"permanecer no PSF por algum tempo, fazer residência"

"especialização na área, Mestrado na área, manter minhas atividades no PSF e de cirurgião"

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS RETRATOS 1999 / 2004

O que mudou?

Em que pesem as dificuldades metodológicas para comparar os dois estudos realizados sobre os médicos atuando no Qualis, no município de São Paulo em 1999 / 2001 – estudo Fapesp e, no PSF, em 2004 – estudo SMS / Unesco, na medida em que as informações relativas tanto ao perfil profissional quanto às entrevistas realizadas seguiram metodologias distintas, estabelecer este diálogo entre os dois estudos parecia ser da maior importância para as políticas públicas do setor, tanto por aquilo que mostraram de diferente quanto pelos aspectos em que seus resultados se assemelharam.

Optou-se, aqui, por discutir em primeiro lugar os aspectos relativos ao perfil e, a seguir, os achados nas entrevistas realizadas.

Perfil

Em relação ao Perfil Profissional, a Pesquisa Qualis / Fapesp apontava, em termos de gênero, uma distribuição equânime entre homens e mulheres, o que, comparado com a distribuição total de médicos em atividade na Capital no período, já indicava uma importante feminização da atividade – (cerca de 35% na Capital e 48% no Qualis), feminização essa provavelmente relacionada não tanto com a atividade do PSF em si, mas com a feminização da profissão, em anos mais recentes. Essa tendência pode ser reforçada se analisarmos também o perfil dos profissionais por faixa etária, com 70% dos médicos com até 39 anos e forte concentração nos profissionais entre 30 e 39 anos – 50%, e em particular entre 30 e 34 anos – 35%. Essa distribuição também é diferente da distribuição etária dos médicos em atividade na Capital em 1995, que apresentava, respectivamente, 52% até 39 anos, 38% entre 30 e 39, e 20% entre 30 e 34 anos. Eram, portanto, profissionais mais jovens, porém não necessariamente recém-formados, que atuavam no Qualis. Essa informação se confirma quando observamos que, naquele período, 18% tinham até cinco anos de formado (contra 9% do total de médicos da Capital), porém a distribuição era praticamente igual nas faixas entre cinco e 14 anos de formado (43% Qualis e 41% na Capital) e entre 15 e 24 anos de formado (28% a 32%, respectivamente), caindo depois nas demais faixas.

Esse quadro parece mudar um pouco quando se analisam os dados do PSF – naquele momento, a tendência à feminização permanecia (53% são do sexo feminino), porém a participação dos profissionais com menos idade e menor tempo de formado aumentou significativamente – 29% tinham entre 21 e 29 anos e 35,5% tinham até quatro anos de formado. Também cresceu a participação de médicos com maior faixa etária nos dados de 2004; quase 48% dos profissionais tinham mais de 40 anos, dos quais 24% tinham mais de 50 anos. Em termos de tempo de formado, aumentou também a participação dos profissionais com maior tempo – 45% tinham mais de 15 anos de prática profissional, com quase 18% com mais de 25 anos de experiência. Assim, parece ter acontecido um achatamento na distribuição dos médicos, com incremento importante da participação dos médicos mais jovens, mas com crescimento significativo também dos mais experientes. Essa tendência pode ter duas explicações associadas que merecem melhor aprofundamento.

Neste último período, por um lado houve a abertura importante de novas escolas médicas, o que explicaria a participação de médicos mais jovens ter aumentado significativamente. Por outro lado, a oferta de vagas para o PSF também cresceu de forma muito significativa, passando de cerca de 80 equipes em 1999, para 750 em 2004, com crescimento de quase 10 vezes. Isso pode significar que um projeto que buscava profissionais com perfis específicos para uma proposta ainda em construção, ao transformar-se em um programa municipal, de larga escala, também transferiu essa oferta de vagas para o conjunto de profissionais em atividade no mercado, com exigências relativamente baixas de inserção, contribuindo também para diversificar os perfis em atividade. Entretanto, além da idade e do tempo de formado, talvez fosse interessante olhar um pouco mais para os demais aspectos desse perfil, relativos à origem e à qualificação desses profissionais.

Nesse sentido, em 1999, os graduados no estado de São Paulo constituíam 47% do total, dos quais 13% na capital e 34% no interior. Esse percentual era bastante diferente dos médicos da Capital, onde 71% eram graduados no Estado, sendo 36% na Capital e 33% no interior. Para os médicos do Qualis, dos 53% restantes, graduados fora de São Paulo, 27% eram provenientes de outros estados do sudeste, 15% de outros estados do país, com predomínio do Nordeste (9%), e 4% de outros países. Já na Capital, dentre os 29% formados fora do estado, 19% vinham de estados do sudeste, 11% vinham de outros estados, com participação equivalente entre Sul e Nordeste (4% cada), e 1% de outros países. Os médicos do Qualis, portanto, contavam com uma participação mais elevada de médicos migrantes, principalmente de profissionais formados na região sudeste e nordeste, em relação aos médicos em atividade na Capital. Essa participação de médicos migrantes em trabalhos de mais difícil acesso, porém em regiões relacionadas com melhores oportunidades de emprego e de formação que nas regiões de origem, é amplamente compatível com os estudos existentes relacionados à migração médica.

Infelizmente, não existem dados relativos às Escolas de graduação dos médicos do PSF em 2004, o que possibilitaria uma discussão mais abrangente.

Em relação aos locais de nascimento, em 1999, 49,3% (57% dos dados conhecidos) dos médicos do Qualis e 76% dos médicos da Capital eram nascidos no Estado. Em 2004, 63% dos médicos do PSF estavam nessa situação, o que seria compatível com esse espraiamento da faixa etária, não apenas por conta de profissionais com idades mais avançadas, mas também com a ampliação da oferta das vagas para o conjunto do mercado de trabalho no município.

Quanto à qualificação formal dos médicos, em termos de especializações e residências, vale mais uma vez a observação relativa às metodologias de coleta. As informações dos médicos do Qualis foram coletadas no prontuário do médico no RH da instituição contratante, associado à revisão dos currículos lá disponíveis. Os demais dados – PSF e médicos em atividade na Capital em 2005 – foram provenientes de relatos de entrevistas.

Mesmo assim, dos médicos do Qualis em 1999, apenas 43% tinham concluído a Residência Médica, exatamente a metade do percentual referido pelo conjunto dos médicos da Capital (86%). Quanto à especialização, menos de 30% tinha realizado algum curso ou tinha título de especialista no Qualis, enquanto, para o conjunto dos médicos, esse percentual atingia 39%. Já para os médicos do PSF, apenas 37% concluíram alguma Residência Médica, percentual efetivamente muito baixo, mas compatível com o aumento significativo de médicos mais jovens. A principal Residência referida foi a de Pediatria (40% daqueles que possuíam residência), seguida de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia e, num percentual ainda pequeno, Saúde da Família. Chama a atenção terem sido relatadas, ainda que em percentual bastante reduzido, 14 outras especialidades, o que é um indicativo de uma diversidade muito grande de perfis profissionais atuando no PSF. Quanto à especialização, 52% dos médicos do PSF concluíram algum curso, aparecendo em primeiro lugar, com 9,5% do total, a especialização em Saúde da Família e, em sequência, Pediatria, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Saúde Pública, Ginecologia e Obstetrícia e mais 19 outras especialidades. Sob essa perspectiva, é possível que esteja havendo um incremento na formação especializada formal dos médicos, com o crescimento da Saúde da Família, porém com dispersão ainda muito grande e, evidentemente, com aprofundamento menor que o oferecido pela Residência.

Alguns dados merecem voltar a ser destacados relativamente a essa diversidade de profissionais que, em 2004, atuavam PSF. Em relação à experiência profissional, esse era o primeiro emprego para 30% dos médicos, número bastante expressivo e também compatível com o crescimento percentual de médicos mais jovens. Em relação às experiências profissionais, daqueles 70% que já tiveram experiência anterior, 95% já tinham atuado em mais de um tipo de serviço – hospitais, postos de saúde ou outras atividades, e existia um percentual razoável, cerca de 10%, provavelmente dentre aqueles mais experientes, que já haviam atuado em docência, o que também é um componente importante para a atividade a ser desenvolvida. A prática profissional majoritária foi exercida em Clínica Médica, seguida de Pediatria e Ginecologia, mas 43% atuaram em outras especialidades e 50% atuaram em mais de uma especialidade – uma concentração em áreas gerais, associada a uma dispersão grande por outras áreas, o que remete, de novo, à diversidade.

Outro achado importante foi a aparente alta rotatividade de profissionais, pelo tempo médio de atuação no projeto, o que, para um programa que pretende se sustentar no estabelecimento do vínculo com a comunidade, é evidentemente muito ruim. É de se perguntar se essa rotatividade se apresenta para todos os profissionais, nas diferentes faixas, ou tende a concentrar-se em determinados segmentos.

Não foi possível promover os cruzamentos adequados para responder a essas questões, mas algumas informações podem sugerir a existência de diferentes grupos. Por um lado, 33% dos médicos tiveram experiência anterior no PSF, o que é muito significativo. Por outro, 40% já tinham mais de três anos no PSF. Mesmo considerando, ainda, uma rotatividade elevada, é possível que já estivesse começando a se constituir uma massa de profissionais efetivamente vinculada a um projeto de trabalho relacionado ao PSF, o que seria muito importante para a consolidação de uma política pública na área.

Em resumo, havia cerca de 1/3 dos médicos para os quais essa era a primeira experiência profissional; também cerca de 1/3 já havia passado pela atividade de Saúde da Família, alguns com cinco ou mais anos de experiência, e cerca de 1/3 com enorme diversidade de experiências e expectativas a respeito do programa.

Nessa realidade, seria absolutamente fundamental para o sucesso da política a efetiva realização de um processo de educação permanente, não apenas para qualificar os profissionais, principalmente os mais novos, mas, principalmente, para intercambiar e afinar concepções e práticas a respeito do PSF, aproveitando inclusive as experiências interpares no processo educativo. Mesmo porque, considerando as normas de funcionamento e de trabalho do programa, tais atividades colocavam exigências mínimas de envolvimento psicoafetivo para o desempenho da função que permitisse diferenciá-lo, por exemplo, das atividades desenvolvidas em Prontos Socorros, ou em ambulatórios de medicina de grupo.

Entrevistas

Conforme já relatado na metodologia, por um lado os questionários aplicados apresentavam diferenças importantes em termos de extensão e de aprofundamento dos temas discutidos, ainda que fossem bastante semelhantes quanto aos objetos centrais das questões. Por outro lado, o que um questionário gerava em termos de aprofundamento e discussão do tema com os entrevistados, o outro possibilitava aplicação, em larga escala, e diversidade de respostas.

Entretanto, ainda que com algumas nuances significativas, ambos os estudos chegaram a respostas muito semelhantes entre si.

Assim, no que diz respeito à escolha da profissão, ela foi principalmente orientada pelo desejo de ajudar aos outros, por uma preocupação social importante, associadas à vocação, ao desafio, à identificação com a ciência e a biologia – essas, em geral, desenvolvidas na escola e, em alguns casos, a médicos próximos que serviram como exemplo, como modelo. Em alguns casos transparecia a expectativa de ascensão e de uma condição de vida melhor. Chamou a atenção no Qualis, que explorou também a história de vida pessoal, o relato, de quase todos os profissionais, de uma origem de classe média, média baixa, com pessoas que tiveram dificuldade para custear seus estudos, por um lado, mas que também tiveram experiências de vida relacionadas a atividades comunitárias ou a preocupações / atividades políticas ou sociais, por outro. Assim, ainda que não fosse um grupo de militantes políticos, ou que todos seguissem uma mesma ideologia, era um grupo com sensibilidade e, em alguns casos, envolvimento social importante.

Esse envolvimento vai se refletir, evidentemente, na adesão ao PSF. Essa identificação com a integralidade da atenção, trazida pela proposta, associada à possibilidade do trabalho com a comunidade, com as atividades educacionais, para além das práticas exclusivamente assistenciais, modelo considerado ideal para a saúde pública, resolutivo e humanizado, foram as justificativas mais frequentes para a opção pelo Qualis / PSF. Para o grupo Qualis, em particular, aparecia também o relato de uma insatisfação com as práticas anteriores, experiências de atendimento em medicinas de grupo e Prontos Socorros, em geral vistos como práticas incapazes de estabelecer uma relação mais próxima e continuada com os pacientes. Mas também foi referida a atratividade de uma relação de trabalho mais estável, com remuneração ade-

quada, e oportunidades de estudo e aprendizado. O grupo do PSF mantinha a profissão de fé com a proposta, com todas as suas variações, mas permitia a identificação de outros interesses – salário, estudar para a residência, oportunidade de conhecer uma coisa nova, que nunca havia experimentado; o desafio, a recuperação de uma prática tida como ideal, depois de aposentado. Nesse sentido, enquanto o grupo anterior parecia apresentar uma opção profissional mais definida, eventualmente mais amadurecida, em função de serem profissionais formados há mais tempo, o grupo do PSF municipal, que continuava referindo sua forte identificação com a proposta em sua maioria, permitia perceber também opções mais transitórias, mais diversificadas, como uma alternativa conjuntural dentre tantas, ou mesmo como uma etapa para alcançar outros objetivos.

Manifestou-se, tanto no Qualis, em perguntas diretas – O que é o Qualis para você?, como pelos discursos referentes aos interesses e à motivação para trabalhar no PSF, forte adesão à potencialidade dada pelo projeto / programa no desenvolvimento de oferecer atenção integral e humanizada a uma população necessitada. Entretanto, identificam-se, nessa concepção da atenção integral, diferentes nuances, desde a integralidade concebida como incorporação ao atendimento individual de aspectos preventivos, chegando até concepções mais ampliadas que entendiam a proposta como um novo modelo de saúde pública no qual, além da abordagem do indivíduo, pretendia-se também atuar sobre a família e a comunidade, não apenas em ações educativas, mas promovendo a cidadania, a organização da comunidade para uma melhoria global na qualidade de vida da população. Essa diversidade de concepções de integralidade traz, por um lado, um aspecto muito positivo em relação ao comprometimento com o cuidado e, de alguma forma, empodera o profissional para essa prática – colocam-no realizando uma atividade nobre, digna, socialmente justificada, mas, por outro lado, pode também se traduzir em práticas bastante diferenciadas e eventualmente contraditórias no seu exercício cotidiano.

Ainda, essas concepções difusas de integralidade podem ser fortemente questionadas quando se analisam os relatos da prática cotidiana dos profissionais do Qualis. A organização da agenda semanal e o envolvimento do profissional no conjunto das atividades davam conta de uma prática altamente concentrada nas atividades de atendimento clínico individual. Isso ocorria não só pela grande concentração nas atividades de consulta, o que seria de fato inevitável, mas também pelo pouco envolvimento dos médicos em atividades que permitiriam ao profissional conhecer e interagir melhor com a comunidade e com as famílias, como o cadastramento, relegado quase que exclusivamente aos agentes, ou como as visitas domiciliares, realizadas, na maior parte das vezes, para casos mais graves ou em situações de pacientes acamados.

Ao mesmo tempo, as concepções sobre as ações de planejamento e os registros para informação, se, por um lado, permitiam incorporar certa dimensão coletiva na prática, possibilitando identificar prioridades gerais, por outro, pareciam estar muito mais orientados e relacionados ao enfrentamento e à organização dos problemas do dia a dia, entendidos, com frequência, como reuniões diárias e semanais para organização de atividades.

Nesse sentido, os profissionais pareciam viver em constante tensão entre um modelo, uma proposta ideal (porém com aspectos bastante diferenciados para cada um deles) em relação a qual percebiam avanços e resultados positivos, principalmente nas relações mais humanizadas e continuadas com os usuários em atividades educacionais desenvolvidas, bem como articulações para melhorias sociais com algumas comunidades, e a realidade do conjunto do sistema de saúde, que não lhes garantia a referência e o suporte às necessidades da população que demandava continuamente consultas não programadas e desorganizava os fluxos propostos, além de suas próprias incompetências para dar conta do conjunto de questões e de problemas com os quais o programa se propunha a lidar.

É nesse sentido que se pode entender, também, a forte identificação que os médicos tinham com a equipe. Nessa relação, construíam-se todas as alternativas e partilhavam-se expectativas e frustrações no trabalho. Sem dúvida, o profissional percebia a sua dependência em relação ao agente para as atividades extramuros para sua compreensão da atuação junto à comunidade, como identificava a possibilidade efetiva de divisão de trabalho com a enfermeira, inclusive em

atividades assistenciais. Entretanto, como essa divisão também significava partilhar a decisão e o poder, às vezes essa situação também gerava conflitos importantes, principalmente para aqueles profissionais menos acostumados e menos envolvidos com o projeto.

Assim, os motivos de satisfação no trabalho estavam fortemente dirigidos, principalmente no Qualis, pelos resultados decorrentes de um atendimento continuado e de uma relação de longo prazo com a clientela, da autonomia para a prática em relação a experiências anteriores, além da satisfação com certas atividades específicas (grupos, visitas domiciliares) e articulações bem sucedidas com a comunidade. No PSF, aos aspectos relacionais possibilitados pelo programa – reconhecimento por parte da população, relacionamento intraequipe, interação com a comunidade, sentir-se útil e importante no trabalho realizado, bem como com alguns resultados alcançados, permitidos pela continuidade do cuidado, associava-se também a novidade da prática. A diversidade de ações desenvolvidas e a possibilidade de aquisição de novos conhecimentos e de atualização também foram referidas.

A insatisfação expressa era gerada por dois núcleos principais de questões: as condições diretas de trabalho, incluindo aí estrutura física, remuneração, medicamentos, pessoal despreparado, como também, com muita intensidade e ponto fundamental, a retaguarda para exames complementares e para encaminhamentos, e a alta demanda atribuída, principalmente, ao acolhimento. Apareceram também manifestações de insatisfação com a capacitação e queixas relativas à gestão, tensão intraequipe e referência de incompreensão por parte da população sobre os propósitos do programa. No Qualis apareceu, com muita intensidade, a ampliação do número de família por equipe, a impressão de um dimensionamento inadequado da equipe em relação à demanda e a implantação do acolhimento como elemento de desorganização do trabalho, além da já evidente insatisfação com a referência e contrarreferência. A frustração com a incapacidade de enfrentar o conjunto de problemas sociais com os quais as equipes se deparavam também começava a surgir como elemento importante.

As sugestões apresentadas eram decorrências dessas expectativas e insatisfações referidas. No Qualis, uma sugestão quase unânime referia-se à importância de expansão do projeto para toda a cidade e da vontade política para garantia de sua continuidade.

Apareceram também, como sugestões significativas, a necessidade de melhoria da referência e contrarreferência e da intensificação das parcerias com instituições universitárias, na perspectiva de se garantir tanto a qualificação necessária quanto as referências para os serviços de maior complexidade. Particularmente em relação à capacitação, essa aproximação era desejada para que as universidades também aprendessem com a realidade dos serviços, bem como se considerava necessária a instituição de processos de capacitação baseados em discussões e trocas de experiências interpares, entre os próprios profissionais das equipes. Apareceram também muitas sugestões relativas à ampliação das equipes com a inclusão de outros profissionais nas áreas em que os médicos apresentavam maior dificuldade: fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais e, eventualmente, a incorporação de pediatras.

Já no PSF, as sugestões não se alteraram muito, mas ganharam mais especificidade. Assim, além de sugestões relativas à disponibilidade de medicamentos e a melhorias de condições físicas de trabalho, surgiram também sugestões mais diretas relativas às questões trabalhistas – melhoria salarial, adicional para transporte, carreira, redução de carga horária. A necessidade de treinamento foi intensamente enfatizada, indo desde capacitações voltadas para temas específicos, passando por especializações em Saúde da Família e aparecendo também a sugestão para maior intercâmbio entre os profissionais, ou capacitações realizadas com profissionais mais experientes no PSF, no sentido de orientar o como fazer. O estabelecimento de fluxos e serviços de referência e contrarreferência também foi intensamente sugerido, assim como o acesso a especialistas e exames. Foi reiterada a importância de ampliação da equipe e do número de equipes por região. Algumas outras sugestões apontavam no sentido de estabelecimento de melhor planejamento das ações e da adoção de protocolos de prática, e da implantação de mais serviços de Pronto Atendimento próximos às Unidades de Saúde da Família, como mecanismos de reduzir a demanda do acolhimento, e o desenvolvimento de campanhas de orientação à população sobre o funcionamento do PSF. Finalmente, enquanto alguns refe-

riram a necessidade de retomar as propostas iniciais do programa, outros sugeriram a incorporação definitiva de outros especialistas, dada à impossibilidade do médico de família em deter todas as competências necessárias para desenvolver as tarefas que lhe eram colocadas. Conforme se observa, o conjunto de sugestões apresentadas evidenciava a mesma tensão entre projeto idealizado e realidade profissional e do sistema, voltadas fundamentalmente para o como fazer, com a diferença que, no momento inicial, a grande questão estava centrada na continuidade / ampliação do projeto com os mesmos problemas percebidos anteriormente; outros voltados para a gestão e operação de um programa com uma dimensão muito maior que a anterior e, que, na verdade, as atividades foram expandidas, sem resolver os problemas anteriormente colocados. O Projeto contava, em 2004, com uma diversidade de parceiros e profissionais muito maior e, portanto, com uma necessidade de articulação muito mais ampla, em termos de integração do PSF com a rede, com as instâncias formadoras, com os parceiros e com as expectativas dos profissionais envolvidos.

Quanto à perspectiva de futuro profissional, mais uma vez Qualis e PSF se pareceram muito. Aparentemente, por óbvio que isso pareça, podiam ser identificados três padrões básicos: aqueles que desejavam continuar no Qualis ou no PSF, a absoluta maioria; alguns, para além da continuidade simples, pretendiam contribuir com o desenvolvimento do programa e sua expansão; outros, inclusive, desejavam aprimorar seus conhecimentos e realizar especializações, Mestrado e até docência específica na área. Esse comprometimento mais profundo podia ser mais identificado entre os médicos entrevistados do Qualis, até porque a participação deles na entrevista foi mais dirigida e a entrevista se desenvolveu com maior profundidade. Uma variação desse grupo foi representada por aqueles que queriam continuar inclusive com uma dupla militância, atuando tanto como Médico de Família quanto em outra especialidade fora do PSF.

Uma segunda categoria referia-se àqueles que pretendiam continuar enquanto estivesse bom, enquanto tivessem disposição para o trabalho, enquanto estivessem aprendendo. Referiam gostar da proposta, mas identificavam suas limitações e trabalhavam no sentido de um enriquecimento pessoal, mas não se viam nessa atividade em longo prazo.

Finalmente, alguns, em menor quantidade, mais frequentes no grupo do PSF, em 2004, estavam no projeto de passagem, esperando a oportunidade para outra inserção: residência, trabalho melhor etc.

Chamou a atenção, entretanto, a alta identificação com a proposta relatada pelo conjunto dos profissionais bem como os altos índices de satisfação referidos. Tal padrão de resposta não seria compatível com serviços considerados apenas transitórios, um "bico" para sobrevivência, enquanto não encontravam um melhor posto de trabalho. É muito provável que um número muito grande de médicos que estava no PSF não se dispusesse a atuar durante toda sua carreira profissional nessa área, não apenas pela remuneração, mas também por uma perspectiva de evolução limitada no longo prazo, além, evidentemente, do desgaste decorrente de trabalhar durante muito tempo e muito próximo a populações significativamente carentes. Caberia, portanto, ao gestor, ser capaz de identificar aqueles efetivamente comprometidos com a proposta e possibilitar estratégias de sustentação e retenção desses profissionais, desenvolvendo não apenas mecanismos de atração de curto prazo, mas estratégias para que, aqueles que se identifiquem com o programa, possam ser bem recebidos e adequadamente capacitados desde o início, mas também que tenham, de fato, perspectivas de crescimento e desenvolvimento em longo prazo.

REFERÊNCIAS

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marsiglia RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079 - Prodoc. Atenção Básica, São Paulo, 2005. Relatório de Pesquisa).

Machado MH [coord]. Perfil dos médicos no Brasil: Brasil e Grandes Regiões em números. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. 215 p.

CAPÍTULO 2
Os Enfermeiros em Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Cássio Silveira

1. OS ENFERMEIROS DO PROJETO QUALIS – 1999

Identificação

Todos os enfermeiros entrevistados, na pesquisa de avaliação do Projeto Qualis (Jatene et al., 1999) eram do sexo feminino. O intervalo de idade das entrevistadas variou, da mais nova, de 23 anos de idade, à mais velha, com 51 anos de idade.

Somente duas das enfermeiras tinham origem na cidade de São Paulo; as demais se dividiam entre o interior e outros estados. O tempo de residência em São Paulo, entretanto, era longo para a maioria, mesmo para aquelas que vieram de fora, o que demonstrava experiência de vida e alguns conhecimentos sobre a cidade. Somente uma das entrevistadas morava na região de desenvolvimento das atividades de trabalho, há muitos anos.

A maioria concluiu sua graduação em enfermagem nos anos 1990, com exceção de uma, formada nos anos 1970. A formação de todas foi complementada com algum tipo de educação em pós-graduação, seja especialização (administração hospitalar, saúde pública e outras mais específicas) ou Mestrado (pediatria social).

As experiências anteriores de trabalho variaram desde os níveis de atenção em saúde no setor público até experiências de docência no ensino superior e trabalhos de consultoria em enfermagem. Somente duas enfermeiras eram recém-formadas e sem experiência de trabalho em enfermagem.

O maior tempo de experiência de trabalho no Qualis era de dois anos, e de menos de um ano para outras. Poucas, ainda, desenvolviam atividades fora do trabalho no Qualis (educadora sanitária, ensino e trabalho voluntário, por exemplo), sendo a dedicação, portanto, exclusiva.

Indagadas sobre se a formação profissional anterior havia preparado para o trabalho, as respostas dividiram-se entre aquelas que consideravam que houve preparo para o exercício das funções, seja no curso de graduação, seja nas especializações cursadas; outras que achavam que não, porque o trabalho no Qualis se diferenciava de qualquer outro e não foi incluído nos currículos ainda; e aquelas que acreditavam que, em parte, tinham sido bem formadas e estariam tendo a complementação no Qualis com a educação continuada oferecida.

O projeto, na visão das Enfermeiras

As enfermeiras entrevistadas apresentaram uma visão ampliada do Qualis, quando indagadas acerca de sua concepção. Por exemplo, foram considerados os tipos de ação em saúde, desenvolvidos pelas equipes, como uma nova "forma de fazer saúde", a qual trata de maneira preventiva a saúde das pessoas, com foco na unidade familiar. Nesse sentido, o trabalho consistia em acompanhar as famílias em suas residências, em vários momentos, desde o contato individual até as atividades comunitárias (reuniões, por exemplo), procurando estabelecer vínculos sólidos entre serviço e população assistida. Num plano mais abstrato, considerando o Qualis como uma abordagem, o projeto atenderia aos ideais da saúde pública. A integralidade na atenção à saúde foi considerada importante pelas enfermeiras entrevistadas, e sua expressão, muitas vezes, apresentada das seguintes maneiras: "*atender integralmente os indivíduos*"; "*ver a pessoa por inteiro*"; "*integralidade na saúde pública*"; "*atender a comunidade como um todo*" A prevenção estaria associada à ideia da integralidade, e foi descrita como envolvendo ações cujos sentidos estavam definidos pela atuação em área delimitada, pelo exercício do trabalho em equipe, e pela atenção em todos os níveis de assistência.

Sobre a origem da ideia do Qualis foram apontadas algumas matrizes regionais e internacionais, como exemplos de experiências realizadas e tomadas como modelo. Do exterior, foram citados os exemplos de Cuba e, também, o modelo do Canadá. Ambos foram apresentados sem informações sobre suas características, nos planos organizacionais e de concepção de saúde. Outras entrevistadas apresentaram a experiência realizada na região Nordeste do Brasil, como modelo seguido pelo Qualis. Teria, então, iniciado com a atuação dos agentes de saúde e, também, com os médicos de família, que serviram de exemplo de atuação em saúde comunitária. Outras enfermeiras acreditavam que o modelo surgiu na cidade de São Paulo, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), citando, inclusive, o Dr. Adib Jatene como precursor, na zona Leste da cidade.

Quanto às justificativas para a implantação do Qualis, primeiramente merecem destaque algumas "falas" que indicavam as necessidades em saúde da população: "*mudar a situação de saúde, diminuindo a mortalidade infantil*", por exemplo. Com o modelo, seria possível, também, "*chegar mais perto do povo e saber de suas dificuldades*". Nesse sentido, as orientações preconizadas pelo SUS seriam atendidas. Também foram citadas experiências anteriores que, de certa forma, teriam aberto o caminho para a formulação e implantação do Qualis. Por exemplo, a experiência do médico de família, nos anos 1990, no estado de São Paulo, e a experiência do município de Chapecó, em Santa Catarina, com a proximidade criada entre médicos que habitavam as regiões da comunidade assistida. A integralidade permeava as falas das entrevistadas, já que os modelos expostos foram considerados como tentativas de abordagens em saúde da comunidade, cuja orientação seria a de contemplar a totalidade das necessidades das pessoas. Algumas entrevistadas, entretanto, não conheciam as justificativas que fundamentaram o Qualis.

Para muitas das entrevistadas, a iniciativa de realização do Qualis partiu do Dr. Adib Jatene, então Ministro da Saúde, no início dos anos 1990. Citaram, também, algumas experiências no interior do estado do São Paulo e, também, a contraposição do modelo de organização dos serviços de saúde apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o PAS – Plano de Atendimento à Saúde, cujos princípios não seguiam as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Foram, também, referidas as reuniões do médico David Capistrano, da médica Socorro e da enfermeira Carminha, que constituíam o Grupo de Coordenação do Qualis, e as experiências realizadas na zona Leste, principalmente com a Santa Marcelina, como fatores que levaram à formulação e implantação do projeto, considerando a sua implantação em regiões pobres e com necessidades evidentes. Aqui, também, algumas entrevistadas não souberam responder.

Sobre as entidades que encabeçaram a proposta foram citadas: a Casa de Saúde Santa Marcelina, a Fundação Zerbini, a Secretaria de Estado da Saúde e a comunidade, por meio de suas organizações e movimentos de reivindicação.

Com relação às semelhanças ou diferenças existentes nos Qualis de Itaquera, Vila Nova Cachoeiri-

nha e São Lucas (Sapopemba), as entrevistadas, de forma geral, não percebiam diferenças entre eles, já que o modelo implantado era o mesmo. Segundo elas, havia diferenças nas características da população, porém não explicitadas. Houve, também, aquelas enfermeiras que não conheciam as outras unidades que operavam com o Qualis.

Sobre conhecer as instituições envolvidas nos Qualis, as entrevistadas citaram as organizações públicas estatais de saúde nos níveis federal (Ministério da Saúde) e estadual (Secretaria de Estado da Saúde). Foram, também, lembradas organizações que, historicamente, trabalhavam na área da saúde: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, movimentos populares e a Pastoral do Menor. Também houve aquelas que não souberam responder a questão.

Quando indagadas sobre a existência de outros programas de agentes comunitários de saúde, como o programa de Saúde da Família, em outros locais do Brasil, novamente a experiência ocorrida no Nordeste brasileiro foi evocada como importante passo na constituição desse tipo de estratégia no país. O município de Betim, Minas Gerais, também foi levantado como exemplo, além das cidades de Chapecó e Joinvile, em Santa Catarina.

A relação do Qualis – semelhanças e diferenças – com os exemplos citados acima, para as enfermeiras, existia em duas formas. Por um lado, as semelhanças eram encontradas na proximidade que procuravam manter com as famílias, "*dividindo o conhecimento com a comunidade*", à medida que passavam o "*olhar dos profissionais*" para a população; a semelhança estaria, também, na sua característica de assistir "*comunidades carentes*". Por outro lado, referiram também o fato de que, em ambos os Qualis, as "*comunidades são carentes*". A carência, nesse caso, era a de serviços de saúde que, quando existiam, não permitiam o acesso, devido ao excesso de demanda; a diferença poderia ser encontrada nos programas implantados no Nordeste do país, local onde o número de agentes comunitários de saúde seria maior e poderia absorver a demanda antes da procura pela rede de serviços. Em relação às diferenças, as características da realidade sócio-sanitária apresentadas ao Qualis diferiam em quantidade e qualidade dos programas de Saúde da Família encontrados em regiões rurais ou de baixa densidade demográfica; o modo de vida dos agentes, nesse caso, rural ou urbano, diferia no trabalho e nas ações de saúde desenvolvidas, além de não contarem com o suporte de uma rede mais extensa e complexa de assistência à saúde. Houve, também, entre as enfermeiras, aquelas que não souberam responder.

Com relação aos conhecimentos sobre a saúde, conforme a Constituição Brasileira de 1988, a maioria das enfermeiras não respondeu, pois desconhecia o assunto. Respostas vagas, tais como "*é universal*" ou, até mesmo, a confusão com o evento periódico que reunia representantes de níveis de governo, grupos de profissionais em saúde, associações populares e representantes do setor empresarial, denominado Conferência Nacional de Saúde. Somente três enfermeiras responderam sobre aspectos essenciais que definem o capítulo Saúde da Constituição de 1988: unificação dos serviços de saúde, nos três níveis de gestão pública dos serviços, participação popular nas decisões e, fundamentalmente, o germe do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando indagadas sobre a existência de alguma relação entre o Qualis e o SUS, as enfermeiras dividiam-se. Por um lado, aquelas que não acreditavam existir relação direta entre ambos; nesse caso, apontaram as diferenças nas condições de trabalho, sem oferecer maiores informações sobre isso. Por outro lado, entre aquelas que percebiam a existência de relações, o sistema de saúde era apontado como sendo um só e que, portanto, Qualis e Secretaria de Estado da Saúde pertenceriam a um só Sistema.

Assim, não haveria diferenças para a população que deveria ser assistida em todas as unidades de serviços. O Qualis era também a retaguarda do SUS, o primeiro encaminhamento em saúde, uma abordagem mais próxima à população, mas pertencente ao Sistema como um todo.

Sobre a implantação do Qualis numa cidade com tantos recursos como São Paulo, havia as enfermeiras que acreditavam na importância de instituir o Qualis em São Paulo, porque seria a única possibilidade de assistir a população sem que ela precisasse ir para os níveis secundários e terciários; ou seja, havia necessidade de prevenção e de diminuição dos gastos com atendimento hospitalar. Nessa linha de raciocínio,

havia também aquelas que acreditavam que, mesmo havendo muitos serviços em São Paulo, ainda havia pessoas que não tinham acesso a eles. Esse foi um aspecto bastante enfatizado pelas enfermeiras, que apontavam, inclusive, a desarticulação entre os serviços, ou mesmo a ausência de serviços em determinadas regiões, indicando a desigualdade. As pessoas que tinham acesso à atenção primária, mas suas condições gerais de vida não permitiam um pleno desenvolvimento de suas condições de saúde, obrigavam o Qualis a servir à população, também, na assistência curativa. Mesmo assim, o Qualis era visto como um "*marco na saúde brasileira*", pois trouxe à tona a saúde pública.

Sobre o que representaria, para o Qualis, a equipe de Saúde da Família, a primeira imagem indicada era a de célula principal do programa. Seria, portanto, o centro do programa que reunia os profissionais e tornava o trabalho diferenciado, já que "*permitia uma atuação integral à saúde*" e o estabelecimento do elo com a população. O conceito de integralidade no atendimento assumia um caráter essencial, quando evocado o trabalho em equipe. Assim, o trabalho no Qualis não estaria centrado na pessoa, mas na equipe de trabalhadores. Isso fica muito claro na fala transcrita a seguir:

> *"Eu vejo a equipe como um todo, desde o agente e o médico até a diretoria; as pessoas que prestam serviço aqui ela é a base, ela é a ponte de integração. Porque quando a gente fala do agente, do auxiliar, a gente busca capacitar essas pessoas para que falem a mesma linguagem, então ela seria um canal para essa família."*

Atividades profissionais desenvolvidas no programa

As enfermeiras foram convidadas a falar sobre suas atividades de trabalho. Mais objetivamente, foi-lhes perguntado sobre o que é ser enfermeiro da família. A principal informação verificada nas falas era o caráter de inovação em trabalhar diretamente com famílias. Ou seja, tratava-se de um trabalho novo, nunca experimentado pelas entrevistadas, e que permitia o desenvolvimento de atividades já anteriormente desejadas como, por exemplo, o acolhimento de pacientes fora da agenda estabelecida e o encaminhamento com toda a equipe; conhecer as pessoas e ser reconhecido como profissional do bairro; trabalhar com as prioridades estabelecidas: recém-nascidos, hipertensos e diabéticos. As atividades exigiam grande esforço das profissionais com dedicação "*quase exclusiva*" ao trabalho de consulta, supervisão e reuniões. Algumas enfermeiras indicaram um vínculo emocional bastante acentuado com o trabalho: "*ser enfermeira de família é ser um pouquinho de tudo; é ser um profissional e amigo; aquele que dá o ombro para chorar; é poder ver a vida de um outro jeito, em um outro âmbito*". Já outras colocavam as dificuldades das enfermeiras na atuação com as famílias, pois não estariam preparadas para essas atividades de Saúde da Família.

As principais diferenças citadas com o trabalho anterior desenvolvido pelas enfermeiras foram: o trabalho em hospital torna o foco no paciente algo individual; o trabalho em Pronto Socorro não permitia o acompanhamento do paciente. Identificavam, também, a possibilidade de aprofundar-se na história do paciente, fazendo, inclusive, parte dessa história. *"No trabalho tradicional, a gente não tinha população delimitada; não havia levantamento epidemiológico; hoje nós temos instrumentos em mãos; sei quem são os pacientes e quais são seus problemas e assim dá para trabalhar".* Assim, o trabalho da enfermeira não se limitava apenas às atividades mais burocráticas, mas passavam a atuar em um papel inovador.

O funcionamento do trabalho em equipe ocorria da seguinte forma: algumas enfermeiras ainda cumpriam o papel de organizar o serviço; fundamentalmente, os agentes de saúde iam às ruas para fazer as visitas domiciliares, todos os dias; as enfermeiras permaneciam nas unidades praticando a supervisão; os médicos praticavam as consultas; as auxiliares atuavam dentro e fora da unidade. Médicos e enfermeiras também faziam visitas, só que necessitavam organizar a agenda de consultas para não deixar a unidade desfalcada.

Grupos de relacionamento no âmbito do trabalho

Com relação às atividades dos médicos, as enfermeiras descreviam que, normalmente, ficavam muito presos ao consultório, pelo excesso de demanda. Também saíam em visitas domiciliares, principalmente para assistir aos acamados, atuavam nos grupos educativos para a população e para os Auxiliares de Enfermagem. As enfermeiras expressaram ter, no profissional médico, um ponto de apoio importante para as discussões dos casos.

A articulação do trabalho do médico com as enfermeiras promovia o planejamento das atividades. A troca de informações entre esses dois profissionais acabava por ser uma atividade essencial na condução dos processos de trabalho, principalmente porque acompanhavam os pacientes diariamente. Muitas vezes o trabalho era realizado em conjunto, inclusive com algumas consultas conduzidas em dupla.

Com relação às atividades dos Auxiliares de Enfermagem, ficava claro que as auxiliares "*fazem de tudo um pouco*". Tanto dentro quanto fora da unidade, a auxiliar de enfermagem acabava por desenvolver várias atividades de trabalho: sala de vacina, sala de urgência, medicação, coleta de exames etc. Algumas ficavam restritas ao trabalho na unidade, outras dividiam as atividades internas com as visitas.

Em relação à articulação do trabalho dos Auxiliares de Enfermagem com as enfermeiras, ambos se complementavam, na visão das enfermeiras. Apesar de desenvolverem atividades predominantemente de cunho prático, as auxiliares complementavam o trabalho das enfermeiras, sempre sob as determinações por elas estabelecidas. As auxiliares davam apoio às atividades em geral, desenvolvidas na unidade.

Com relação às atividades dos agentes de saúde, segundo elas, os mesmos representavam o elo principal entre a equipe e as famílias: *"é o grande pivô do trabalho"; "abre a casa das pessoas para a equipe. A pessoa tem a porta aberta, abre a porta porque fica amiga. Também incentiva as pessoas, agenda as consultas"*. Os agentes traziam os conhecimentos sobre os problemas existentes na área, conheciam as pessoas e possibilitavam ao serviço estabelecer suas ações.

> *"É uma questão do vínculo, só o fato deles estarem morando na comunidade, conhecendo a real necessidade da comunidade e essa questão mesmo do intercâmbio, da unidade básica, da comunidade, a questão da orientação mesmo, a questão educacional; educação à população porque é importante."*

Quando comparados os trabalhos dos auxiliares com os dos agentes de saúde, ficava claro que o papel dos agentes estava restrito às visitas domiciliares, salvo em alguns casos em que havia trabalhos internos na unidade, como as reuniões, por exemplo. O auxiliar fazia procedimentos internos de enfermagem, incluindo tarefas para as quais as enfermeiras não tinham tempo. Do ponto de vista técnico, às auxiliares era permitido o desenvolvimento das atividades de medicação, curativo e coleta de material para exame. Ao agente só era permitida a atividade de visita domiciliar e a divulgação das informações dentro da unidade, com vistas ao planejamento das atividades.

No caso de necessidade de resolução de dúvidas dos auxiliares e dos agentes, eles procuravam a enfermeira. Quanto às auxiliares, já era tradicional a relação de subordinação técnica às enfermeiras. Os agentes também acabavam ficando mais próximos das enfermeiras, mas procuravam os médicos para dirimir suas dúvidas ou passar informações. Apesar disso, o mais comum era procurarem as enfermeiras.

As articulações entre as equipes de Saúde da Família com os outros profissionais de saúde da rede de serviços ocorriam, normalmente, durante as orientações oferecidas pela coordenação regional do Qualis. No geral, os encaminhamentos das equipes eram recebidos pelos especialistas. Havia fluxos estabelecidos, em determinados serviços com fluxos específicos para a execução do atendimento. Particularmente, havia alguns casos em que faltava comunicação: os pacientes eram encaminhados, mas o serviço não recebia respostas acerca daquele problema específico. Faltava também atendimento odontológico em algumas unidades.

Sobre a composição e o tamanho da equipe de Saúde da Família, dois posicionamentos críticos puderam ser observados: por um lado, o número de

famílias determinado para ser assistido pelas equipes era muito grande; por outro lado, os objetivos e metas do programa eram muito abrangentes para serem cumpridos.

> *"Com a demanda crescendo e o número de famílias ampliando, fica complicado prestar um serviço de qualidade, como é a proposta do Qualis; um serviço onde você tenha um tempo para estar visitando, dando a educação, as palestras ou outras atividades; então, o que nós temos observado de um tempo para cá é uma sobrecarga, precisa de uma equipe maior, de um modo geral, se esse trabalho tiver de ser ampliado, com certeza precisa de mais pessoas para estar somando esforços."*

Quanto à composição da equipe, não houve nenhuma consideração crítica. Pelo contrário, sua composição parecia ser ideal para a prestação de serviços às famílias.

Indagadas sobre a possível falta de algum profissional na equipe, um conjunto importante de falas explicitaram a necessidade de pessoal em saúde mental, seja através das referências estabelecidas pelo serviço, seja na própria unidade. A demanda por pessoal de saúde mental era considerada fundamental, e tinha sua justificativa nos casos observados de ausência de estrutura familiar, por exemplo. Outros profissionais eram também apontados, tais como fisioterapeuta, assistente social, Auxiliares de Enfermagem e médicos, em alguns casos, entre outros.

Dentro desse conjunto de informações, foram extraídas algumas sobre se as atribuições e responsabilidades dos membros da equipe que estavam bem definidas. Havia consenso com que as atribuições estavam bem definidas. Todos acreditavam, entretanto, salvo em alguns casos específicos, que faltavam alguns ajustes.

Indagadas sobre os recursos financeiros e materiais que o projeto envolvia, nenhuma enfermeira soube responder, atribuindo esse conhecimento – e responsabilidade – à diretora da unidade. Houve algumas considerações a respeito da ausência de recursos humanos e materiais pela insuficiência de recursos financeiros. Quanto à origem dos recursos e sua quantidade, as enfermeiras arriscavam o palpite de que os recursos vêm do SUS, por meio de repasse da SES às parceiras que desenvolviam o projeto. Houve referências à ausência de materiais para o desenvolvimento dos trabalhos: medicamentos, balanças e autoclaves, por exemplo. Outras enfermeiras não tinham ideia de onde vinham os recursos e acreditavam que o volume era suficiente.

Função e importância do programa para a população

As razões sobre a escolha da região de implantação do Qualis traziam um ponto comum entre as enfermeiras: as carências sofridas por esses segmentos da população de São Paulo poderiam ser amenizadas com o programa. Algumas delas não sabiam os motivos da implantação, e outras informaram que existiu pressão popular na sua formação. Nesse caso, a carência de equipamentos de saúde aliada à existência de tradição dos movimentos populares na região promoveu uma articulação importante para o estabelecimento nas áreas em questão. Por fim, para essas enfermeiras, não havia indícios de que tenha havido estudos populacionais e epidemiológicos que dessem suporte às definições das áreas.

Com relação aos principais problemas de saúde da população da área, percebiam-se dois indicativos: o primeiro, demográfico, com alto número de pessoas idosas e, um segundo, epidemiológico, que indicava um conjunto de portadores de doenças crônico-degenerativas bastante grande, além de hipertensos e diabéticos. A visão das enfermeiras ia além dos dados mais imediatos e abria para outros problemas relacionados às condições de saúde, conforme explicitado no trecho a seguir:

> *"... da realidade do país, aqui é uma foto reduzida; nós temos falta de educação, falta de trabalho, falta de lazer, falta de emprego, e isso é uma bola de neve; além de tudo isso, tem a questão das drogas, já não bastasse todo esse emaranhado de coisas, vem um fator a mais – a droga traz a violência, a violência física mesmo, à morte brutal; aqui morrem adolescentes;*

em final de semana prolongado vários adolescentes vão embora. E por quê? Porque não têm atividade, não têm lazer, não têm educação."

Os mapeamentos feitos nas áreas de trabalho contribuíam ao planejamento e, também, ao conhecimento mais aprofundado dos problemas.

Sobre quais problemas de saúde o Qualis pretendia atuar, as enfermeiras responderam que, a princípio, todos os problemas. Seguindo o planejamento, podiam trabalhar somente com o que se estabeleceu como prioridade – por exemplo, gestantes, hipertensão e diabetes – dentro da atenção básica. O que ultrapassasse a competência era encaminhado para outros níveis de atenção: pequenas cirurgias, por exemplo. O foco quase sempre presente nas falas era a prevenção.

As enfermeiras relataram conhecer o conjunto de atividades e serviços previstos no programa. O princípio era o trabalho com foco na prevenção, mas tratamento e recuperação também estavam previstos. O planejamento interno da equipe ocorria nas unidades, e as capacitações também, o que permitia a aquisição de conhecimentos sobre o programa.

Com relação à ampliação do Qualis, inclusive com a formação de novas unidades, havia informações de que estava prevista a ampliação tanto de unidades quanto dos serviços prestados, dentro de algumas unidades já existentes.

Quando arguidas sobre se todos os serviços necessários à população eram oferecidos, a expressão negativa foi a mais comum entre as entrevistadas. Faltavam, segundo elas, serviços nos três níveis de atenção. Mais especificamente, *"falta investigação diagnóstica*", atendimento hospitalar etc. A atenção básica (vacinação, consultas etc.) estava coberta, mas os outros níveis precisavam existir ou, os que já existiam, necessitariam ser ampliados. De forma geral, as enfermeiras sentiam a falta de alguns serviços, apesar da expansão promovida pelo SUS.

A articulação do Qualis com a rede da SES e demais serviços / equipamentos existia, de fato, nessas unidades do Qualis, principalmente no que se refere ao encaminhamento para as especialidades nas unidades de referência. Havia, também, troca de informações e serviços com outros postos de saúde. Em alguns casos, foram citadas articulações com outros equipamentos, tais como Circo Escola e outros mais.

Os resultados esperados do Qualis para a população eram, na opinião dessas enfermeiras, no geral, o impacto que o programa poderia gerar em termos de benefícios à saúde. *"Mostrar que há um serviço de qualidade"*. Essa é uma frase que resumia a intenção das enfermeiras no Qualis: *"Garantir à população que o serviço funciona e a população passa a acreditar"*. Os exemplos concretos seriam: diminuição dos índices de mortalidade, cuidar das diarreias, dos hipertensos e doentes crônicos em geral. As unidades Qualis em questão ainda eram novas, mas as enfermeiras acreditavam que o impacto seria possível, em médio prazo. Acreditavam, também, que a população estava satisfeita com o Qualis, apesar de existirem aqueles que ainda não entendiam muito bem o que era o Qualis e desejavam soluções rápidas em consultas, por exemplo. Conhecer, acolher e cuidar dessa população: esses eram, segundo as enfermeiras, os objetivos do Qualis.

Sobre se as pessoas gostavam do atendimento desenvolvido pelo Qualis, a maioria das respostas foi positiva: *"a população gosta dos serviços prestados*". Elogiavam as equipes e, principalmente, as visitas domiciliares. A estratégia de trabalho, que permitia que as pessoas fossem reconhecidas como pessoas e que seus problemas de saúde fossem conhecidos pelas equipes, fazia a diferença com relação à satisfação da população. Em alguns casos gostavam mais do médico da equipe, talvez porque confiassem mais. Também havia o indicativo de que podiam gostar porque não havia nenhum outro serviço disponível na área.

As críticas ao Qualis eram indicadas, principalmente, pelo não atendimento imediato, quando solicitado na unidade. O prazo para a agenda do médico podia variar de 20 a 30 dias. A demanda para os médicos era excessiva e, por isso, havia brigas, confusões etc. As pessoas, segundo elas, confundiam o atendimento de atenção básica com um Pronto Socorro.

A participação da população no desenvolvimento dos trabalhos no Qualis podia ocorrer de duas maneiras: por um lado, em reuniões organizadas dentro da unidade para a qual eram convidadas pessoas que, de alguma forma, representassem a comunidade, ou

mesmo pessoas interessadas em ouvir e discutir a organização do serviço; por outro, era o da formalização dessas reuniões, na formação de um Conselho Gestor. Nesse último, a participação não era tão assídua. Houve referências a casos em que a população era considerada "passiva" e não tinha interesse em participar. Num caso específico, havia reuniões mensais e um boletim informativo à população. Nas reuniões eram apresentados o cronograma de trabalho e as informações mais importantes para o desenvolvimento do trabalho.

A prática do trabalho: estabelecimento de contato

Indagadas sobre o motivo de procurarem trabalho no Projeto Qualis, as entrevistadas fizeram alguns comentários sobre o que imaginavam ser o programa. As respostas eram variadas e abarcavam desde um ideal e um gosto em trabalhar com saúde pública, até experiências de trabalhos anteriores, que fizeram pensar questões mais ampliadas sobre saúde como, por exemplo, trabalhar com reabilitação de deficientes e o contato necessário que se devia ter com as suas famílias. Havia também a afirmação de que o programa era uma novidade muito grande e importante, que gerou oportunidade de emprego para os enfermeiros. A correlação com os trabalhos em educação foi outro fator apontado, já que a promoção em saúde era uma das atividades essenciais no Qualis. Foram muitos os depoimentos que demonstravam experiências anteriores com saúde pública e todo o envolvimento e compromisso dessas enfermeiras com os trabalhos em saúde, particularmente em atenção básica. Tratar a saúde da população assumia um significado muito maior e mais importante do que tratar a doença de pacientes, conforme a fala transcrita a seguir:

> *"... era um projeto que colocava tudo aquilo que eu mais gosto de fazer: consulta de enfermagem, visita domiciliar, contato com a saúde da população, e não só trabalhar com a doença."*

A seleção das candidatas ao trabalho foi feita, em sua maioria, a partir do envio de currículo e entrevistas individuais. Em alguns casos, antes da entrevista individual, foi realizada dinâmica de grupo entre as candidatas, as quais foram classificadas segundo a análise das atividades.

A prática do trabalho: treinamento

Sobre a realização de treinamento para o serviço, no geral, as enfermeiras não foram capacitadas para o desenvolvimento do trabalho antes de assumirem o posto; o treinamento foi oferecido durante o desenvolvimento das atividades profissionais. Houve um treinamento introdutório e, posteriormente, sua continuidade, além de capacitação específica, tal como o cuidado com crianças menores de um ano. Em alguns casos, foi realizado o treinamento inicial de uma semana e, em seguida, os postos de trabalhado foram ocupados pelas enfermeiras. Havia, portanto, o indicativo de que, no início, não houve um treinamento introdutório para todas as candidatas selecionadas; houve desenvolvimento segmentado dos treinamentos, tendo variação de caso para caso.

A pergunta sobre a conclusão do treinamento foi respondida com a expressão "educação continuada". Havia treinamentos bem específicos, realizados dentro da própria unidade de saúde, com os especialistas, por exemplo.

A avaliação do treinamento recebido, no geral, foi de que ele possibilitou preparação para o trabalho. Preparou-as porque ofereceu conhecimentos novos e necessários ao desenvolvimento das atividades. Algumas enfermeiras reclamaram por não terem tido treinamento inicial, o que as impediu, por exemplo, de trocar experiências com outros profissionais, conforme trecho da fala transcrito, a seguir:

> *"No início nós não tivemos treinamento. Mas depois sinto que preparou para a qualidade do trabalho, para ter mais segurança; para ter relações com outros colegas e com outras equipes; a maioria dos médicos nunca havia trabalhado com enfermeiras, por exemplo."*

Os primeiros meses de trabalho foram avaliados pelo ângulo da dificuldade que as enfermeiras encon-

traram para desenvolver suas atividades. Expressões bastante fortes, tais como *"horríveis", "angustiantes", "torturantes" e "ansiosos"* foram acompanhadas de duas explicações: por um lado, a ausência de uma estrutura completa para desenvolver as atividades (falta de contratação das auxiliares, por exemplo); por outro lado, a dificuldade de adaptação ao novo trabalho pelo fato de trabalharem anteriormente em hospitais. O fato de ter sido uma novidade em termos de programa de saúde, a inovação trouxe uma série de problemas que necessitavam ser corrigidos e adaptados às características das populações em foco. Houve, por exemplo, confrontos com a população que não entendia qual era a forma de funcionamento e os objetivos do programa. As enfermeiras indicaram, também, o desconhecimento sobre a realidade das áreas onde trabalhariam, dificuldade que, aos poucos, foi sendo resolvida pelo contato e desenvolvimento das atividades do trabalho.

Convidadas a falar sobre quais treinamentos elas proporiam para os enfermeiros recém-contratados, as enfermeiras dividiram a opinião em dois caminhos: por um lado, aquelas que primeiramente ofereceriam um curso teórico para desenvolver conceitos importantes à formação para o trabalho em saúde pública, a saber, os conceitos de saúde, doença e uma visão epidemiológica da realidade da população; a proposta do programa também seria discutida, além de noções de planejamento e capacidade para detectar problemas. Por outro lado, as enfermeiras que apontaram a necessidade de se fazer, primeiramente, um treinamento prático que as levasse ao encontro da realidade que seria trabalhada, voltando posteriormente à teoria para poder entender o que acontecia naquilo observado. Outras enfermeiras indicaram a necessidade de treinamento em saúde mental e sobre o papel do enfermeiro no Programa Qualis.

Quanto à maneira como foram recrutados os Auxiliares de Enfermagem, as enfermeiras, em alguns casos, participaram diretamente nos processos de recrutamento e seleção, que foram realizados da mesma maneira: análise de currículo e entrevistas para definição das ocupantes dos postos de trabalho. Em outros casos, o recrutamento foi realizado pela coordenação e os postos, preenchidos.

No caso do recrutamento dos agentes de saúde, foi realizada uma prova e havia exigência de formação no ensino médio para poder concorrer à seleção. Depois da prova, houve uma entrevista e a seleção dos candidatos.

Com relação ao treinamento oferecido aos auxiliares, há vários casos relatados de não realização de treinamento. As que relataram sua realização indicaram, primeiramente, o ensino de conhecimentos sobre o programa e, posteriormente, a capacitação técnica para lidar com pacientes e materiais dentro da unidade de saúde e dos domicílios.

No caso do treinamento dos agentes de saúde, foi-lhes oferecida, pelas enfermeiras, uma capacitação mais geral sobre suas atividades e alguns conhecimentos mais específicos, sobre tuberculose, por exemplo. Foi realizado, também, um trabalho de adaptação ao trabalho, trabalho em grupo e o trabalho na forma de reuniões.

Sobre os treinamentos e o preparo desses trabalhadores para o Qualis, as enfermeiras mostraram-se um pouco reticentes com relação ao processo interno de capacitação. Seriam necessárias, ainda, segundo elas, capacitações que permitissem ampliar conhecimentos e melhorar a atuação. Para iniciar foi bom, mas a continuidade seria fundamental.

Atividades cotidianas:

informações e registros das atividades

Indagadas sobre a existência de um sistema de informações sobre o projeto e se o mesmo atendia às necessidades da administração, as enfermeiras indicaram o SIAB (Sistema de Informação na Atenção Básica). Havia uma produção diária de informações que eram registradas, em alguns casos, nos formulários próprios do SIAB, mas que não eram ágeis e tomavam muito tempo das atividades profissionais de atenção à saúde. O sistema também não contemplava todas as atividades desenvolvidas, no trabalho do Qualis, necessitando aprimoramento tecnológico. Em alguns casos, o SIAB ainda estava sendo implantado, o que impossibilitou comentários mais precisos.

As atividades exclusivas das enfermeiras eram registradas da seguinte forma: havia uma ficha na qual eram registradas as condutas, também denominada de Boletim de Produção Diária; o prontuário dos pacientes também era um meio de registro das informações relacionadas às queixas e aos procedimentos adotados. Foi citado, também, um mapa diário com o registro de todas as atividades desenvolvidas.

A utilização dos registros pelos trabalhadores e sua finalidade estavam circunscritas, normalmente, à equipe. Os médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde tinham que tomar ciência da produção. Também foram citados os gerentes, os coordenadores das instituições parceiras, mas, nesse caso, eram enviados os condensados mensais para verificação da produção, avaliação da cobertura e do custo total do projeto.

Quanto à relação dos registros com o sistema de informações do projeto, as enfermeiras indicaram que servia ao controle da produção e que, depois, eram transportados para o SIAB. Registravam e transportavam o número de consultas, de visitas domiciliares, levantamento de cobertura de prioridades, número de cadastrados e patologias prevalentes, entre outras informações. A verificação do custo do atendimento seria um exemplo da análise dos resultados da produção. Algumas entrevistadas não sabiam a finalidade das informações ou mesmo a relação entre os registros diários e o SIAB.

Atividades cotidianas: a organização do trabalho

O planejamento do trabalho em equipe e a determinação de sua periodicidade eram realizados em reuniões semanais, em alguns casos; noutros, em reuniões mensais. Houve alguns relatos de reuniões diárias de trabalho que serviam ao planejamento. Foi citado que, normalmente, a programação seguia um cronograma pré-estabelecido, de acordo com as prioridades da área.

Sobre a existência de consenso ou de conflitos dentro da equipe, as enfermeiras indicaram que sempre haverá conflito e que, por isso, o trabalho é em equipe: para solucionar em conjunto os problemas. Expor suas ideias, colocar seus entendimentos e sentimentos, conversar para resolver, foram as expressões mais comuns encontradas em suas falas.

O trabalho da enfermeira, do ponto de vista individual, obedecia a uma escala que, via de regra, era estabelecida mensalmente. Em alguns casos, havia um planejamento semanal que acrescentava, inclusive, a agenda para utilização dos espaços de trabalho disponíveis dentro da unidade. Era comum, na organização do trabalho das enfermeiras, a distribuição diária de tarefas: por exemplo, dia de consultas, dia de visitas etc. Importante ressaltar que o planejamento das enfermeiras não podia ser individual, porque boa parte das atividades de trabalho era realizada em conjunto ou dependia de outros trabalhadores.

O trabalho estava estruturado e era realizado em equipe, fato que acabava por determinar uma articulação entre os trabalhadores, como indicado no trecho a seguir:

> *"Eu nunca planejei sozinha o meu trabalho, sempre planejo com a equipe em geral porque não dá pra eu me planejar; um trabalho está articulado com o outro. (...) Não dá para eu trabalhar, vamos supor, com um hipertenso, não se trabalha somente aquilo. (...) Trabalha-se com o agente comunitário, com o auxiliar de enfermagem e com o médico de família."*

Sobre se conseguiam realizar tudo aquilo que planejavam, no geral, as enfermeiras não conseguiam cumprir a totalidade daquilo que fora planejado, por falta de tempo. Os motivos eram: excesso de demanda na unidade, atividades extras que surgiam no decorrer da semana etc. Trabalhar com o indivíduo, a pessoa e a família trazia um acúmulo de atividades diversificadas que demandava o uso de um tempo bastante extenso no trabalho. As que conseguiam cumprir aquilo que havia sido planejado colocavam no trabalho em equipe a resposta para o bom desempenho no cumprimento das atividades de trabalho.

Na realização das atividades de trabalho, a utilização de material de orientação parecia ser comum entre as enfermeiras. Havia as que utilizavam material produzido dentro da unidade por elas mesmas, levantamento de bibliografia e outros textos, roteiros de atendimento conforme os ciclos de vida, agendas

para cada trabalhador, além dos materiais utilizados na formação continuada. Também havia referências à não existência de material escrito e, nesse caso, a enfermeira partia da experiência própria.

Quanto à determinação das tarefas a serem executadas na unidade, as enfermeiras colocavam na equipe a diluição do comando das atividades cotidianas. As reuniões, o planejamento comum das atividades e o consenso criado nas equipes acabavam por determinar as tarefas que cada um teria que cumprir. Mas havia, também, o papel exercido pelas gerentes de unidade que, apesar das decisões conjuntas tomadas pelas equipes, acabavam por determinar tarefas e atividades a serem executadas. Os funcionários das organizações que coordenavam o Qualis, por exemplo, tinham ascendência sobre os profissionais de saúde e determinavam atividades a serem desenvolvidas.

As decisões chegavam às enfermeiras em reuniões ou por meio do consenso gerado entre os trabalhadores. A decisão em conjunto, segundo as enfermeiras, gerava consenso no planejamento e na execução das atividades de trabalho.

O relacionamento entre os membros da equipe, com a direção da unidade e com a coordenação foi considerado muito bom. Essa foi uma afirmação comum entre as entrevistadas. As enfermeiras informaram manter bom relacionamento com médicos, auxiliares e agentes de saúde.

As argumentações apresentadas iam no sentido de valorizar as amizades criadas, mas, também, o bom relacionamento profissional servia como mediador das atividades desenvolvidas em conjunto. Com a direção da unidade e a coordenação da região, as relações também eram boas.

No caso de dúvidas ou problemas no trabalho, as enfermeiras recorriam a três pessoas, normalmente: às colegas enfermeiras, aos médicos ou à direção técnica da unidade. Discutir com a equipe também era uma forma comum de encaminhamento.

Com relação aos meios necessários para o desenvolvimento do trabalho, as enfermeiras foram diretas na resposta: faltavam muitas coisas. Faltava espaço para atendimento, faltavam materiais de trabalho, faltavam medicações, faltavam profissionais especialistas, faltavam meios de locomoção para as visitas domiciliares, faltavam equipamentos médicos, materiais didáticos etc.

Sobre se o trabalho poderia ser mais bem realizado, ou mais bem aproveitado, as enfermeiras indicaram a necessidade de um planejamento mais eficiente: por exemplo, melhorar a administração do tempo para as atividades. O volume do trabalho, sendo muito grande, impossibilitava cumprir a programação estabelecida, primeiramente.

Dimensões do trabalho: indivíduo e família

Os tipos de atendimentos mais frequentes, no dia a dia, eram os casos de hipertensão, diabetes, gestantes, puericultura, crianças com febre e infecção nas vias respiratórias. Havia o acolhimento de casos eventuais que surgiam na unidade, tais como crianças com verminose.

A distribuição do tempo entre as atividades que realizavam tinha sua definição nas reuniões que ocorriam semanalmente. Algumas trabalhavam da seguinte maneira: distribuíam o tempo da semana em três partes – consultas, visitas domiciliares e educação continuada na unidade. As reuniões também tinham de entrar na agenda semanal das enfermeiras.

Com relação à atividade que mais agradava às enfermeiras, a distribuição era muito variada, indicando prazer em trabalhar com as faixas etárias dos idosos e das crianças, ou participar dos grupos de trabalho (caminhadas, por exemplo) ou mesmo das visitas domiciliares, consultas praticadas na unidade e vacinas.

A consulta de enfermagem foi bem aceita pela população. Havia um protocolo estabelecido e seguido nas consultas. No início, disseram algumas enfermeiras, a população não aceitava bem essa situação; depois foram se acostumando com as consultas de enfermagem, inclusive com apoio dos médicos.

A análise das enfermeiras sobre seu trabalho junto ao indivíduo, à família e à comunidade indicou que não havia muitos problemas na condução de seu trabalho.

Primeiramente, é interessante observar o comentário de que não era possível separar a pessoa da

família. *"A pessoa chega e eu não consigo deixar de ver a família"*, era a afirmação que colocava o foco do trabalho na unidade familiar. A dimensão da comunidade já oferecia mais problemas no desenvolvimento dos trabalhos. A dificuldade estava em não conseguir trabalhar os conceitos de saúde fora dos espaços do indivíduo e da família. Algumas enfermeiras argumentaram que tinham dificuldade em conseguir com que as pessoas pensassem e praticassem o autocuidado. No geral, a aceitação das pessoas com relação às intervenções do Qualis era boa, assim como no caso particular dos trabalhos das enfermeiras.

O local onde o trabalho da enfermeira era mais desenvolvido: as consultas realizadas na unidade e as atividades nas visitas domiciliares.

A divisão do trabalho entre os membros da equipe obedecia às decisões tomadas em grupo, normalmente. Também eram respeitadas as especificidades de cada categoria profissional ou a necessidade e urgência em determinadas situações.

Sugestões e perspectivas

Com relação ao cumprimento dos objetivos do Qualis, as enfermeiras tinham uma visão muito positiva dos trabalhos desenvolvidos e de seus resultados. Havia a percepção do impacto provocado pelo programa sem, contudo, fundamentá-lo numa avaliação mais precisa de seus resultados. Aos poucos, a população ia entendendo como funcionava e quais eram seus objetivos, ainda que faltassem coisas essenciais ao seu pleno desenvolvimento: medicamentos, por exemplo. Elas eram mais cautelosas com relação ao futuro do Qualis: não sabiam dizer o que poderia acontecer.

O desenvolvimento do projeto, na visão das enfermeiras, estava indo bem. Faltavam alguns pontos de melhoria, mas, no geral, estava caminhando. Melhorar o problema das verbas destinadas ao projeto, por exemplo, poderia melhorá-lo mais ainda. O reconhecimento da população era um retorno extremamente importante e mereceu destaque na perspectiva das enfermeiras. Apesar da falta de recursos e da ausência de um planejamento que indicasse onde seriam implantadas mais unidades do Qualis, as enfermeiras sentiam-se satisfeitas com o trabalho desenvolvido.

As chances de consolidação do programa na cidade de São Paulo, na opinião delas, eram grandes. Havia vontade da coordenação central e da comunidade que, por seu lado, estava cobrando a expansão. Para isso, também, haveria a necessidade de vontade política dos governantes. As enfermeiras sentiam-se com "as mãos na massa", mas precisavam de apoio para a continuidade do projeto. A expansão também era vista com certas reservas, já que necessitaria ir além de uma simples forma de recrutamento e seleção dos trabalhadores; seriam necessários investimentos na formação de recursos humanos para trabalharem no programa. A expansão do programa na cidade de São Paulo era desejada, assim como no Estado.

O que mais agradava às enfermeiras, no projeto, era poder trabalhar "*a pessoa por inteiro*". Nesse sentido, diziam ser possível dar continuidade ao tratamento e verificar a evolução dos casos. Assim, o trabalho direto com a comunidade trazia satisfação e humanizava as atividades de assistência à saúde. O trabalho em equipe também satisfazia as enfermeiras.

O que menos agradava as enfermeiras? Essa pergunta propiciava um conjunto bastante variado de problemas. Foram indicadas as cobranças de produção, a falta de referência para encaminhar pacientes, o excesso de demanda para assistência, as reclamações de algumas famílias que não eram visitadas, a falta de recursos para o projeto, a intolerância das pessoas por não serem atendidas na hora, e a burocracia que existia em algumas atividades.

Se houvesse que mudar alguma coisa no Qualis, as enfermeiras propuseram algumas mudanças no programa, como diminuição do número de famílias por equipe, diminuição do número de famílias por agente, destinar mais verbas para ter mais cobertura nas áreas, investimentos em recursos de informação (informatização), melhorar a capacitação dos membros das equipes e, internamente, mudar o acolhimento. Quanto à satisfação dos outros funcionários, parecia haver consenso na satisfação e nos problemas apresentados anteriormente.

O maior desafio do projeto apontado pelas enfermeiras era poder levá-lo a fundo, conhecendo as

famílias e trabalhando seus problemas dentro das possibilidades existentes. Consideravam o trabalho de Saúde da Família de vanguarda, mas com atraso tecnologicamente. A boa cobertura das famílias dependeria, ainda, de uma boa qualificação técnica e boa extensão na cobertura das famílias. Mudar a situação da mortalidade, o perfil de adoecimento da comunidade, também era um grande desafio.

Quanto à afirmação de que o Qualis representava um modelo de reorganização da assistência à saúde no país, de forma geral, as enfermeiras concordavam com isso, já que o projeto beneficiava pessoas, e elas estavam gostando. A situação de abandono a que estavam relegadas as pessoas foi superado com a implantação do Qualis. Algumas acreditavam que havia limites nessa afirmação, pelas dificuldades políticas sentidas e, também, pela falta de recursos.

Perguntadas sobre quais fatores contribuíram para que o Qualis recebesse prêmios e passasse a ser evidenciado dentro do sistema de saúde, as respostas iam da indicação da novidade no tipo de atendimento prestado, na assistência integral à população e nas pessoas que, por ele, trabalharam, desde o início (das lideranças aos trabalhadores).

Sobre a expansão do Qualis, as enfermeiras respondiam que seria uma decisão política e dependeria também da manutenção das articulações com os níveis federal e estadual e com as organizações parceiras. Os recursos financeiros, humanos e técnicos eram essenciais. A absorção dessa experiência, pela rede da SES, era vista como possível pelas enfermeiras, não em curto prazo, porque, para isso, seria necessária uma experiência maior, lideranças mais ágeis e comprometidas.

Com relação aos planos profissionais e ao futuro de cada uma como trabalhadora, as enfermeiras responderam que o trabalho no Qualis permitiu a aquisição de grande experiência profissional. Umas acreditavam que permaneceriam no Qualis; outras, não por muito tempo. Fazer saúde pública era possível no Qualis, o que possibilitava a ampliação dos conhecimentos e a aquisição de experiências que, em outras unidades, ou níveis de atenção, elas não conseguiriam. Partir para cargos de coordenação ou para a formação nos níveis de Mestrado e Doutorado também era desejado.

2. OS ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF 2004

(Marsiglia et al., 2005; Silva et al., 2004)

Características sócio-demográficas, formação e trabalho no PSF

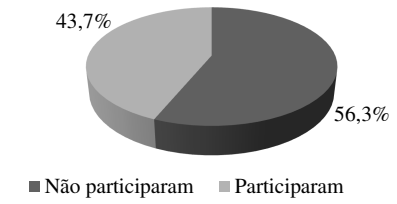
Os enfermeiros que atuavam no Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo em 2004 somavam um total de 792 profissionais.

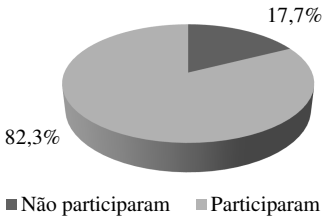
A inserção desses enfermeiros, no Programa, efetivava-se sob duas modalidades: uma primeira, da qual participava a maior parte desses profissionais, compondo as equipes de Saúde da Família ao lado do médico, dos Auxiliares de Enfermagem e dos agentes comunitários, tendo sob sua responsabilidade cerca de 1.000 famílias residentes em determinada área do território. Uma segunda forma de inserção desses enfermeiros era representada pelo acompanhamento, pela supervisão e pelo treinamento de agentes comunitários de saúde, constituindo equipes análogas às do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em que um número variável de agentes, sob a supervisão de um enfermeiro, era responsável por algumas ações de saúde, para uma determinada população. Essa segunda situação e esse tipo de equipe, segundo depoimentos de técnicos da Coordenação do PSF, foram considerados como uma etapa provisória, por ocasião da implantação do PSF sob responsabilidade municipal, mas acabaram permanecendo em virtude da insuficiência de recursos financeiros para completá-las com os médicos, com os Auxiliares de Enfermagem e com os demais enfermeiros necessários para que se tornassem equipes completas de saúde família.

A atuação desses profissionais, na composição das equipes, é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações do PSF, do município de São Paulo. Participaram da pesquisa, realizada pela SMS / Unesco, 346 profissionais, ou seja, 43,7% do total dos enfermeiros do Programa, distribuídos em 163 unidades de PSF, ou 82,3% do total no município (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual dos Enfermeiros e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
PROFISSIONAIS			
Não participaram	446	56,3%	
Participaram	346	43,7%	
Totais	**792**	**100,0%**	
USB			
Não participaram	35	17,7%	
Participaram	163	82,3%	
Totais	**198**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
334	12		





Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

O conjunto de profissionais enfermeiros, em 2004, era predominantemente feminino. Verifica-se, na Tabela 2, que 89,0% eram mulheres para 11,0% de homens.

Quanto à idade, era maior o percentual na faixa de 30 até 39 anos: 36,2%. As faixas de até 20 anos e de 21 a 29 anos apresentavam 12,8% e 29,7%, respectivamente. Era, portanto, um conjunto de profissionais ainda jovens (Tabela 3).

Os casados constituíam o grupo maior: 44,3%. Havia, também, um conjunto expressivo de solteiros (38,2%) e de divorciados (10,7%) (Tabela 4).

O percentual de enfermeiros que não tinha nenhum filho era de 42,7%. Os que possuíam de 1 a 2 filhos eram 45,0%. Assim, o perfil etário apresentado anteriormente indicava um conjunto de adultos jovens que ainda não estavam casados e que, muito possivelmente, teriam baixo número de filhos também (Tabela 5).

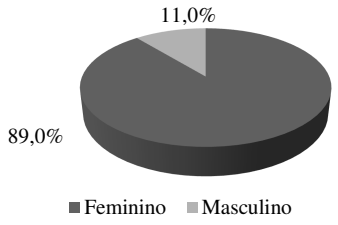
Predominaram os enfermeiros nascidos na cidade de São Paulo, fato possivelmente explicado pela oferta de postos no mercado de trabalho na capital, além do número de escolas de enfermagem existentes. Chamaram a atenção aqueles nascidos em outros estados e que estavam radicados na cidade de São Paulo. Os nascidos no interior eram 20,8% dos entrevistados, um número expressivo (Tabela 6).

Quanto ao tipo de escola da graduação, em sua maioria (59,3%) foram graduados em escolas superiores privadas, e 40,7% em escolas públicas (Tabela 7).

Foi expressivo o número dos que terminaram a graduação nos últimos quatro anos (34,3%). Entretanto, aqueles formados no intervalo de 5 a 14 anos superaram o percentual anterior: 40,1% (Tabela 8).

Tabela 2. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo sexo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Feminino	306	89,0%	
Masculino	38	11,0%	
Totais	**344**	**100,0%**	

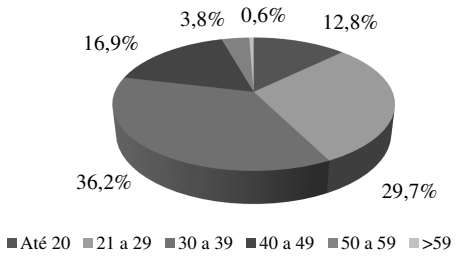


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
344	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 3. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Até 20	44	12,8%	
De 21 até 29	102	29,7%	
De 30 até 39	124	36,2%	
De 40 até 49	58	16,9%	
De 50 até 59	13	3,8%	
Acima de 59	2	0,6%	
Totais	**343**	**100,0%**	

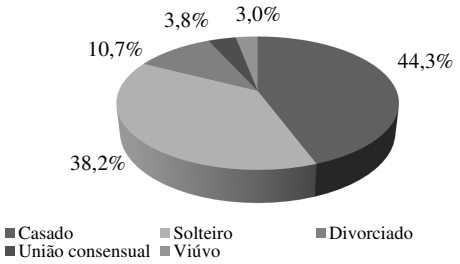


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
343	3

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 4. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Casado	150	44,3%	
Solteiro	129	38,2%	
Divorciado	36	10,7%	
União Consensual	13	3,8%	
Viúvo	10	3,0%	
Totais	**338**	**100,0%**	

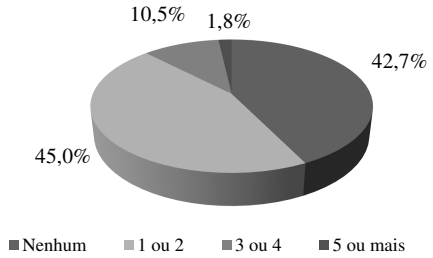


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
338	8

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 5. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo o número de filhos, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Nenhum	146	42,7%	
1 ou 2	154	45,0%	
3 ou 4	36	10,5%	
5 ou mais	6	1,8%	
Totais	**342**	**100,0%**	

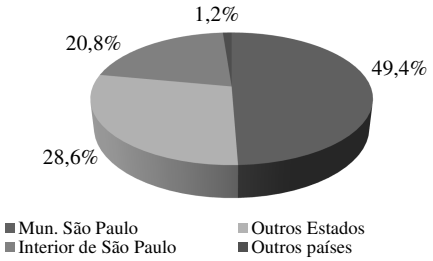


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
342	4

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 6. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Município de São Paulo	164	49,4%	
Outros Estados	95	28,6%	
Interior de São Paulo	69	20,8%	
Outros países	4	1,2%	
Totais	**332**	**100,0%**	

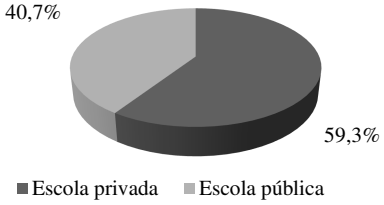


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
332	14

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 7. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tipo de escola de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Escola privada	198	59,3%	
Escola pública	136	40,7%	
Totais	**334**	**100,0%**	

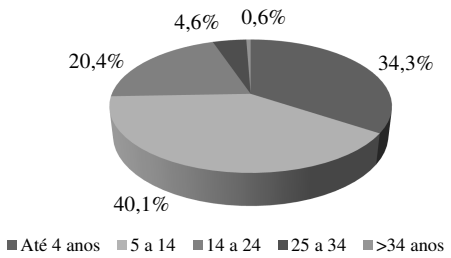


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
334	12

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 8. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de formação do nível de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Até 4 anos	113	34,3%	
De 5 a 14 anos	132	40,1%	
De 15 a 24 anos	67	20,4%	
De 25 a 34 anos	15	4,6%	
Acima de 34 anos	2	0,6%	
Totais	**329**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
329	17		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Havia um conjunto expressivo de formados em cursos de especialização: 67,3%. Era uma porcentagem alta e importante, que demonstrava a busca, pelos profissionais, por cursos de capacitação para o aprimoramento no trabalho (Tabela 9).

Nessa etapa de formação dos profissionais, apenas 4,0% dos enfermeiros referiram residência em enfermagem. Há que se considerar, porém, que a oferta de vagas para residência em enfermagem era muito pequena (Tabela 10).

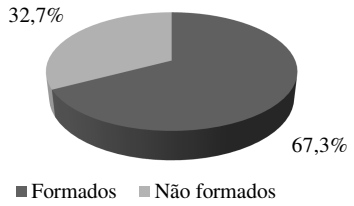
Também nesse nível de formação havia, como no anterior, um baixo grupo com formação em Mestrado: 0,9% dos entrevistados. Não havia, também, entre os enfermeiros do PSF, nenhum atuando em atenção básica com o título de Doutor (Tabela 11).

As regiões Sul e Leste concentraram o maior percentual de enfermeiros: 33,3% e 25,8%, respectivamente. Também eram duas regiões da cidade que concentravam o maior número de profissionais contratados para trabalhar no PSF (Tabela 12).

O automóvel particular era o meio de transporte da maioria dos entrevistados (73,0%). Ônibus / lotação tinham em segundo lugar, com 26,9% de ocorrências (Tabela 13).

Tabela 9. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de Especialização, no PSF/SMS/SP, 2004.

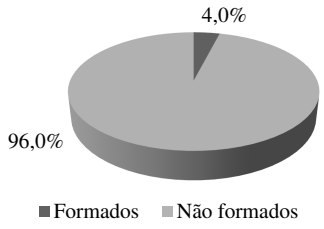
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Formados	233	67,3%	
Não formados	113	32,7%	
Totais	**346**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
346	0		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 10. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de Residência, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Formados	14	4,0%	
Não formados	332	96,0%	
Totais	**346**	**100,0%**	

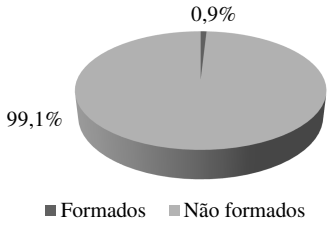


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
346	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 11. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo formação em Mestrado, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Formados	3	0,9%	
Não formados	343	99,1%	
Totais	**346**	**100,0%**	

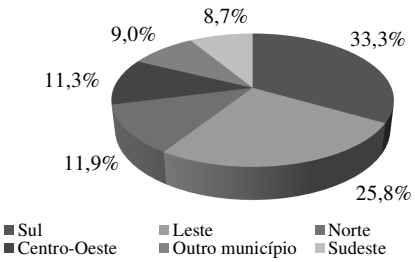


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
346	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 12. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Sul	115	33,3%	
Leste	89	25,8%	
Norte	41	11,9%	
Centro-Oeste	39	11,3%	
Outro município	31	9,0%	
Sudeste	30	8,7%	
Totais	**345**	**100,0%**	

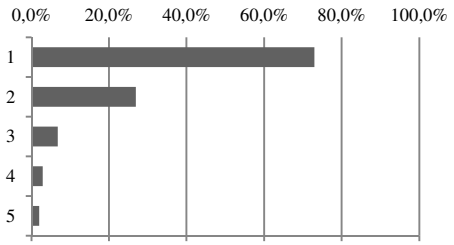


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
345	1

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 13. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Carro	247	73,0%	
Ônibus / Lotação	91	26,9%	
Metrô	23	6,8%	
A pé	10	2,9%	
Trem	7	2,0%	
Total	**378**		
Mais de uma ocorrência	40		
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
338	8		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Local de moradia e condições de acesso ao local de trabalho

O tempo gasto para o deslocamento residência-trabalho não era tão longo, se consideradas as condições normalmente ruins de trânsito da cidade de São Paulo. A faixa de tempo de menos de 30 minutos foi indicada por 39,5%, e a faixa de 30 minutos a 1 hora, por 39,0% dos enfermeiros do PSF (Tabela 14).

Condições de inserção no PSF

O tempo de trabalho no PSF demonstrou concentração nas faixas de 1 a 2 anos (51,9%) e de 3 a 4 anos (30,0%). Eram, pois, profissionais que não atuavam há tanto tempo no Programa. Há que se considerar, também, que o PSF era novo em vários distritos da cidade (Tabela 15).

Havia o predomínio da contratação pela CLT (81,1%), seguida da estatutária com complementação pela CLT (18,0%) (Tabela 16).

Quanto à participação no curso de capacitação Introdutório (Momento I), verifica-se, na Tabela 17, que foi grande, mas, mesmo assim, não houve a cobertura total dos enfermeiros (88,7%), conforme recomendado. Já o curso Ciclos de Vida (Momento II) foi frequentado por 56,0% dos entrevistados.

A experiência profissional em outras unidades do PSF era muito baixa, o que, mais uma vez, demonstrou o perfil etário ainda jovem e recém-formado do enfermeiro do PSF. Os que nunca trabalharam eram 74,6% do total, e os que tiveram experiência anterior, 16,9%, os quais atuaram em apenas uma unidade. Os que tiveram experiência em duas unidades foram 7,6% (Tabela 18).

Entre os que tiveram experiência anterior, havia uma justa divisão de 50,0% para os que a tiveram fora do município e 50,0% para os que a tiveram dentro do município de São Paulo (Tabela 19).

A maioria dos enfermeiros do PSF indicou atuar somente num local de trabalho (78,4%). Os que informaram atuar em dois apareceram em segundo lugar, com 21,3% dos casos (Tabela 20).

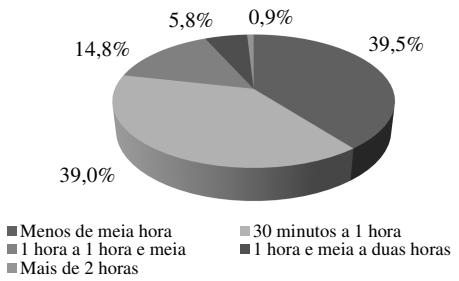
Esse é um dado importante que demonstra haver uma trajetória bastante comum entre esses profissionais no mercado de trabalho: 65,2% tiveram experiência profissional em outras organizações (Tabela 21).

A organização hospitalar parece ter sido a primeira opção para esses trabalhadores no mercado profissional (86,0%). Em seguida, a experiência de atuação em postos de saúde (43,4%) e a atividade docente (39,4%) (Tabela 22).

Tabela 14 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de meia hora	136	39,5%
30 minutos a 1 hora	134	39,0%
1 hora a 1 hora e meia	51	14,8%
1 hora e meia a 2 horas	20	5,8%
Mais de 2 horas	3	0,9%
Totais	**344**	**100,0%**

Representação gráfica



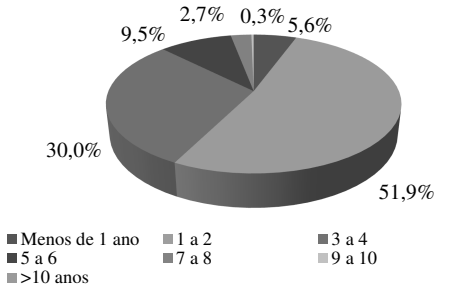
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
344	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 15. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de 1 ano	19	5,6%
De 1 a 2 anos	175	51,9%
De 3 a 4 anos	101	30,0%
De 5 a 6 anos	32	9,5%
De 7 a 8 anos	9	2,7%
De 9 a 10 anos	1	0,3%
Mais de 10 anos	0	0
Totais	**337**	**100,0%**

Representação gráfica



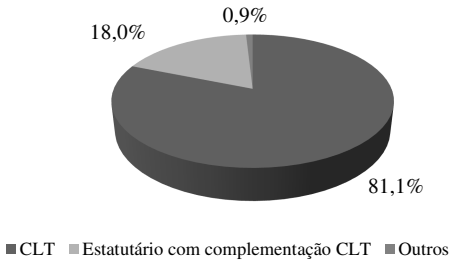
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
337	9

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 16. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
CLT	279	81,1%
Estatutário com complementação CLT	62	18,0%
Outros	3	0,9%
Totais	**344**	**100,0%**

Representação gráfica



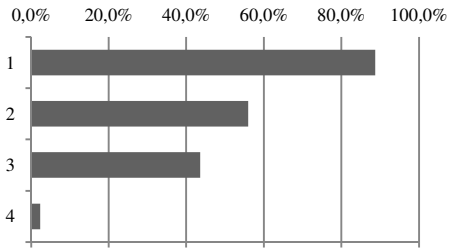
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
344	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 17. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Momento I - Introdutório	299	88,7%
Momento II – Ciclos de vida	189	56,0%
Outros	147	43,6%
Nenhum	8	2,3%
Total	**643**	
Mais de uma ocorrência	306	

Representação gráfica



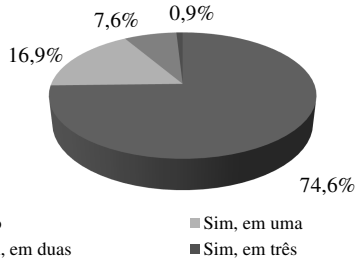
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
337	9

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 18. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Não	257	74,6%
Sim, em uma	58	16,9%
Sim, em duas	26	7,6%
Sim, em três	3	0,9%
Sim, em mais de três	0	0,0%
Totais	**344**	**100,0%**

Representação gráfica



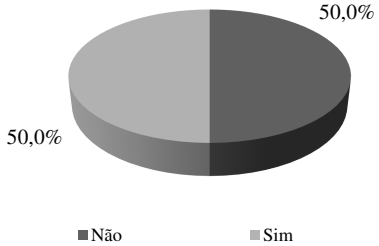
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
344	2

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 19. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Não	42	50,0%
Sim	42	50,0%
Totais	**84**	**100,0%**

Representação gráfica

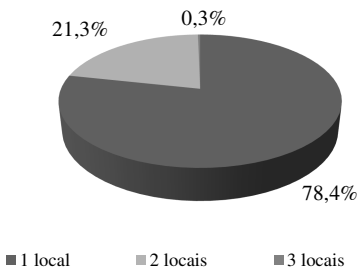


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
84	3

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 20. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
1 local	262	78,4%	
2 locais	71	21,3%	
3 locais	1	0,3%	
4 ou mais locais	0	0	
Totais	**334**	**100,0%**	

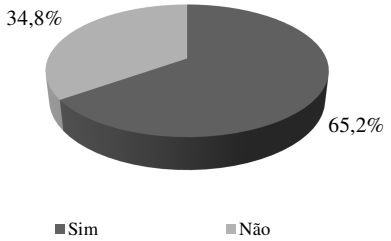


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
334	12

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 21. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo experiência profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Sim	221	65,2%	
Não	118	34,8%	
Totais	**339**	**100,0%**	

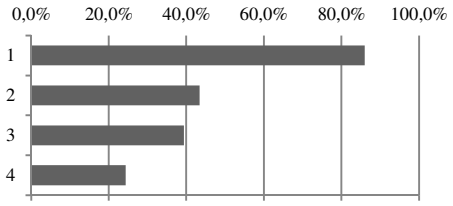


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
339	7

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 22. Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Hospitais	190	86,0%	
Posto de Saúde	96	43,4%	
Outros	87	39,4%	
Docência	54	24,4%	
Total	**221**		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

As percepções sobre o trabalho no PSF

Entre os instrumentos de coleta de dados utilizados pela SMS / Unesco junto aos profissionais de enfermagem, foi aplicado um conjunto de seis perguntas abertas com o objetivo de conhecer suas percepções sobre o universo do trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF). Também procurava coletar opiniões sobre as condições objetivas de trabalho, as relações intraequipe e com a comunidade, o processo de trabalho e um levantamento das expectativas em relação ao futuro profissional.

A apresentação e a discussão desses resultados estão aqui divididas da seguinte forma: uma parte inicial, com os principais tópicos que indicaram a satisfação em relação ao trabalho, os principais aspectos que expressaram a insatisfação em relação ao trabalho e as sugestões colocadas pelos enfermeiros. A descrição dos dados neste bloco permitiu compor um quadro das percepções dos trabalhadores enfermeiros do PSF. A segunda parte foi composta pelos seguintes tópicos: a escolha da profissão de enfermeiro, o(s) porquê(s) de trabalhar no PSF e os planos para o futuro. Tais títulos permitiram aprofundar um pouco mais no significado do trabalho do enfermeiro no PSF, buscando-se, com isso, acrescentar considerações acerca das representações sobre o trabalho de enfermagem em saúde e o trabalho em atenção básica no PSF. Por fim, as Considerações Finais.

Satisfação, insatisfação e sugestões

Satisfação no trabalho

Ao serem indagados sobre o que lhes trazia mais satisfação no trabalho, os enfermeiros indicaram um conjunto de respostas que permitiram traçar um quadro ampliado da valorização sobre o trabalho no PSF.

Inicialmente, podem ser destacadas considerações acerca da relação entre os profissionais e os usuários / comunidade. Por exemplo, atender às necessidades básicas dos usuários por meio de ações educativas, preventivas e de promoção de saúde assumiu importância significativa no discurso dos enfermeiros. Segundo eles, a qualidade de vida da comunidade melhorava e o usuário acabava por valorizar o trabalho no PSF; havia, por conseguinte, reconhecimento do trabalho por parte da comunidade. A consequência era a formação de vínculos afetivos com os pacientes, já que a aproximação com as famílias por meio do trabalho era grande. O acolhimento oferecido aos usuários era por eles reconhecido e sua atitude era de gratidão.

O trecho de discurso apresentado a seguir demonstra o exposto anteriormente: *"Promover a saúde das pessoas como um todo, com respeito e responsabilidade, levando-os ao desenvolvimento do auto cuidado e à utilização dos recursos de saúde de forma adequada"* é motivo de satisfação no trabalho.

Os enfermeiros destacaram, também, suas relações com a comunidade. Por exemplo, poder atuar como enfermeiro generalista na equipe pressupunha a valorização do potencial como profissional, tanto pela equipe quanto pela comunidade, o que lhes trazia muita satisfação. Percebiam que a atuação como enfermeiro da família, realizando consulta de enfermagem, visitas domiciliares e organizando grupos educativos com a comunidade, propiciava aprofundamento ao trabalho e levava à real melhoria da qualidade de vida da população. Havia, também, a consideração de que o trabalho multidisciplinar e a harmonia entre as equipes, mesmo diante de erros e acertos, melhorava a qualidade do trabalho.

O local de trabalho e o material adequado para desenvolvê-lo foram considerados fatores indispensáveis, assim como o treinamento e a capacitação constantes das equipes. Só assim, diziam, a nova estratégia de atendimento à saúde pública em São Paulo poderá ampliar a adesão ao tratamento e ao controle de doenças crônicas, à prevenção e à promoção em saúde, à educação que levaria a população ao desenvolvimento e estabeleceria o vínculo da equipe com a comunidade e o consequente crescimento do trabalho.

O reconhecimento de trabalho, por parte dos parceiros e da coordenadoria de saúde, também era tido como fundamental. Era considerado excelente quando se obtinham respostas positivas (retorno) de alguma ação desenvolvida pela equipe. Era importante ser valorizado e reconhecido como bom profissional, mas consideravam de igual importância a unidade básica de saúde ser reconhecida.

Por fim, foram apontadas, pelos enfermeiros, considerações acerca de suas próprias vidas e de seu desenvolvimento. A autonomia profissional foi considerada fator fundamental, autonomia que só era possível, segundo os entrevistados, quando desenvolviam as atividades de que gostavam e quando podiam verificar os resultados do trabalho. A liberdade para trabalhar contribuía para que a criatividade aflorasse e para que os conhecimentos fossem colocados em prática, o que gerava prazer e satisfação.

Sentir prazer com o trabalho era importante, e a realização de algo bom para alguém satisfazia esses profissionais. *"Fazer algo pelos que precisam nos engrandece e acreditamos que a saúde da comunidade possa melhorar com as intervenções"*.

Ainda como considerações mais gerais, os enfermeiros citaram a proximidade do local de trabalho como fator importante à satisfação por sua realização, e o incentivo para estudar também, já que poderia vir a contribuir com a melhoria da qualidade.

No conjunto das respostas apresentadas acima, observou-se principalmente a valorização atribuída ao trabalho junto à população. A sensação de contribuir com a saúde do coletivo populacional e individualmente, na assistência, esteve expressa, principalmente, nas relações apontadas, fosse entre os próprios profissionais no desenvolvimento de suas atividades cotidianas, fosse com a população em geral e com os usuários do PSF, particularmente.

Insatisfação no trabalho

A pergunta seguinte procurou captar as percepções dos trabalhadores quanto aos elementos que causavam insatisfação no trabalho. Um primeiro aspecto abordado pelos enfermeiros foram as condições objetivas para o desenvolvimento do trabalho. Grande parte dos entrevistados atribuiu a insatisfação à instituição parceira e ao governo municipal, com referências a vários aspectos, que iam desde a ausência de recursos materiais a problemas de organização do trabalho, assim como a problemas referentes aos recursos humanos e à instabilidade.

Algumas dessas queixas referentes a recursos materiais foram: a falta de equipamentos, a falta de impressos, a falta de medicamentos (abastecimento irregular), espaço físico pequeno e inadequado e, também, a falta de outras equipes de Saúde da Família para atender outras comunidades (municípios vizinhos sem atendimento à saúde).

Dentre os elementos apontados que diziam respeito à organização do trabalho, destacaram-se os seguintes: desorganização administrativa; exigências referentes à implantação de normas, regras e realização de trabalhos sem discussão com os níveis locais; burocracia desnecessária; a variação do método de trabalho proposto pela Secretaria; território muito extenso e com muitas pessoas cadastradas; mudanças frequentes de coordenação e gerentes; insegurança gerada pelas mudanças de coordenação; falta de credibilidade política; pessoas que faziam parte do programa, mas não acreditavam nas propostas; dificuldades na aplicação das políticas à saúde; arbitrariedades manifestadas pelas autoridades; desorganização da unidade mista; diferentes formas de ver o PSF (por vezes, contraditórias); coordenadores e gerências sem experiência em PSF; falta de apoio do município; falta de motivação pela SMS; desvio das atribuições e ações do PSF; má estruturação e inexperiência no trabalho intersetorial; níveis secundários e terciários não recebiam a devida atenção; baixa resolutividade, em função do descaso; falta de interlocutor entre unidade e SMS; relacionamento difícil entre funcionários do Estado, da Prefeitura e do PSF.

Os aspectos apontados sobre os recursos humanos indicavam uma gama de problemas, tais como:

- Em relação ao trabalho em equipe: desvalorização do trabalho por parte da gerência da UBS; equipe incompleta; deveria haver maior rigor na seleção / contratação dos ACS e enfermeiros; ausência de enfermeiros para trabalhar com questões burocráticas; o perfil da chefia não contribuía para a interação da equipe; não havia boa comunicação intraequipe; a equipe não tinha objetivos comuns; o relacionamento interpessoal era conflituoso; faltava comprometimento de alguns colegas da equipe de profissionais (médicos e enfermeiros) e Auxiliares de Enfermagem; desconhecimento, por parte do médico, do trabalho do profissional de enfermagem; falta de autonomia para as equipes.

- Produção do serviço: excesso de demanda; não havia tempo para desenvolver todas as atividades

previstas; o grande número de famílias por equipe gerava sobrecarga; cobrança da produção (avaliação quantitativa); não poder ampliar a equipe e, consequentemente, não ter condições para desenvolver um bom trabalho com a comunidade; impotência para resolver os problemas da comunidade; falta da permanência do médico nas equipes (alta rotatividade); falta de profissionais para compor equipe multidisciplinar (psicólogo, assistente social, dentista etc.).

- Problemas básicos de gestão de RH: baixos salários; necessidade de isonomia salarial; desigualdade salarial entre médicos e enfermeiros; necessidade de cesta básica; auxílio por risco; falta de segurança; riscos das violências; trabalhar em área de risco; estresse gerado pela falta de condições no trabalho; distância entre o trabalho e a residência; inexistência de reconhecimento do trabalho; falta de incentivo.

- Capacitação: falta de segurança no atendimento devido à falta da capacitação prometida no momento da contratação; insegurança no atendimento de queixas clínicas; falta de capacitação (Momento II); ausência de cursos de aperfeiçoamento e aprimoramento; educação continuada; falta constante de informações; falta de treinamento para pessoal administrativo; profissionais contratados sem perfil para PSF; insuficiência dos cursos para auxiliar e para Agente Comunitário de Saúde; falta de acesso a alguns cursos, por não ser funcionário estável (estatutário).

Considerações acerca de insuficiências do sistema de saúde como um todo também foram expressas. Entre elas: necessidade de referência e contrarreferência (o sistema existente não funciona); dificuldade de encaminhar para as especialidades; falta de retaguarda nas especialidades ou demora; falta de resolutividade em algumas questões; não aceitação de alguns pacientes; falta de referência para realização de exames; insuficiência de oferta de exames de alta complexidade; falta de cooperação interequipes; falta de retaguarda em Pronto Socorro e hospitais; impossibilidade de regularidade no acompanhamento para as doenças graves no PACS; dificuldade nos encaminhamentos devida à distância e à necessidade de veículo.

Quanto à divulgação do programa, foram apontados aspectos importantes. Por exemplo, o fato de a comunidade não estar suficientemente esclarecida em relação ao Programa de Saúde da Família. A falta de informações e a "ignorância" da população contribuíam, por vezes, para o mau funcionamento do programa. Muitos usuários buscavam a unidade como Pronto Socorro e se queixavam do mau atendimento. A insatisfação do cliente não era gerada somente pela falta de informação, mas também pela falta de recursos para dar bom atendimento e acolhimento. Ainda observavam pouca aderência da comunidade a alguns programas realizados.

O sentimento de impotência ocorria com certa frequência, segundo os entrevistados, pelos motivos citados: falta de estrutura sócio-econômica da população atendida e a extrema carência. Os enfermeiros expressaram sofrimento ao ver pessoas desempregadas e passando necessidade e falavam do mal estar que sentiam quando deixavam de fazer alguma coisa que completasse o atendimento (falta de referência e contrarreferência, equipe incompleta etc.).

A dificuldade de trabalhar com pessoas desempregadas, usuários de drogas e álcool era salientada, pois gerava conflitos e desentendimentos (entre usuário e funcionário). Muitas vezes, a população não valorizava o programa, porque não cumpria o proposto, principalmente em se tratando dos encaminhamentos para as especialidades, caindo, assim, em descrédito.

Por fim, ainda foram indicados alguns elementos que contribuíam para a composição do universo de fatores que gerava insatisfação aos trabalhadores de enfermagem do PSF. A falta de "vontade política" ou a "manipulação política" para mostrar resultados foram citadas, além de referências à política partidária e à insegurança sentida pelos funcionários, gerada por motivos políticos.

Sugestões para o PSF

Ao sugerirem modificações ou mudanças no PSF, os entrevistados tiveram a oportunidade de sintetizar suas expectativas em relação ao seu trabalho. Com isso, puderam apontar transformações anteriormente citadas como causas de suas insatisfações e, também, ampliar suas sugestões no sentido de melhorar aspectos que pudessem ser alterados, mesmo que a avaliação não tivesse sido negativa anteriormente.

Foi considerada, inicialmente, a necessidade de criação de melhores estruturas para o bom desenvolvimento das atividades de trabalho no PSF. Constituíram exemplos dessas sugestões: ampliar o espaço físico das unidades básicas de saúde; disponibilizar ambulâncias para remoção de pacientes; tornar eficaz o abastecimento e o fornecimento de materiais permanentes e medicamentos; por fim, padronizar os procedimentos administrativos e os impressos para os registros de informações e consequente elaboração do arquivo de documentos.

Outro aspecto indicado pelos profissionais enfermeiros foi em relação à melhoria dos recursos humanos no PSF. Os seguintes pontos foram arrolados a partir de suas respostas: investir na capacitação dos funcionários; mais rigor no processo seletivo dos profissionais, dos auxiliares e dos agentes comunitários; aumentar o número de profissionais e de pessoal de nível médio que integram as equipes (médicos, enfermeiros e auxiliares). Pôde ser observado que a grande reivindicação era referente ao salário; os enfermeiros solicitam aumento e equiparação salarial, benefícios e redução da carga horária de trabalho. O aumento do número de funcionários que compõem as equipes e o número de famílias atendidas também, segundo eles, contribuiriam para que as condições de trabalho fossem inadequadas, nesse caso, para os funcionários e para a comunidade, que acabava não recebendo acolhimento adequado.

Com relação à organização do trabalho, foram indicadas as seguintes necessidades: inclusão de profissionais de diferentes áreas para formar uma equipe multidisciplinar (psicólogos, dentistas, assistentes sociais, entre outras); estruturar a referência e contrarreferência; diminuir o número de famílias que cada equipe deveria atender; manter nas equipes médicos generalistas; por fim, discutir permanentemente a questão do acolhimento.

Dentre as necessidades apontadas, o resgate das diretrizes do PSF pareceu ser fundamental, na percepção desses funcionários. Por exemplo, não perder o objetivo principal do programa: assistir à comunidade; dar mais autonomia às parceiras; respeitar os direitos dos usuários e, avaliar permanentemente o funcionamento do programa.

A continuidade do Programa de Saúde da Família foi outro conjunto de sugestões dos enfermeiros. Dar continuidade à implantação do programa, com qualidade das condições de trabalho; autonomia para realizar trabalho com as comunidades, sem ter que pensar em intervenções externas ao trabalho (interesses políticos, por exemplo); viabilizar recursos para integrar melhor o nível da atenção básica e promover a intersetorialização; integração das diversas Secretarias da Prefeitura com o PSF; maior proximidade das Coordenadorias e Secretaria de Saúde em relação aos "profissionais de ponta"; ouvir, monitorar e incentivar trabalhos de pesquisas; o PSF ser prioridade no SUS; aplicar políticas de saúde pública; as chefias deveriam ser técnicas; acordo entre gestores federal, estadual e municipal em relação ao PSF; política de contratações sem interferência política; colocar líderes que entendam do programa e que se comprometam com os seus objetivos e ações; igualar a implantação do PSF em todas as localidades de São Paulo; trabalhar para a permanência do PSF e sua expansão; não utilizar a verba destinada para o programa para outros fins; e a ampliação do programa: implantá-lo onde não existisse e expandi-lo onde já estivesse implantado.

Outro conjunto de sugestões prendia-se à ideia de conscientizar a população com relação ao PSF. O Programa de Saúde da Família não foi divulgado da forma adequada, ou seja, detalhadamente, na opinião dos enfermeiros. A população ainda não tinha o conhecimento real da importância das ações preventivas em saúde, da necessidade da parceria entre o "programa e a comunidade", para que o mesmo tivesse seus objetivos alcançados.

Representações sobre o trabalho no PSF

Escolha da profissão

Com relação à escolha da profissão, outra pergunta apresentada aos enfermeiros, as respostas variaram entre as possibilidades de servir à população, a identidade com o tipo de trabalho e as perspectivas colocadas pelo mercado de trabalho.

A ajuda ao próximo, significando a intenção de contribuir para a melhoria de vida das pessoas, prin-

cipalmente as mais necessitadas, foi apresentada como o principal fator na escolha da profissão. A profissão, portanto, era vista como uma excelente oportunidade para aqueles que desejassem ajudar o próximo e que tivessem essa atitude como prioridade na vida. Os enfermeiros associavam a escolha profissional à necessidade de trabalhar e ao prazer de ser útil à população. O trabalho tinha um sentido de doação. As respostas tentavam esclarecer que o trabalho ia além de uma atividade que requer conhecimento, pois era colocado que o amor à atividade, o "*trabalhar com o coração*", era fundamental; isso era o que, de fato, mobilizava e levava à escolha da profissão e a dar continuidade às atividades profissionais.

Com relação à identidade com o trabalho em enfermagem, as atividades na área de saúde por meio da prestação de serviços de qualidade e acesso eram vistas como fatores que podiam produzir transformações importantes na comunidade. Muitos enfermeiros tinham uma postura idealista, acreditavam que, orientando, cuidando e desenvolvendo atividades de prevenção e promoção em saúde, estariam contribuindo para mudanças sociais importantes. Teciam considerações sobre a necessidade que a clientela tinha, não somente de assistência médica, mas também de cuidados mais gerais: receber atenção e ser ouvido. Acreditavam que tinham vocação para a realização desse trabalho, dessa "missão". Expressavam identificação com a profissão por considerá-la com possibilidades de crescimento profissional e por acreditar que traria satisfação pessoal, principalmente por saber que existia a necessidade de melhorar a qualidade de assistência à população.

> *"Sempre tive vontade de ser enfermeira, gente que cuida de gente. É, também, profissão que nunca falta emprego. Gosto muito do que faço e trabalho sem distinção e preconceito. É uma profissão que é rica em conhecimentos e está crescendo em sociedade e capacidade científica. O enfermeiro tem olhos holísticos."*

Alguns falavam da influência familiar ou de outras pessoas que trabalharam (ou ainda trabalham) na área da saúde, para a escolha da profissão. A admiração pela dedicação dessas pessoas à sua atividade profissional e o testemunho da importância desse trabalho para a população de baixa renda, do quanto era gratificante fazê-lo, apresentaram-se como fatores importantes no processo de escolha. Ainda foram mencionadas histórias de vida e desígnios religiosos (doença em entes familiares ou em si mesmo, fé e amor a Deus, "*identificação espiritual*").

Para eles, os procedimentos da enfermagem eram muito interessantes, atraentes, principalmente os que tratavam da atenção básica – educação e prevenção, assim como era muito interessante poder cuidar das pessoas e acompanhar os seus "*ciclos de vida*".

> *"É muito bom usar o conhecimento que temos para ajudar as pessoas, para promover saúde. O trabalho de saúde coletiva, na área de saúde pública, é muito importante para a população."*

O mercado de trabalho e a formação profissional, para esses profissionais, era um aspecto fundamental na escolha da carreira. O mercado de trabalho, na área de saúde, era bom. Havia oferta de empregos e possibilidade de crescimento profissional e financeiro. A escolha ocorreu, muitas vezes, em função de querer progredir na carreira para aqueles que, por exemplo, iniciaram como auxiliar de enfermagem ou técnico de laboratório, indo até a formação superior em enfermagem. A curiosidade também levou à escolha, como é o caso dos profissionais que gostariam de aprofundar seus conhecimentos em pesquisa e, principalmente, pela necessidade de aperfeiçoamento constante. Com a formação superior na área de enfermagem existia a possibilidade de ter um só emprego e, ainda, ser valorizado, ter certa autonomia e obter retornos positivos.

Por que veio trabalhar no PSF?

A experiência anterior foi indicada por alguns funcionários que tinham formação e/ou especialização em saúde pública; sendo assim, acreditavam que o PSF seria o caminho para concretizar trabalhos de prevenção e promoção em saúde. Muitos, desde a conclusão da graduação, já haviam trabalhado com saúde pública ou na área hospitalar. Alguns exemplos estão arrolados abaixo:

"Já trabalhava na UBS; já fazia prevenção."

"Minha maior experiência era em Pronto Socorro."

"Trabalhei como agente comunitária de saúde e auxiliar de enfermagem."

"Atuo na área hospitalar."

"Trabalhei em posto de saúde na Paraíba e no Rio Grande do Norte."

A experiência anterior de trabalho também contribuiu para a escolha e para concretizar intenções de desenvolver novas atividades no setor público ou, para aqueles que já trabalhavam nesse setor, de participar de um programa novo, de maior abrangência.

O interesse em trabalhar com a comunidade era, para muitos entrevistados, uma grande satisfação. Acreditavam que podiam orientar e ajudar as pessoas a se prevenirem das doenças e de suas complicações, ou seja, trabalhar com a prevenção e promoção em saúde. Atender às necessidades dos usuários e dedicar-lhes carinho e atenção era algo que proporcionava prazer, principalmente porque a clientela era basicamente formada por pessoas carentes; pessoas que necessitavam de informações. Estavam certos de que seu trabalho contribuía para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, certeza essa que os estimulava a permanecer no Programa. Consideravam que era um bom lugar para trabalhar, pela possibilidade de estabelecer vínculos com as pessoas, o que facilitava a promoção de programas de saúde.

A profissão de enfermeiro era vista como a de um educador, que ensinava a comunidade e que muito aprendia com ela.

A importância do PSF era entendida por muitos funcionários como uma real possibilidade de realização de trabalhos de prevenção e promoção em saúde. A proposta, ou como alguns denominam, a filosofia do programa, era boa por acreditarem que o melhor caminho para mudar o sistema de saúde seria a educação e a orientação; que o melhor caminho para o SUS seria a implantação do PSF. *"O PSF tem um caráter dinâmico e dá autonomia para o enfermeiro, principalmente em consultas e grupos educativos"*. Essa forma de trabalho era considerada como importante e satisfatória.

De maneira geral, o PSF era considerado um programa que apresentava uma boa estratégia de trabalho, porque a atenção básica era essencial para a população entender como prevenir a doença e promover a saúde, de maneira mais acessível, humanizada. O programa ainda tinha condições de atender, com eficiência, a maior parte das demandas de saúde e sociais da comunidade, juntamente com as políticas intersetoriais.

O PSF era visto como desafio por se tratar de um programa novo, ter um enfoque diferente do que já tinha sido realizado até então; como uma atividade que poderia ampliar o horizonte profissional, por ser uma experiência nova na carreira do profissional em saúde. Existia curiosidade em trabalhar nesse projeto. e a sua implantação era considerada uma conquista.

A valorização profissional fazia com que o enfermeiro sentisse seu trabalho valorizado e reconhecido. Era dada autonomia para desenvolver as atividades, e o papel desse profissional chegava a ser mais importante que o do médico, segundo eles.

As conveniências pessoais apontavam que o trabalho no PSF oferecia salário melhor e a possibilidade de crescimento profissional. A chance de ter um bom salário era atrativa e estimulante. Outra vantagem apontada referia a não ter que trabalhar nos finais de semana e à proximidade da residência. A possibilidade de poder capacitar-se e/ou especializar-se continuamente era interessante para aqueles que desejavam desenvolver-se profissionalmente.

Planos para o futuro profissional

Com referência a essa pergunta, as respostas dadas pelos entrevistados versavam, em sua grande maioria, sobre a vontade e/ou necessidade de ampliação dos conhecimentos já adquiridos. Dentro dessa necessidade de continuidade do processo de aprendizagem, foram verificadas situações distintas: a primeira era a busca de capacitação, aquisição de mais conhecimentos práticos e teóricos para melhor desenvolver sua função (seu papel) no Programa de Saúde da Família. A segunda tratava, também, da realização de cursos, porém não fazia nenhuma referência ao Programa de Saúde da Família. Verifica-se que alguns entrevistados buscavam, dentro da área da saúde, a docência e a pesquisa. Houve entrevistados

que falaram sobre sua intenção de continuar no PSF e de complementá-la com outra atividade como, por exemplo, a docência.

Respostas referentes ao desejo de continuar no PSF, por acreditar no programa e querer contribuir para sua melhoria, tendo como consequência atender melhor a comunidade, foram dadas pelos enfermeiros. Nesse caso, quando eram feitas menções sobre a ampliação de conhecimentos, havia ênfase na vontade de contribuir com programas voltados à melhoria da qualidade de vida da população.

Alguns exemplos de intenção de realização de cursos de aprimoramento:

> *"Fazer especialização dentro do PSF."*
>
> *"Especializar-me, estudar cada vez mais e continuar no PSF."*
>
> *"Realizar o Mestrado."*
>
> *"Fazer especialização em PSF para aprimorar."*
>
> *"Especializar-me na Saúde da Família; fazer curso de pós-graduação em Saúde da Família."*
>
> *"Fazer especialização em saúde pública com ênfase no PSF e Mestrado em saúde coletiva."*
>
> *"Ampliar conhecimentos técnico-científicos para melhor atender o PSF."*
>
> *"Terminar a especialização; fazer capacitação (Momento II) do PSF."*
>
> *"Especializar-me na área de enfermagem do PSF e fazer novas especializações que abranjam o programa."*
>
> *"Fazer os cursos oferecidos para obter qualificação para trabalhar no PSF."*
>
> *"Adquirir mais conhecimentos para executar um atendimento de alto padrão."*
>
> *"Especializar-se na Saúde da Família e trabalhar melhor em ações na atenção a saúde dos idosos."*
>
> *"Investir na minha capacitação para iniciar pesquisas científicas no PSF."*
>
> *"Fazer o Doutorado."*
>
> *"Adquirir mais conhecimento; através de cursos de especializações e outros para crescer e não estacionar na profissão."*

Ainda, aprimorar os conhecimentos significava:

> *"Mestrado na área de obstetrícia ou em administração."*
>
> *"Fazer psicologia e especialização em geriatria."*
>
> *"Realizar outras especializações."*
>
> *"Quero realizar outras especializações, como pediatria, obstetrícia e epidemiologia."*
>
> *"Aprimorar meus conhecimentos a fim de obter melhores oportunidades no âmbito profissional."*
>
> *"Fazer um curso de inglês no Canadá e Mestrado."*
>
> *"Quero fazer um intercâmbio no Canadá ou Cuba."*

Apesar de já ter sido considerado anteriormente, o aperfeiçoamento para docência e pesquisa foi citado com os seguintes objetivos:

> *"Fazer Mestrado para dar aula e continuar no PSF."*
>
> *"Ingressar ma área acadêmica, fazendo Mestrado e realizando pesquisas no PSF (é riquíssimo em informações e dados)."*
>
> *"Retornar à docência, mas em universidade pública."*
>
> *"Especialização em PSF e fazer pesquisas para publicá-las."*
>
> *"Desenvolver trabalho de pesquisa científica com idosos."*
>
> *"Aprimoramento em programas educacionais."*
>
> *"Continuar estudos sobre a área de saúde coletiva e tornar-me pesquisadora."*
>
> *"Fazer pós-graduação em unidade de pesquisa e docência (continuar no PSF)."*

Outro conjunto de intenções foi o de investir no PSF para:

> *"Crescer dentro do PSF, conquistar cada vez mais espaço como enfermeira junto à comunidade que atende."*

"Ampliar o trabalho na comunidade para adolescentes e crianças."

"Aplicar os resultados do trabalho já realizado."

"Melhorar resultados utilizando todas as capacidades da equipe."

"Participar de uma equipe que tenha uma visão do programa mais ampliada, pois a realidade na minha área é bem diferente e a construção do trabalho será em longo prazo."

"Aprimorar o conhecimento para exercer o trabalho com competência."

"Fazer aprimoramento no PSF e avaliar resultados (qualidade)."

"Treinamento continuado e aprendizado aprimorado para ter maior eficiência no acolhimento."

"Continuar atuando como enfermeira na equipe de PSF mantendo a qualidade comprovadamente sentida nos índices epidemiológicos no gráfico saúde/doença."

"Buscar sempre aprimoramento profissional a fim de poder oferecer sempre mais a minha comunidade."

"Trabalhar na gestão e organização do sistema de saúde, seguindo os princípios do SUS e possibilitando uma rede planejada de referência e contrarreferência."

"Se houver capacitação prática permanecer no PSF, caso contrário voltar a ser enfermeiro de UBS."

"Especialização em saúde pública, dedicar todo o meu conhecimento para por em prática o meu objetivo principal, acolher a todos que chegam à unidade."

"Aprimoramento, melhorar meu desempenho como enfermeira do PSF."

"Especialização e continuar no PSF, caso as gestões seguintes nos derem todas as condições de trabalho."

"Consolidar forças buscando sempre uma atuação firme em benefício da comunidade."

"Ficar muito tempo no PSF e fazer cursos de aprimoramento para ajudar na prática."

"Fazer uma pós-graduação em saúde da comunidade; trabalhar no PSF até o final de minha vida profissional."

"Continuar a trabalhar no PSF, porém com melhores condições de trabalho."

"Poder ainda "vivenciar" a implantação completa do programa no local onde trabalho."

"Continuar desenvolvendo meu trabalho nas diretrizes do PSF."

"Orientar melhor, saber atender, ter sempre uma resposta de incentivo para com o próximo (tentar amenizar)."

"Lutar para que o PSF permaneça, acreditar nele."

"Pretender fazer curso para melhorar a assistência ao cliente."

"Continuar o trabalho em unidades básicas de saúde somente com o PSF porque realmente acredito no programa."

"Melhorar o trabalho com os ACS."

"Diminuir as carências da população."

"Crescer junto com o PSF."

"Ver equipes de PSF em toda região de São Paulo atuando firmes e fortes."

"Continuar no PSF lutando para que o programa possa ser mais bem compreendido pela comunidade e profissionais da saúde."

"Fazer o PSF poder atuar dentro das diretrizes do SUS, com gestores preocupados com políticas de saúde e não com política partidária."

"Melhorar o relacionamento entre a equipe e implantar meu projeto para adolescentes vulneráveis (moradores da periferia) e crescer como profissional a fim de melhorar cada vez mais o atendimento de enfermagem da minha população."

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros demonstraram ter conhecimento profundo e apego bastante forte ao trabalho no Qualis. Acreditavam que a perspectiva de poder contribuir com o avanço dos cuidados de saúde à população, com a novidade que era o Projeto Qualis, tornava-se um fato altamente relevante na sua vida profissional. Entendiam o programa como uma maneira diferente de exercício da profissão e, mais ainda, de ampliação do sistema de saúde público na cidade de São Paulo.

Numa visão mais geral sobre o programa, acreditavam que o Qualis complementava o SUS, ampliando-o e tornando-o mais complexo em sua capacidade de oferecer atenção integral à saúde. Por outro lado, sabiam das limitações da atuação do programa, principalmente quando se tratava das articulações com outros níveis de assistência, na referência e contrarreferência.

No entanto, sabiam exatamente quais problemas concretos deveriam ser superados para que o programa tivesse impacto profundo nas condições de saúde da população. Basicamente, o problema da destinação de recursos (financeiros, materiais e humanos) emperrava o bom desempenho e comprometia a qualidade do trabalho das enfermeiras e da equipe, de forma geral.

Mesmo sem uma necessária avaliação epidemiológica, as enfermeiras identificavam a realização de um trabalho que, em alguns anos, já havia gerado impacto na saúde da população. Percebiam isso no acompanhamento das pessoas e de suas famílias e identificavam melhoria significativa com suas intervenções.

Outro aspecto crítico era o conflito gerado pelo excesso de demanda para consultas na unidade de saúde. O costume da população de acessar diretamente o serviço e, por outro, as necessidades reais vividas pela população traziam ao serviço um excesso de carga que tornava difícil uma solução. Outro problema levantado foi o comprometimento das visitas domiciliares, já que as agendas deveriam contemplar, para médicos e enfermeiras, as consultas dentro da unidade. Nessas circunstâncias, desenvolvia-se, ainda, a linha do acolhimento da demanda na unidade e o trabalho de levar informações a essas pessoas sobre a maneira de funcionamento do Qualis.

O trabalho em equipe foi muito valorizado pelas enfermeiras. Compartilhar com outros profissionais e técnicos da equipe, além dos agentes de saúde, foi algo extremamente valorizado e que permitiu crescimento profissional e melhoria do desenvolvimento das atividades junto à população. A troca de experiências, o compartilhamento das informações, a transmissão de conhecimentos etc. foram ações bastante valorizadas, e suas realizações só ocorriam porque existia o trabalho em equipe.

O trabalho em equipe permitia, ainda, uma visão ampliada do indivíduo, dos grupos familiares e da comunidade. Os conhecimentos produzidos nas práticas das visitas domiciliares e nas consultas eram muitos e deviam ser constantemente trocados e discutidos dentro da equipe. A composição de visões distintas sobre um mesmo fenômeno acabava por gerar respostas / intervenções junto à população.

De forma geral, os enfermeiros do Programa de Saúde da Família, na cidade de São Paulo, eram adultos jovens ainda com pouca experiência profissional. O sexo feminino superou, em muito, o masculino.

Havia grande percentual de casados e daqueles que viviam em situação de união consensual, mas solteiros e divorciados praticamente se igualaram.

A composição familiar demonstrou número alto de profissionais sem filhos. Os que tinham entre 1 e 2 filhos atingiram um percentual bem maior que aqueles que tinham um número maior de filhos.

Em sua maioria, eram nascidos no município de São Paulo, sendo seguidos dos nascidos em outros estados. A maioria foi formada em escolas superiores privadas. O percentual de recém-formados no intervalo dos últimos quatro anos era de 34,3%.

Na formação pós-graduada, a especialização superou em muito a residência em enfermagem, o Mestrado e o Doutorado, o que pode ser explicado pelo baixo número de anos de formação dos enfermeiros. Entretanto, o percentual de profissionais com um número de anos maior que os mais jovens não foi tão pequeno assim: 25,0%. A falta de oportunidade gerada pelo alto custo, a falta de tempo disponível, a falta de oferta de cursos ou mesmo a falta de incentivo podem explicar o baixo percentual de enfermeiros pós-graduados.

A maioria morava nas regiões Sul e Leste da cidade, justamente as regiões onde está fixado o maior número de enfermeiros do PSF. O uso do automóvel particular foi mais frequente que o de ônibus / lotação para ir ao trabalho. O tempo gasto com deslocamento para o trabalho girou em torno de 30 minutos a uma hora, para a maioria.

A forma de contratação mais comum foi a CLT e, mesmo entre os estatutários, havia complementação pela CLT.

Com relação à capacitação para o desenvolvimento do trabalho, a maioria frequentou os cursos introdutórios, diminuindo gradativamente o vínculo de enfermeiros em cursos de ciclos de vida e outros.

A maioria não trabalhou em outras unidades do PSF. Fora a atuação no PSF, a maioria dos enfermeiros somente atuou em mais um local de trabalho. Em sua maioria, possuíam experiência profissional anterior ao PSF. Desses, a maioria tinha experiência em hospitais, seguida da experiência em postos de saúde e em atividade docente.

Observou-se a presença de sentimentos altruístas entre os enfermeiros que responderam às perguntas abertas. A crença de que faziam um trabalho importante à saúde individual e coletiva esteve intensamente presente entre esses profissionais. A ajuda ao próximo, o cuidado com a saúde e outros aspectos da vida das pessoas, entre outros exemplos, indica a proporção que o sentimento atingia e expunha a vontade de atuar num programa de atenção básica no qual acreditavam.

Assim, a crença no PSF e na permanência nele apresentava-se como elemento importante na análise desses dados. A vontade de evoluir na profissão, fosse buscando a capacitação ou o aprimoramento, pôde ser observada nas indicações de que havia dedicação e necessidade de ampliar e melhorar seu potencial de trabalho, para poder atuar junto aos segmentos da população assistidos pelo PSF.

Esse seria um potencial a ser explorado pelo gestor, já que as críticas também estavam centradas na gestão (principalmente de recursos humanos) e nos "usos indevidos" do PSF. Havia, portanto, um potencial real a ser investido pelo poder público, pois se percebe, ao menos no plano discursivo, uma interação muito forte com o compromisso de trabalhar, evoluir intelectualmente, praticar melhor suas ações a partir de várias possibilidades de formação (especializada) e, principalmente, de receber cuidados para suportar um trabalho que, muitas vezes, não tinha o retorno esperado, devido às condições gerais de vida da população e à ausência de outras políticas setoriais que complementassem as ações em saúde.

Por fim, as condições objetivas de trabalho, segundo os enfermeiros, requeriam transformações. Os vários aspectos indicados pelos enfermeiros colocavam uma situação, para a época, de necessidade de reforma do sistema de atenção básica à saúde que ainda era recente e, portanto, não poderia apresentar-se com esses problemas. A ausência de materiais de trabalho, a falta de infraestrutura etc. foram problemas comuns que afetavam o dia a dia desses profissionais e geravam mal-estar e estresse, comprometendo, dessa forma, o pleno desenvolvimento do trabalho, no PSF.

REFERÊNCIAS

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marsiglia, RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079-Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. Relatório de Pesquisa).

Silva JA, Oliveira FR, Barbosa E. Atenção básica à saúde no município de São Paulo: Caracterização das unidades básicas de saúde. São Paulo: SMS, Coordenadoria de Atenção Básica e Programa Saúde da Família; 2004. (Mímeo).

CAPÍTULO 3
Os Auxiliares de Enfermagem no Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Regina Maria Giffoni Marsiglia

INTRODUÇÃO

A categoria dos Auxiliares de Enfermagem tem sido contemplada com poucos estudos na área de recursos humanos para a saúde (Brasil / MEC, 1981; Brasil, 1989; Dal Poz et al., 1992; Nogueira, 1986; Paim, 1994; Silva, 2002) e, no caso do Programa de Saúde da Família, também as observações são pouco sistematizadas bem como as oportunidades de capacitação e educação permanente são menos frequentes e pouco específicas para a categoria. Ao contrário, para Médicos e Enfermeiros, tem havido mais alternativas de capacitação, em vários níveis, desde os introdutórios até o nível de pós-graduação (residência, especialização e mestrado). Os Agentes Comunitários de Saúde, por outro lado, além de serem estudados em várias regiões do país, têm sido objeto de experiências de capacitação mais frequentemente, principalmente pela preocupação advinda do fato de não pertencerem historicamente ao rol das categorias dos trabalhadores em saúde.

Assim, foi grande a expectativa de que este capítulo, ao apresentar informações e discutir algumas características e expectativas dos Auxiliares de Enfermagem no PSF da cidade de São Paulo, em dois diferentes momentos e contextos (Projeto Qualis, em 1999, e PSF, a partir de 2001), possibilitasse melhor conhecimento sobre esses trabalhadores de saúde que, classicamente, tiveram seu perfil, sua formação e, por consequência, suas competências mais voltadas para a recuperação da saúde, seja na área hospitalar e/ou em equipamentos de atendimento especializado.

Até por isso, a sua inserção na rede de atendimento básico à saúde tem se caracterizado por uma atuação quase que exclusiva no interior da unidade de saúde, responsabilizando-se, entre outras tarefas, por procedimentos ou técnicas em salas de vacina, de medicação, de curativos, ou de apoio à consulta médica ou de enfermagem ou, ainda, por atividades previstas em programas de controle / monitoramento de doenças prevalentes ou de grupos populacionais.

A construção de um perfil também voltado para atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças implicava um olhar mais cuidadoso sobre esse profissional e, principalmente, um esforço especial de preparação e de educação continuada. Nesse sentido, além da importância e da expectativa em relação ao PSF em grandes cidades e regiões metropolitanas em relação aos seus sujeitos, havia necessidade de iniciar uma abordagem privilegiada sobre o Auxiliar de Enfermagem do PSF da cidade de São Paulo.

Assim, este Capítulo está centrado na discussão sobre as características desse sujeito, de suas necessidades, concepções e expectativas, quando integrante de equipes do Qualis / PSF, 1999, e do PSF municipal, 2004, características essas evidenciadas em dois diferentes estudos já especificados na Introdução deste volume.

OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PROJETO QUALIS, 1999

Em pesquisa sobre o Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis (Jatene et al., 1999; 2002), implantado na cidade de São Paulo a partir de 1996, a partir de convênios entre a SES/SP e duas instituições parceiras – a Casa de Saúde Santa Marcelina (Brasil, 1995) e a Fundação Zerbini (Brasil, 1997), foram realizadas entrevistas semiestruturadas com Auxiliares de Enfermagem.

O roteiro composto por 73 perguntas (abertas e fechadas) visava conhecer: a) o perfil, a formação escolar e profissional do entrevistado; b) suas percepções sobre o Projeto Qualis e seu trabalho nas equipes de Saúde da Família; c) seu conhecimento do bairro em que atuava; d) suas expectativas quanto a esse trabalho e ao futuro profissional.

Perfil, formação técnico-profissional e experiência anterior de trabalho

Foram realizadas 14 entrevistas com Auxiliares de Enfermagem que integravam equipes de 10 unidades de saúde selecionadas:

a) oito Auxiliares de Enfermagem que trabalhavam em UBS localizadas na Zona Leste da cidade, em que a parceria da SES/SP havia sido efetivada com a Casa de Saúde Santa Marcelina;

b) seis Auxiliares de Enfermagem que participavam de equipes instaladas em três unidades de saúde da Zona Norte da cidade, e em três equipes de unidades de saúde localizadas na Zona Sudeste da cidade, todas unidades em que a parceria da SES/SP havia sido efetivada com a Fundação Zerbini.

Dentre os 14 Auxiliares de Enfermagem entrevistados, apenas um era do sexo masculino e atuava em uma equipe do Qualis da Zona Norte.

Quanto à idade, havia pequena concentração desses Auxiliares de Enfermagem nas faixas de 21 a 29 anos, e de 30 a 39 anos; três da Zona Leste tinham entre 40 e 49 anos; e um da Zona Sudeste (Fundação Zerbini) tinha entre 50 e 59 anos de idade.

A maioria dos entrevistados (10) nasceu no Estado de São Paulo, sendo que oito deles na capital. Dois (um da Zona Leste e um da Zona Sudeste) nasceram em outros estados (Minas Gerais e Pernambuco) e dois (que trabalhavam no Qualis da Zona Leste) não informaram o município em que nasceram.

Dez deles sempre moraram no município de São Paulo, em vários bairros das regiões onde trabalhavam no momento da pesquisa. Apenas três moraram também em outras cidades do Estado de São Paulo (Bauru, Capuava e Santa Fé do Sul) e dois, em municípios de outros estados em que nasceram: Caruaru (Pernambuco) e Alfenas (Minas Gerais).

Constatou-se, portanto, que a maioria desses Auxiliares de Enfermagem era do sexo feminino, tinha entre 21 e 39 anos de idade, nascidos no município de São Paulo, que moraram em vários bairros da cidade desde que nasceram, portanto há 30 ou 40 anos. Dos que imigraram de outros estados para o município de São Paulo, uma aqui residia havia mais de 35 anos e, outra, pelo menos há 10 anos.

No caso dos oito entrevistados que pertenciam ao Projeto Qualis ligado à Casa de Saúde Santa Marcelina, quatro terminaram o nível médio, um tinha nível médio incompleto e outro estava cursando o supletivo do nível médio; os outros dois não informaram sua educação básica.

Quanto à formação técnica e profissional, todos os entrevistados na parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina concluíram o curso de Auxiliar de Enfermagem: seis entre 1995 e 1998, um em 1990 e outros há muito tempo (em 1978). Deve-se observar que dois deles fizeram o curso de Auxiliar de Enfermagem na instituição de ensino da Casa de Saúde Santa Marcelina, tendo terminado em 1995 e 1998.

Quanto aos Auxiliares de Enfermagem entrevistados que haviam sido contratados pela Fundação Zer-

bini para trabalhar nas equipes do Projeto Qualis das zonas Norte e Sudeste, um tinha curso médio completo, outro superior incompleto (Letras) e outro superior completo (Geografia); os demais não informaram sua escolaridade. Deles, também, apenas quatro informaram ter concluído o curso de Auxiliar de Enfermagem: três entre 1995 e 1998, e outro em 1988. Sobre os outros, não houve informação.

Sobre a experiência de trabalho anterior ao Qualis, pelo menos oito dos entrevistados relataram experiências anteriores na área da saúde, sendo cinco em Unidade Básica de Saúde (UBS) e três na área hospitalar (um deles, em unidade de terapia intensiva). Nesses serviços, os entrevistados desempenharam atividades de atendentes ou de Auxiliares de Enfermagem. Apenas uma informou que trabalhou em uma UBS como escriturária. Os outros tiveram mais de uma experiência de trabalho, mas fora da área da saúde, como professor de 1º e 2º graus (hoje Ensino Fundamental e Médio), pajem de creche, secretária em empresa de economia, granja, aeronáutica, empresa na área cultural.

Pode-se concluir que, em geral, a maioria deles teve mais de uma experiência anterior de trabalho na área da saúde e fora dela, a não ser duas Auxiliares de Enfermagem que não trabalhavam fora de casa, para as quais o trabalho na equipe do Qualis foi o primeiro emprego após a conclusão do curso profissional de Auxiliar de Enfermagem.

Dentre os que já haviam trabalhado anteriormente na área da saúde, houve uma ligeira predominância da experiência em UBS, o que lhes permitiu fazer comparação entre o trabalho anterior na denominada "Atenção Básica Tradicional", isto é, implantada nos anos 1970 pela SES/SP sob o modelo dos Programas de Saúde (Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto, Mental e Bucal) e o trabalho no Qualis, no modelo da atual estratégia de Saúde da Família (Brasil, 1997).

Um dos entrevistados, ao comparar os dois modelos, demonstrou sua identificação com a proposta do Qualis:

> *"Trabalhava para o Estado, em um posto de saúde como atendente de enfermagem na parte curativa. Já trabalhei também em Ferraz de Vasconcelos, mas, mesmo assim, você não podia prosseguir com os trabalhos de educação e saúde, porque não tinha condição. Tinha só dois médicos, um sempre estava de licença, o outro vinha muito pouco. Pra fazer um tratamento tinha dificuldade, não tinha material. Sempre faltava tudo. Então eu que fazia minha parte na sala de vacina, na hora de fazer a execução de preço de material, a gente dava as orientações (...) era um enfermeiro para oito unidades em Ferraz, um enfermeiro só para comandar tudo, não tinha uma estrutura para fazer mesmo um serviço como tem que ser (...) Ficava só na parte de curar os doentes. Só tinha aquele médico pra tá olhando, pra tá passando (...) dando um jeitinho, naquele doente, naquela hora. Parar aquela febre, parar com aquela tosse, mas pra prevenção mesmo lá não tinha. Nem dava pra fazer esse trabalho."*

Experiências fora da área de saúde, muitas vezes, pouco contribuíram para o trabalho que desenvolviam no Qualis, mas alguns Auxiliares de Enfermagem conseguiram reconhecer, no momento da pesquisa, nessas experiências, algum tipo de contribuição para o desempenho de suas atribuições. Nesse sentido, o depoimento de uma Auxiliar de Enfermagem cuja experiência anterior havia se desenvolvido em uma creche, na função de "auxiliar de desenvolvimento infantil", foi bem elucidativo.

> *"Eu trabalhava numa creche da Prefeitura (...) eu trabalhei nove anos, eu cuidava de criança, que auxiliar de desenvolvimento infantil é pajem numa creche, é quem cuida de crianças, então a gente começa a cuidar também da saúde deles, as crianças chegam doentes, então a gente começa a tomá cuidado também, do desenvolvimento delas, o psicológico."*

Outro aspecto a ser observado, provavelmente decorrente das dificuldades e das condições de inserção de mulheres e homens no mercado de trabalho nos anos 1990, dizia respeito à mudança de uma área de trabalho para a qual apresentavam qualificação específica, ou até superior do ponto de vista educacional, para uma tarefa de nível médio, como a função de Auxiliar de Enfermagem. O depoimento de uma professora de Ensino Fundamental e Médio é bastante claro neste sentido:

"Olha eu trabalhava desde 1990 na área da saúde na Prefeitura como auxiliar administrativo. Em 1995 terminei a faculdade de Geografia e História, lecionei durante três anos na escola estadual de primeiro e segundo grau, e continuei trabalhando também na prefeitura."

O único Auxiliar de Enfermagem do sexo masculino tinha uma trajetória que demonstrava ter trabalhado em vários locais e situações, até chegar a inserir-se no Qualis.

Ingresso no Qualis

A maior parte dos entrevistados ingressou no Qualis após o término do Curso de Auxiliar de Enfermagem, entre 1996 e 1998. Apenas um deles havia se formado havia quase 20 anos.

Iniciando a atividade no Qualis, em geral, os Auxiliares de Enfermagem passaram a desenvolver apenas essa atividade. No entanto, dois deles, um contratado na parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina e outro na parceria com a Fundação Zerbini, trabalhavam também em um Pronto Socorro. Um dos entrevistados relatou que trabalhava muitas horas nos dois empregos, e dormia poucas horas por dia, pois no Pronto Socorro também tinha um contrato de trabalho diário. Mas considerava que trabalhar nos dois locais, Qualis e Pronto Socorro, favorecia uma avaliação mais positiva do Qualis, conforme se percebe no depoimento abaixo:

"Qualis e Hospital da SMS/SP (plantão noturno). Durmo algumas horas por noite (...) Acho que quando fui para o hospital pude medir muito mais o valor do Qualis, pois percebo que muitos que procuram o hospital, seriam casos para o Qualis."

O bairro, na percepção dos entrevistados

Os bairros onde trabalhavam foram apontados como local de residência de algumas famílias com certo poder aquisitivo, que viviam em condições melhores, e de outras que viviam em situações sociais e ambientais muito precárias, sem acesso a serviços e em más condições ambientais:

"Alguns são de classe média, têm o filho estudando em escola particular, tem uma alimentação adequada: já outros têm dificuldades financeiras muito serias (...) as crianças um dia vão à aula, no outro não vão. O sistema educacional não está muito bom."

"Não tem nada aqui neste bairro é muito precário, não tem esgoto, canalização, falta muita coisa pra melhoria do bairro e as pessoas são muito carentes, são pessoas que não têm muito estudo, é muito atrasada, a gente tem que falar, falar. É isso que eu acho desse bairro por ser perto da favela, o bairro inteiro não, mas a maior parte dele é muito precária."

As questões da violência e das drogas apareceram também nas "falas" dos Auxiliares de Enfermagem, especialmente o contato precoce das crianças com esses problemas. Os mesmos entrevistados ressaltaram sua confiança em poder transmitir a essas famílias as orientações do Projeto Qualis, e se sentiam bem recebidos pela população, porque as lideranças locais eram ativas e colaboravam com o trabalho das Unidades de Saúde da Família, apesar das dificuldades que enfrentavam, confirmando as entrevistas realizadas com 24 líderes comunitários na mesma pesquisa (Marsiglia, 1999):

"Bom, são muito carentes. Tanto na saúde quanto na forma de emprego. Eu não conheço. Eu não conhecia antes, eu fiquei conhecendo depois que eu vim pra cá. Vai... vai fazer agora, dia 27 de Maio faz três anos que eu trabalho aqui. Eu não sei, mas é um pessoal assim... é um povo interessado com as atividades do posto, a liderança da comunidade, participam bastante, colaboram bastante quando a gente precisa."

"Há muito problema de drogas; no prédio onde eu moro (conjunto habitacional) a maioria das crianças conhece o que é droga desde pequeno, as crianças ficam sozinhas em casa."

Uma das percepções expressas pelos Auxiliares de Enfermagem era de que o bairro, às vezes, na

aparência, poderia levar a uma avaliação errada, causando boa impressão, especialmente a Vila Guilherme, porque havia construções mais antigas, que foram de boa qualidade, mas que passaram por um processo de deterioração:

> *"A primeira impressão do bairro é muito boa, tem muitas árvores, casas certinhas, parece que nem precisa do Qualis. Mas quando entra em contato com a comunidade, vê que as casas construídas há 20 anos, hoje os filhos moram com os pais, mas tem pobreza, falta de informação, higiene. Tem também cortiços escondidos, problemas de drogas, pobreza. O Guilherme engana um pouco. Uma parte é elitizada, tem informação, mas não é o bairro em geral. Tem muito idoso com muitos problemas de saúde, abandonados: fizemos um grupo para cuidar dos idosos."*

Os Auxiliares de Enfermagem que moravam na região, mas em bairros mais centrais, muitas vezes só percebiam os problemas do bairro onde estava localizada sua equipe após algum tempo de prática, conforme apontou um dos entrevistados de uma equipe da Zona Leste:

> *"Eu moro bem no centro. E lá no centro você não vê os problemas, não vê assim as ocupações. Até porque, eu trabalhei um tempo lá no Qualis, no Jardim Copa lá em Itaquera. Aqui mesmo no Fanganielo tem só sete meses que estou aqui. E aí sim que vim conhecer o bairro que eu moro. Porque eu não sabia dessas invasões, dessas ocupações que tem lá para baixo, eu desconhecia essa... eu vejo, a gente vê que eles têm uma miséria, que tem desnutrição, que tem mesmo um monte de problema social."*

Ou esse outro entrevistado, ao realizar o cadastramento, que ele chamava de "pesquisa":

> *"Olha eu quero colocar algumas coisas, eu tenho só sete meses aqui, e esses sete meses é uma experiência muito rica, porque eu enxergo várias coisa, é uma pobreza imensa, muita pobreza, a gente quando faz uma pesquisa por exemplo, nós fizemos uma pesquisa aqui dos dados que eu lembro, a gente encontra 50% dos jovens fora da escola, se eu não me engano, 75% desempregado, 30 e pouco por cento da população adulta desempregado, analfabeto, alto índice de analfabetismo, um posto lotado de gente, porque tá doente, mas essa doença não é doença do corpo só, a gente vê que é psíquica, emocional, social, é fome e miséria."*

Outro aspecto ressaltado pelos auxiliares foi a "falta de conhecimento" das pessoas que ali residiam e a expectativa de que o médico "resolvesse tudo":

> *"A população também é carente de conhecimento (...) a gente tem muito que passar para eles... há aquela ideia pré-concebida de que a equipe médica é que vai resolver o problema deles. Eles não se acham responsáveis pela sua saúde (...) e às vezes eles não aceitam muito as coisas que a gente orienta (...) então a gente tem que ser persistente...."*

O sofrimento psíquico também chamava atenção dos Auxiliares de Enfermagem:

> *"… e a saúde mental, também. São muito perturbados mentalmente, são demais perturbados. Eu tenho observado nesse ano que eu estou aqui. Eles são muito perturbados mentalmente. Tem dias que as pessoas chegam aqui de um jeito (…) e eu tento animar a pessoa, encorajar a pessoa, mas os recursos são (…) O que eu ofereço às pessoas são palavras, palavras de conforto: apesar de que essa questão a gente nem discute – aqui tem evangélico, tem espírita, tem católico, tem messiânico."*

O desemprego, a falta de condições de "dar sustento" a famílias numerosas, também apareceu no depoimento de um auxiliar da Zona Leste, como é possível ver na transcrição abaixo:

> *"A questão social também é assim terrível, porque tem muito desemprego, é o pessoal, pai de família, mãe que tem aquele monte de filhos, não tem como sustentar, não tem uma estrutura, não tem informação. Não tem educação, não*

tem formação, não tem saúde também, que é precária. Quando se encontra com um bebê doente que ele tem que ir lá ao Hospital Geral, ou aqui no Central."

Outros se referiam à falta de recursos em saúde:

"Pelo que eu sei, esse posto aqui não tinha condições de atendimento – era muito precário. Hoje, melhorou muito."

Aspectos positivos da população também foram ressaltados pelos depoentes, especialmente a recepção que dispensavam aos membros das equipes do Qualis:

"As pessoas aqui são muito carentes, têm problemas, eu não tenho problema em relação às pessoas que eu converso, eu paro pra pensar, eu não tenho problemas. Porque as pessoas que moram nesse bairro, elas são muito complicadas. São problemas de droga, financeiros – todo mundo tem, mas aqui é um desemprego (…) é a falta de assistência (…) Nossa, eles agradecem a gente, só faltam beijar os pés da gente quando você vai numa casa e você mostra o seu trabalho pra eles. Eles ficam eternamente agradecidos. Tanta gente que precisa de uma palavra, de uma conversa (...) Então, as pessoas me procuram muito, conversam muito comigo."

O auxiliar de enfermagem em atividades comunitárias

Apenas um dos auxiliares revelou que tinha tido experiência em trabalho comunitário antes de trabalhar no Qualis, e mesmo os que referiram alguma experiência anterior apontavam para ações de caráter religioso ou de apoio profissional, ainda que voluntário. Essa foi a referência de um auxiliar que integrava uma das equipes da Zona Sudeste:

"... faço trabalhos com os doentes, terço nas casas, a gente vai levar O Corpo de Cristo pras pessoas doentes. Como a gente tem duas casas de apoio de portadores do vírus HIV para crianças e adultos, trabalho lá aos sábados e domingos eles me chamam para aplicar injeções."

O projeto Qualis na perspectiva do auxiliar de enfermagem

Os Auxiliares de Enfermagem apontaram para uma visão muito positiva, quase idealizada, sobre o Qualis; o discurso reforçava um conjunto de valores e princípios que foram difundidos na área de saúde: o acompanhamento do indivíduo e de sua família, a integralidade da atenção, o vínculo dos profissionais com as pessoas.

Também ressaltaram, muitas vezes, as diferenças entre o Projeto Qualis e outros programas ou serviços que eram oferecidos à população, valorizando, em seus depoimentos, o desenvolvimento da solidariedade entre vizinhos e o apoio de entidades locais.

"É uma coisa muito boa que surgiu e seria excelente se tivesse aberto pra todo mundo que precisasse, porque ele trata do paciente desde o ventre da mãe até o último momento da vida dele, trata o paciente como um todo (...) a gente trata também a parte psicológica, a parte espiritual (...) ainda tem a parte social (...) a gente procura ver as necessidades do paciente (...) não é só medicamental (...) cuidam da alimentação, de higiene, condições de vida (...) Procurá dentro da comunidade resolver quem pode ajudar o outro, buscá apoio de pessoas que podem (...) Há pacientes acamados que precisam banhar diariamente, a família não pode fazer, nós fizemos até conseguir cuidadores (...) são evangélicos (...) conseguimos através da reunião do Conselho."

"É a saúde integral, a toda a família desde a criancinha até o mais idoso, e tá ali proporcionando um bem-estar pra eles, sabendo que eles podem contar que tem um médico, tem a enfermeira, que tem uma pessoa que vai sempre à sua casa. Oferece uma saúde adequada, digna. Às vezes não tem como os pacientes todos serem atendidos."

Alguns chegaram a verbalizar que, quando a "visão idealizada" do Projeto não se realizava na prática, não era por uma deficiência da proposta, mas decorrente de uma aplicação "inadequada" ou ainda "inicial" do que fora proposto, demonstrando a adesão dos entrevistados ao projeto, conforme ressaltou um Auxiliar de Enfermagem de uma equipe da Zona Leste:

> *"É eu vejo alguns objetivos, o Qualis pra mim não é isso que está sendo atendido aqui não... Não é um P.A., um Pronto Atendimento, de jeito nenhum, você pode fazer algum atendimento de emergência porque você trabalha na saúde e sua opção é essa, a prioridade é você atender a prevenção da saúde mais trabalhar a educação das pessoas, na educação, na busca da cidadania, na forma mais ampla que você tiver, que a busca da cidadania é você construir, por exemplo, a educação, a saúde, o transporte, a vida das pessoas, eu vejo o Qualis como o Programa dele é libertar as pessoas realmente desse escuro que tem aí, essa miséria..."*

Outros revelaram que, quando começaram a integrar as equipes, não conheciam bem o que era o Programa, ou apenas conheciam a teoria, mas que tiveram uma surpresa agradável e aderiram às propostas na prática cotidiana do trabalho. Essa perspectiva aparece nos depoimentos abaixo de Auxiliares de Enfermagem tanto das equipes da Zona Leste quanto das equipes da Zona Norte:

> *"A gente aprendeu o que é o Qualis, sabia do Programa de família, mas eu sabia a teoria, tinha que saber a essência. Para mim é poder fazer Saúde Pública (porque os postos do Estado estão falidos). É orientar, prevenir, dá educação, tratá, fazendo diferença na vida das pessoas. O Qualis trata a pessoa no total... não cuida só da doença não, você se preocupa com a vida social da pessoa, com a vida mental, física. Se preocupa com o paciente, com a pessoa num todo, e isso vai dar Saúde para ela..."*

> *"Quando eu entrei aqui eu fiquei meio sem saber o que é... o Qualis é um Programa de saúde, que visa a saúde integral do paciente, do ser humano, para mim é assim, tem as equipes de saúde, o médico da família, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários (...) tem uma unidade com determinado número de equipes da família, três equipes, quatro equipes da família, essas equipes vivem assim pra promover a saúde, prevenir as doenças; que nem a gente faz com as visitas domiciliares, com orientação em relação à água (tem que sê filtrada)."*

Outro Auxiliar de Enfermagem revelou que ouvira falar do Saúde da Família só no interior do Estado de São Paulo ou na mídia:

> *"Bom, eu não conhecia o Qualis. Ouvia falar que no interior, no Nordeste, e saiu uma reportagem na televisão quando eu trabalhava no PAS, e eu via sempre essas reportagens da televisão dos agentes, do serviço dos agentes comunitário, sempre ouvia muito o agente comunitário de saúde – o trabalho dele orientando as crianças, orientando aquela pequena população pra não desperdiçar casca de alimento, aproveitando ao máximo tudo, fazendo farinha daquilo (…) pesando as crianças desnutridas (…) e eu sempre achava muito bonito, porque lá em no Nordeste o pessoal está meio abandonado. E quando entrou esse Programa, eu tenho visto muito na televisão mudança, satisfação das pessoas, de alguém lembrar que eles existem, de terem levado recursos pra eles, das crianças, da mortalidade ter diminuído, e tem aquela coisa – a criança que se alimenta bem, ela tem o incentivo pra ir à escola."*

Apenas um entrevistado informou que tivera vinculação com movimentos comunitários ou Conselhos de Saúde quando residia no interior do Estado de São Paulo, por meio dos quais tomou conhecimento do Projeto Qualis antes de vir trabalhar nas equipes da Zona Sudeste, confirmando a queixa dos líderes comunitários entrevistados na pesquisa (Jatene et al., 1999) de que a maioria dos selecionados para as equipes do Qualis não tinha vínculo com movimentos comunitários nem participação nas lutas locais (Marsiglia, 1999):

> *"... o Qualis é uma inovação, é uma coisa muito boa, é um Programa bom que surgiu aqui no bairro. Porque a gente nem imaginaria que*

ia (...) eu participando, que nem eu sou desse conselho de saúde – que agora chegou um convite pra mim do Movimento Popular de Saúde, que eu faço parte. Então, a gente participando desses movimentos de saúde, né, que nem a gente participou. Então, a gente estava falando sobre o Qualis (...) a gente vê nos movimentos de saúde a proposta do SUS, né?"

Os entrevistados, também, sempre reforçaram, em suas respostas, alguns aspectos do Projeto Qualis: ações e atitude de prevenção, funções educativas e de orientação de população, incentivo à busca de hábitos saudáveis, tentativa de mudar hábitos alimentares que prejudicavam a saúde da pessoa e da família. Esses pontos foram claramente expressos nos depoimentos abaixo:

"Porque se naquela casa a família come muito sal, come muita gordura, muita coisa temperada, com certeza, os filhos, netos, todos eles têm o mesmo hábito. E é assim, se eles têm a tendência a ter pressão alta, eles vão ter (...) porque eles vão comer, aí vão desencadear todas as doenças. As diabetes, a pressão alta e assim vai. Problemas do coração. Aí você conseguindo fazer uma transformação nessa família, é uma família que você conquistou. Se você conquistar toda a família, pelo menos a metade da família, um ou dois membros não tem condição de funcionar. E aí que eu acho que é mágico dentro do trabalho da gente. Você pode transformar, educar. Eu acho imprescindível (...) E se a gente puder fazer, transformar, ajudar, orientar, para que ele não tenha que ir até o hospital para se tratar..."

No entanto, mesmo ressaltando os aspectos educativos do Projeto, consideravam que o entendimento da população sobre o Qualis nem sempre era positivo, e as orientações nem sempre eram seguidas:

"... por enquanto eu acho que o pessoal ainda não entendeu o que é prevenção, eles vêm mesmo só quando estão doentes. A gente vai e fala, fala, mas às vezes também é por falta de dinheiro, para alimentação (...) só vem ao médico mesmo quando está doente, não se previne muito não."

Um ponto importante nas respostas foi a visão de alguns Auxiliares de Enfermagem de que o Projeto Qualis veio resgatar a ideia do Médico da Família que existia "antigamente", o que também fora uma experiência desenvolvida na região, em pontos isolados, no final dos anos 1980. Esse resgate apareceu no depoimento de Auxiliares de Enfermagem do Qualis Zona Leste e Norte:

"Olha, para a gente antigamente ouvia falar em médico da família. Como é que inclui. Muita gente não teve essa assistência de um médico da família. Parece que uns tempos atrás, uns governadores praticamente fez, mas não teve uma (...) não conseguiram implantar direito, aí caiu por terra. E agora está se fazendo de novo. Pra gente que somos profissionais é muito bom, porque você não vê só um paciente que chega aqui."

A questão da "invasão da privacidade" das famílias nas ações do Projeto Qualis e nas suas próprias atividades como Auxiliares de Enfermagem, quando iam ao domicílio das pessoas, apareceu nos depoimentos ora como aspecto negativo e preocupante, ora como aspecto positivo, como "vitória" do seu trabalho, conforme apontaram autores de estudos posteriores sobre o PSF em geral (Cohn et al., 2005). O depoimento abaixo de um Auxiliar de Enfermagem do Qualis Zona Norte evidenciou esse conflito:

"Hoje aqui, a gente é um pouco psicólogo, é um pouco amigo, é um pouco psiquiatra, é um pouco de tudo (…) A pessoa chama, eu vou até a casa, porque eu tenho acesso à casa do paciente (…) eu tenho aberta pra eu entrar, entendeu? E antes, não, a gente não tem esse poder de invadir essa privacidade. Porque, também, eles não davam essa brecha pra você invadir a privacidade. Entrar numa casa e ver o que estava acontecendo (...) Não existia isso. Agora existe uma interação, um vínculo muito grande. Eu fico preocupada quando aquele paciente não vem. O que foi que aconteceu? E eu vou atrás, falo com o agente comunitário, quando é o caso daquele paciente que está acamado e não pode vir até a unidade, eu vou até a casa dele, me interesso pelo paciente – às vezes eu chego, tá uma depressão, tá uma angústia, a

gente conversa, bate papo, no dia seguinte ele volta, agradecendo, que está melhor, tá tudo bem…"

O contraponto do Qualis com o Plano de Atendimento à Saúde – PAS, implantado no Município de São Paulo durante as administrações do Prefeito Paulo Maluf (1993-1996) e do Prefeito Celso Pitta (1997-2000), recorrendo às cooperativas para execução das ações de Saúde (Ianni et al., 2004), estava claro nas percepções dos entrevistados.

Percebia-se aí a opinião de funcionários mais antigos da área de Saúde, que já trabalhavam na Atenção Básica do Município ou do Estado de São Paulo, ou mesmo na Atenção Hospitalar da administração pública. Esse aspecto pôde ser observado especialmente em entrevistados do Qualis Norte:

"E eu estava trabalhando no PAS dentro da unidade houve um comentário que a Secretaria da Saúde estava aceitando currículo pro Programa Qualis, mas eu não sabia que era o mesmo Programa Qualis que eu tinha visto na televisão. Porque na propaganda é uma coisa, e até chegar à realidade você já viu mil coisas que não têm nada a ver. E o Qualis me chamou e eu fui: na entrevista, no grupo, no teste. E passei, fui aprovada, fiquei aguardando, e vim trabalhar. Quando vim trabalhar, fiquei surpresa, porque (…) eu trabalhei num hospital, trabalhei no PAS, trabalhei em posto de saúde, e agora voltei pra posto de saúde, auxiliar de enfermagem e paciente não tinham assim essa ligação. Meu interesse era curativo, mas, o que eu posso dizer, a interação com aquele paciente estava bem longínqua, porque a cultura era totalmente diferente. E hoje existe esse sistema..."

O mesmo ocorria ao ressaltarem as dificuldades anteriores de implantação do Sistema Único de Saúde e a contribuição positiva do Qualis nesse processo. Essa percepção constou do depoimento de auxiliares do Qualis Sudeste:

"O que é o SUS pra nós? É o Sistema Único de Saúde, pelo qual a gente lutou tanto nesses movimentos, junto com a Ana Patriarca, Eduardo Jorge, a Ivoneide, que a gente tem lutado tanto por esse SUS. Aí, de repente, parece que a gente tem dado murro em ponta de faca pra conseguir esse SUS. E tudo se modifica pra dar o contrário. Mas de repente vem, por cima de tudo, parece que (...) Aqui houve PAS? Aqui foi implantado o PAS? Em todas as barreiras acontecem esse ... que vocês chamam de médico da família, que é o nosso, agora, esse movimento aqui de saúde que a gente está lutando aqui, né? Do médico de família. Então, isso é muito bom pra nós. Muito bom. Agora, o PAS, que nem você está perguntando, aqui foi tentado. O Qualis faz muita benfeitoria, tem medicação, a pessoa procura medicação e tem, os médicos são de qualidade assim diferente..."

As equipes no projeto Qualis na visão do auxiliar de enfermagem

Indagados sobre a prática das equipes no Qualis, os Auxiliares de Enfermagem apontaram-na como um tipo de ação integrada, sem separação das atribuições de cada membro. Muitas vezes, referiram, em suas respostas, os objetivos do próprio Qualis, tanto na zona Leste quanto nas zonas Norte e Sudeste:

"A equipe do Qualis cuida da família toda (...) em outro serviço se alguém viesse ao posto e falava dos problemas de seu filho, o médico diria que ela veio ali para se consultar ela mesma. No Qualis, falei hoje para a mãe que veio e comentou que a criança estava com diarreia: traz ela hoje, que a gente tá vendo (...) cuida do bem-estar físico, mental e social da família, como diz a OMS (...) saúde não é só a ausência de doença, é o bem-estar dessas áreas. Prevenimos a doença ou se as pessoas têm problema, para que isso não seja crônico, para que a gente possa enxugar os hospitais que estão superlotados, de pessoas que não precisam ir lá. O Qualis não é bom só para a comunidade, é bom para o estado também."

Outros, ao falarem das atividades da equipe, especificaram as atribuições de cada um: do Médico, do Enfermeiro, do próprio Auxiliar de Enfermagem e do Agente Comunitário de Saúde:

"Tenta resolver os problemas. o ACS é um participante direto da comunidade, ele mora na comunidade, traz para a equipe todos os problemas que o paciente tem (...) e aí o auxiliar de enfermagem faz a visita dentro da capacidade que ele tem, e o enfermeiro vai também e o médico tenta resolver aqueles que têm problemas de saúde (...) aqueles que não têm, a gente faz trabalhos educativos para prevenir que não chegue ao ponto da doença. A equipe discute os problemas (...) tá com este problema, precisa da visita do médico, precisa de encaminhamento para especialista. O médico procura estar sempre junto da família, não só do indivíduo e não só como médico, mas como amigo também, porque acaba criando um vínculo..."

Alguns, ao responderem a essa questão, preocuparam-se em ressaltar as prioridades na área de saúde que eram atendidas pela equipe, como no depoimento abaixo:

"Então, na nossa equipe, a gente dá assistência ao menor, menor de um ano, assistência à gestante, não a de alto risco. Quando é de alto risco, ela é encaminhada para o ambulatório. Menor de um ano, com filho, a gestante, o hipertenso, o diabético, eles têm todo um aparato (...) grupos para fazer uma orientação, para o hipertenso, do diabético. Isso é muito importante, para o diabético, principalmente."

Outro fez questão de ressaltar que, embora a equipe tivesse domínio do conhecimento e capacidade técnica, ela deveria sobressair-se na capacidade de comunicar-se com a população, que tinha dificuldades em entender o discurso técnico. A ênfase na capacidade de transmitir o conhecimento era clara no depoimento de um Auxiliar de Enfermagem:

"Olha a Equipe de Saúde é de forma técnica até, técnica, mas com uma forma muito simples, que a gente tem que aprender a falar com o povo senão eles não entendem dando orientações pra que as pessoas..."

A rotina do trabalho das equipes no Qualis apareceu no relato de um entrevistado, o que permitiu perceber a dinâmica e o funcionamento do processo de trabalho, bem diferente de divisão sócio-técnica do trabalho dominante na área da Saúde, tanto em nível hospitalar quanto na Atenção Básica:

"É o médico de família. Quer dizer, então os agentes comunitários têm programado as visitas. Todos os dias elas colhem o que tem necessidade, passa na equipe. Todos os dias são passados por (...) são quatro na nossa equipe, é por equipe – e elas passam os problemas. Mesmo assim, são agendados os grupos, é... de hipertensão, diabete... todo esse trabalho."

Detalhando as atividades de cada membro da equipe no Qualis

Na perspectiva dos Auxiliares de Enfermagem, o trabalho médico era bastante valorizado e, em geral, eles se preocupavam em mostrar as diferenças entre o trabalho do Médico no Qualis e o trabalho desenvolvido por esse profissional em outras inserções no Sistema de Saúde.

"O médico faz consulta que é da competência dele, mas é uma consulta diferenciada porque ele é um generalista. Não é um clínico geral que trata ou manda pro ortopedista, por exemplo. O médico de família faz análise, conhece a história da pessoa, quer saber tudo dela, conversa com ela, quer saber o porquê das queixas, vai tratar, e só manda para um especialista quando achar realmente necessário."

Mesmo quando descreviam o que é "privativo" do trabalho médico, os Auxiliares de Enfermagem entrevistados procuravam ressaltar o que havia de diferente no trabalho deles, nas equipes do Qualis:

"Ele além de consultar aqui no consultório – ele tem os dias das consultas e as horas das visitas domiciliares – além de ele consultar, ele vai ver o ambiente de trabalho e vai fazer a consulta na casa, também, se necessário. E se a pessoa for prostrada, doente, ele vai na casa,

deixa um período assim, um tempo, pra que ele possa visitar esse paciente."

Já no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro nas equipes do Programa Qualis, alguns auxiliares falaram desse trabalho como se fosse um trabalho dependente ou auxiliar do trabalho médico.

Muitos entrevistados mostraram conhecer bem o trabalho do enfermeiro nas equipes e as inovações que apresentava quando inserido nas equipes de Saúde da Família, tais como seu papel no acolhimento, a consulta de enfermagem, detectar problemas e comunicá-los ao médico ou à equipe. Ao mesmo tempo, o papel do enfermeiro na gerência das equipes e das unidades foi bastante enfatizado pelos entrevistados, bem como seu papel na supervisão e educação continuada tanto dos Auxiliares de Enfermagem quanto dos agentes comunitários de saúde:

"Segundo o Programa ele tem capacidade para examinar fisicamente, que nem no acolhimento (...) já estão tendo treinamento para escutar, examinar, detectar algumas coisas que tá passando pelo médico. Eles não podem medicar. Tudo que fazem é com consentimento do médico... ele não pode dar o diagnóstico, mesmo que perceba alguma coisa (...) ele só pode colocar 'olha percebi isso...' Como a gente trabalha em equipe, então o enfermeiro detecta coisas, chega pro médico e discute."

"Enfermeiro é um supervisor, acho que o enfermeiro tem um papel fundamental, enfermeiro aqui faz parte da equipe gerencial além de tá coordenando trabalho dos agentes comunitários além dos auxiliares eles têm um papel de tá supervisionando todo esse trabalho (...) ajudá a gente a pensar, dá a educação continuada que é o papel deles também..."

Alguns apontaram ser o papel do enfermeiro único, dando-lhe papel de destaque, como "cabeça" da equipe:

"O enfermeiro é aquele que organiza e também, em qualquer hora que a gente não possa estar disponível, o auxiliar de enfermagem, ele está ali pra orientar a gente. Então, o enfermeiro aqui, além de ele amparar os panos de chão que são os auxiliares de enfermagem, elas fazem consultas também, muito importante..."

Já na apresentação do trabalho dos Auxiliares de Enfermagem, os entrevistados revelaram a satisfação com suas atribuições que, segundo eles, iam além das atribuições que sempre tiveram nas equipes de Saúde. Além de terem as atribuições que eles denominavam de "normais" ou "comuns" para os Auxiliares de Enfermagem (vacinação, medicação, dados vitais, injeção, curativos), faziam questão de ressaltar os aspectos educativos de sua função, as relações positivas com todos os membros da equipe (médicos, enfermeiros e ACS), as relações com as pessoas e as famílias cadastradas. Além disso, deixavam claro o "compromisso" que tinham com a prevenção, com a vacinação, enfatizando a responsabilidade com os resultados do trabalho.

"Além de fazer todos os procedimentos que um auxiliar normal, comum, dentro de um horário hospitalar, faz parte de vacina, medicação, cuidados, orientações, além disso faz visita domiciliar, onde a gente vê as necessidades, vê qual a prioridade, qual que precisa fazer..."

"Olha, fazemos grupos, tem o pessoal da caminhada os grupos de diabéticos, hipertenso, de gestante. O atendimento, no caso, aplicação de medicação, orientação se tiver que encaminhar o paciente pra algum lugar fornece o endereço. Se possível o telefone, se possível já marca a consulta, aplica medicação, faz exames do pezinho, vacina, inalação, medicação..."

Outros, no entanto, apenas descreveram as rotinas de trabalho, as escalas, os agendamentos:

"Segundas e quintas fico no posto fazendo coleta de sangue, limpeza dos equipamentos da sala de inalação, verificação de PA, curativos, informações dos pacientes antes de encaminhar para enfermeira e médico. Às terças arrumo a sala de cirurgia, para serem feitas pequenas cirurgias. Quartas sempre tinha capacitação, não sei se vai continuar, por enquanto estou livre e fico no posto. Às sextas fico na parte de ginecologia colhendo o Papa."

O papel do Agente Comunitário de Saúde, estudado por vários autores, como Silva e Dalmaso (2002), foi bastante valorizado pelos Auxiliares de Enfermagem, porque era uma novidade para todos. O discurso da proposta do Programa de Saúde da Família encabeçado pelo Ministério de Saúde foi bastante difundido, como se percebe na "fala" dos Auxiliares de Enfermagem, que pareciam tê-lo incorporado na sua integralidade. Todos falaram com entusiasmo sobre as atribuições do Agente: a visita domiciliar, o cadastramento, o elo com as famílias, seu papel como "representante" dos valores e conhecimentos da comunidade, a possibilidade de ter acesso ao conhecimento popular, a capacidade de "abrir as portas" para o restante da equipe e desenvolver o trabalho com as famílias e as comunidades.

> *"O agente... se não fosse ele eu não sei o que seria. Fazem uma visita por mês em cada família, depois que terminou o cadastramento e vão preenchendo uma ficha com informações gerais, convocam o paciente para os tipos de atividades e encaminham cobrando a participação. Na visita do médico o agente sempre acompanha. Trabalha com todo esse trabalho de orientação à comunidade. É um mensageiro dos médicos, após fazer visitas vai até o médico e passa os casos urgentes, trazendo e levando as informações..."*

Mas alguns consideraram que, apesar da importância, o trabalho do Agente era muito intenso e, por vezes, "até paternalista", como foi possível perceber no depoimento abaixo:

> *"Os agente comunitários aqui, coitados, é uma coisa que eu falo assim, trabalha demais, eu vejo agente comunitário aqui do Dom Angélico, trabalham muito, gente! Fazem a visita domiciliar, tem que cumprí, eles têm uma preocupação fundamental, olha pela experiência que eu tenho uns três agente, quatro agente comunitário da minha equipe que é o que a gente vivência mais, vive mais, gente eles têm uma preocupação tão grande com essa população que às vezes vira até paternalismo, é uma das discussões da equipe, porque tem coisas que a gente acha também, que a gente pode facilitar algumas coisas, mais algumas coisa a população tem que acordar, tem que buscar também, não é só ficar esperando..."*

Experiência de trabalho em equipe com vários profissionais

Nas entrevistas com os Auxiliares de Enfermagem, o trabalho em equipe recebeu diferentes tipos de avaliação. Algumas avaliações eram totalmente positivas e apontavam para o bom relacionamento, a busca de consensos, a possibilidade de aprendizagem e trocas na existência de relações mais horizontalizadas entre os profissionais, como foi possível perceber nos depoimentos abaixo de dois Auxiliares de Enfermagem entrevistados:

> *"Eu não tenho dificuldade na minha equipe. A gente conversa, a gente sabe entender o ponto de vista um do outro, mas acaba sendo difícil porque são muitas cabeças pensando... pensa diferente, mas a gente chega num consenso."*

> *"Eu adoro a minha equipe, sou apaixonada pela minha equipe, sabe, adoro os médicos, adoro enfermeira, é uma equipe muito unida e pra mim é muito bom porque você aprende muito, acho que a gente não ensina ninguém, a gente não só ensina, a gente troca uma equipe é uma troca."*

Diante de relações mais horizontalizadas no interior do trabalho em equipe, foi bastante valorizada a ideia de que "a união faz a força", como demonstraram as "falas" de alguns entrevistados. As ideias se tornavam mais acentuadas quando os entrevistados as comparavam com suas experiências anteriores na área de Saúde:

> *"Bem, é legal também. Porque os médicos... eu não sei se é, tanta oportunidade que eu já tive experiência, os médicos são muito simples, porque antigamente existia assim um degrauzinho, um degrau, né? O médico lá em cima, aí o enfermeiro um pouquinho igual ao médico, e o auxiliar e o atendente, antigamente, lá embaixo. E agora a pirâmide é ao contrário. A gente tem um valor, a gente pode opinar, falar... aqui mé-*

dico nem enfermeiro sempre tem razão. Todos têm razão e sabem o que estão falando. Ao passo que antes não. Antes era só o médico que tinha razão."

"A minha primeira experiência era em Pronto Socorro, é assim: o médico é separado (medicina e enfermagem), a medicina faz a parte dela e cobra da enfermagem, a enfermagem faz a parte dela e cobra (...) depois eu fui trabalhar em posto de saúde. Aqui é gostoso de trabalhar, o contato com o médico é direto... é linear, não tem aquela coisa de 'Ah, eu sou médico, tem que me obedecer'. O auxiliar da enfermagem dá bronca na enfermeira, a enfermeira dá bronca no auxiliar, o agente dá bronca na médica – o agente comunitário... a gente se entende assim. É gostoso de trabalhar em equipe com vários profissionais."

Outros se referiam ao trabalho em equipe como um trabalho que dava segurança, proteção e apoio técnico, principalmente aos profissionais recém-formados ou recém-inseridos na equipe, como ficou evidente no seguinte depoimento:

"A minha enfermeira técnica, porque eu entrei aqui recém-formada, foi meu primeiro emprego, ela sempre treinou os auxiliares e a gente teve um crescimento graças a ela ser uma enfermeira técnica de alta qualidade. Ela teve paciência, soube investir em vocês e hoje tá tendo os resultados. Ela pode deixar um acolhimento na minha mão, ela vai confiar porque ela sabe que eu sei. E trabalhar em equipe, um complementa o outro..."

Em outras situações, ainda na perspectiva dos próprios Auxiliares de Enfermagem, o entrosamento no interior da equipe era de tal ordem, que parecia haver certa "mistura" ou sobreposição dos papéis e das atribuições. Essa observação foi feita como uma característica positiva desse tipo de trabalho:

"Se te falo do que faz a enfermeira, o auxiliar, o ACS, você vai falar, caramba, parece que você é médica, a enfermeira é auxiliar... porque a gente tá com um conceito tão legal de equipe, em que o médico não é o centro das atenções..."

Um pronunciamento interessante se referiu às características individuais dos auxiliares, tais como facilidade de falar (ou dificuldade em fazê-lo), os limites / possibilidades da participação de cada profissional na equipe. No entanto, esses entrevistados consideravam que, apesar das dificuldades individuais ou dos atributos pessoais, a equipe acabava tendo influência positiva sobre seus componentes, procurando fazer com que as pessoas superassem as dificuldades em se colocar no grupo:

"Olha, eu sou uma pessoa (risos), que eu não falo muito. Então, eu assim, eu acho que tem gente que tem muita facilidade – próprio de cada pessoa, a pessoa tem facilidade pra falar, tem as palavras pra usar, tudo. Tem outras pessoas que têm muita dificuldade. Então, na minha equipe é assim particular, eu e uma colega, a gente temos essa dificuldade, mas o pessoal empurra a gente, dá uma força. Você sabe fazer tudo, só que se não sabe expressa. Então, e outras pessoas já têm aquela facilidade..."

Alguns aspectos negativos também apareceram no discurso dos entrevistados, embora de forma menos acentuada e menos frequente: algumas desavenças que precisavam ser enfrentadas no interior da equipe, o que, em geral, conseguiam. Essa percepção apareceu tanto entre Auxiliares de Enfermagem da Zona Leste como da Zona Sudeste. A ideia de que a equipe poderia ser uma "segunda família" para os auxiliares, uma vez resolvidas as diferenças, foi enfatizada:

"É uma coisa superlegal. É difícil porque é vários pensamentos, é várias opiniões. Mas assim, acaba sempre virando uma família só. Então sempre a gente tá falando de uma coisa ou de outra pra (...) sempre tá ali, gerando uma coisa só. Querendo ou não é nossa segunda família."

Os pontos negativos eram sempre "externos" à equipe: foram localizados nas dificuldades em encaminhar pacientes para outros níveis de atendimento:

"... É difícil de trabalhar com a minha equipe? É. Porque temos que pensar juntos, e

nem sempre dá tempo… de pensarmos juntos. É uma correria… Nós somos todos dedicados, procuramos fazer sempre dentro do nosso limite, dentro do que o sistema pede (…) Tem problema, não é um mar de rosas; tem problema, sim… às vezes a gente não consegue resolver um caso, a gente entra em discussão, em debate, às vezes a médica não consegue, vamos supor, se encaminha um paciente pro hospital, como já aconteceu… não consegue resolver a gente trabalha tentando resolver o maior número de problemas possível. Porque nem tudo a gente consegue resolver por falta de nós termos um apoio de um hospital. O Qualis poderia fazer um hospital só pra atender as famílias, a Saúde da Família. Porque os hospitais lá fora, do Estado, eles não dão muita atenção pro nosso trabalho, Eles ouvem falar que o Qualis paga bem. Todos os hospitais que a gente manda paciente pra atender, e está lá Programa Qualis, eles mandam de volta. Isso já aconteceu muito. "Ah, o Qualis resolve. Vocês ganham bem, resolvam isso!"Principalmente se mandar pro PAS..."

Outro ponto negativo: a "situação social precária" em que viviam as famílias, e que a equipe não sabia como enfrentar quando interferia em seu trabalho. Nesse caso, ficavam "pendências" não resolvidas e, embora houvesse bom relacionamento no interior da equipe, o trabalho trazia dificuldades para os seus membros. O trabalho era definido como "penoso", embora eles não usassem este termo:

"... Nem tudo a gente consegue que seja resolvido no mesmo dia; têm coisas que fica sempre assim pendente da nossa resolução, da resolução do médico, da resolução da enfermeira (…) Têm pessoas que não têm condições de ir ao médico, a gente diz Então, têm coisas que fica muito pendente. Precisava de um assistente social aqui dentro. Pra que ela desse cobertura pro nosso trabalho. Porque nem tudo o médico resolve, a enfermeira, o auxiliar e o agente resolvem. Porque a assistente social tem uma porta aberta uma reserva de um passe (…) Muitas vezes, as pessoas não têm passe pra ir ao médico … nem dinheiro pra ir ao médico, Então, o nosso trabalho difícil."

Trabalho do auxiliar de enfermagem na equipe de Saúde da Família

Em geral, os entrevistados enumeraram o que seriam as atribuições de um Auxiliar de Enfermagem na área de Saúde, e na proposta do Ministério da Saúde para o PSF (Brasil, 1997), reforçando as particularidades do trabalho: relação com as famílias (dentro e fora da unidade de Saúde), o envolvimento, o compromisso com a cobertura vacinal da população...

"A gente entra mais dentro da vida do paciente. A gente vê necessidades... você não está se limpando, por quê? Às vezes não tem nem o que comer, então por isso que está assim. Se eu for testemunhar hoje? Você se envolve mais."

Outros ressaltavam, para além das atribuições tradicionais de sua ocupação, o fato de participarem das reuniões de equipe ou das reuniões de grupo com os usuários dos serviços, das visitas domiciliares, mesmo que suas primeiras experiências nessas novas atividades não tivessem sido programadas com antecedência:

"Olha, além de ter as reuniões, que ali é repassado todos os probleminhas e conversado. Tudo, tudo se é resolvido ali, antes mesmo da gente começar a trabalhar. Primeira coisa é reunir pra vê que é a pauta do dia, porque sempre tem a pauta do dia. É... eu ainda não tô muito engajada nos grupo porque eu tô aqui há pouco tempo. Foi marcado um grupo pra mim, me preparei todinha, não tinha ninguém pra cobri, eu tive que ficá lá, não fiz feio..."

Alguns entrevistados ressaltaram a disponibilidade para atender às pessoas, mesmo fora do horário de trabalho, principalmente aqueles que moravam no bairro e eram procurados em suas residências:

"O meu trabalho é um trabalho que eu gosto de fazer, eu me preocupo não só o horário que eu estou aqui – eu me preocupo as 24 horas do dia. Sabe? No fim de semana às vezes apa-

rece gente no meu portão, porque eu moro no bairro, a gente termina atendendo porque a gente não deixa de atender, e termina eu trabalhando a semana toda aqui, as oito horas que a gente passa aqui, o sábado, o domingo, se aparecer à noite alguém em casa, porque sempre vai, pessoas com muita febre, que a gente vai indicar onde fica o São Mateus."

A articulação das equipes de Saúde da Família com outros profissionais, médicos especialistas ou equipes de Saúde Bucal ainda era muito pequena, porque, em geral, eles não existiam no Programa, ou eram em número muito reduzido e mais concentrado nas equipes das zonas Leste e Sudeste.

"Sua equipe não tem especialistas, diz não estar muito informada, mas sabe que tem Programa para incluir dentista... uma das escolas tem equipamentos e instalações que nunca foram usadas, e a equipe do Qualis está louca para pôr para funcionar... e na própria unidade do Qualis há um espaço para montar um consultório odontológico."

Apontaram que havia reivindicações da população nesse sentido, especialmente para o acesso às equipes de Saúde Bucal:

"A população pede que tenha dentistas; as gestantes, as crianças e outros pacientes precisam do atendimento."

Necessidades da população local e respostas do projeto Qualis

Indagados sobre os problemas de saúde que a população do bairro apresentava, os Auxiliares de Enfermagem informaram, como resposta mais frequente, as prioridades que foram definidas para atendimento no Programa: hipertensão e diabetes. Além desses, a desnutrição aparecia, na percepção deles, como outro problema comum nessa população:

"Hipertensão, desnutrição, diabetes, problemas cardíacos, tuberculoso, problemas respiratórios, bronquite, pneumonia, renite, sinusite, que mais, diarreia, muita diarreia, verminose..."

Outras patologias também foram citadas pelos entrevistados, embora com menor frequência: problemas respiratórios, gastrointestinais, dermatológicos, paralisias e o HIV.

De certa maneira, havia a percepção, pelo menos de uma parte dos Auxiliares de Enfermagem, de que, além das prioridades definidas pelo programa com base em uma análise do perfil epidemiológico da população brasileira como um todo, a população local era acometida de outras patologias. Vale a pena ressaltar que esse tipo de percepção apontava para uma tendência das equipes de Saúde da Família a não atenderem apenas as prioridades definidas pelo Projeto, mas a contemplar a demanda específica de cada unidade de saúde. Foi possível perceber abertura da equipe para captar a demanda espontânea da população no cotidiano do trabalho.

"Olha, do mínimo que é a diarreia… diarreia; escabiose, que é a sarna, que a gente fala aqui, tem muita sarna; hipertensão, que é a pressão alta; hipotensão, a baixa; muita cefaleia, dores de cabeça, por causa da carência de vitaminas; de pele, dermatológicos, nós temos muito; problema ocular, muito problema de catarata, visão... e temos também dermatológicos eu já falei… muitos lombricoides, problemas de vermes, verminose, esquistossomose; e muito agora, apareceu bastante com esse negócio das drogas, o HIV, os portadores do vírus. Nós temos muitos pacientes de HIV-positivo."

Os problemas sociais também apareceram nas respostas de alguns auxiliares, especialmente os problemas ligados à adolescência, como a gravidez precoce, o consumo de álcool e drogas ilícitas, e a violência domiciliar:

"Problemas de saúde muito grave que não é uma doença, mas tem que ser colocado, gestante resistente que não quer os filhos, tem muito caso de adolescente gestante, não é doença,

mas é um problema prioritário (...) gestantes que não querem estar grávidas, não querem os filhos, violência domiciliar, vem do alcoolismo, nós não trabalhamos muito, eu não enxergo porque eu não conheço, mas a gente sabe que tem muita droga, mas eu, na verdade, não é que a gente não trabalha a questão da droga, mas aqui a gente só recebe as influências da droga, as vez chega uma mãe de família, tá com o filho drogado, aí chega aqui doente, com a diabete alta."

Quanto aos problemas mais atendidos pelas equipes do Qualis, alguns dos entrevistados apontaram que eram os problemas mais frequentes da população em geral (hipertensão e diabetes) e, no caso do bairro em que atuavam, acrescentavam os problemas ligados à desnutrição, em algumas microáreas. Nessa perspectiva, revelaram que havia uma decisão superior com respeito às prioridades, mas havia também a possibilidade de a equipe adaptar-se às necessidades locais, acrescentando outras prioridades no atendimento, como era o caso da desnutrição.

"Hipertensos e diabéticos, porque são os problemas de saúde mais frequentes. Em todo local o número de hipertensos cresce dia a dia, o número de diabéticos também. Tem também muitos desnutridos, não em todas as áreas, mas em algumas existem. A gente tá tentando sanar isso, tem um esquema montado para pesar todas as crianças."

Outros consideravam que não havia decisão dos níveis superiores sobre o que as equipes deviam atender. Elas mesmas definiam suas prioridades, a partir do que aparecia como demanda espontânea, ou pela análise das rotinas de consultas, andamento dos grupos de usuários.

"Hipertenso e diabetes. Não, não ficou decidido. Foi assim, porque com o trabalho com os grupos, com a consulta, com o acompanhamento você percebe mais, pelo levantamento, é o hipertenso e o diabético mesmo nessa região... a prioridade será entre hipertenso e diabéticos, a gestante, o desnutrido e menor de um ano. Porque cada Qualis tem a sua realidade. Aqui é o hipertenso e o diabético. Nos outros Qualis, para lá, para Itaquera, os outros Qualis que tem, a realidade deles... A situação é outra. Cada região tem sua particularidade."

Um argumento apareceu em um dos depoimentos: a equipe devia atender a todos os que a procuravam para evitar que o processo patológico se agravasse e a pessoa tivesse que utilizar tratamentos de alto custo. De certa forma, a justificativa era desenvolvida na perspectiva da prevenção, mais especialmente do ponto de vista do custo para o sistema de saúde como um todo ou para a sociedade, e não da satisfação das necessidades dos que procuravam a unidade de saúde.

"Bronquite, pneumonia e hipertensão, são três pontos que eu acho que são os maiores. Porque aonde precisava ser atacado, eu acho que você tem que tá levando, e desnutrição que eu esqueci de falá. Quanto vai custar o tratamento de uma pessoa que teve um derrame cerebral? Quanto vai custar um tratamento de uma pessoa que teve um ataque cardíaco?"

O atendimento era desenvolvido também para evitar que as pessoas que tivessem determinadas patologias necessitassem de encaminhamentos para outros níveis de atenção, como o hospital, diante do agravamento de sua doença. Esperavam alguns dos entrevistados que essas medidas, por eles classificadas como de prevenção, pudessem reverter o excesso de demanda no nível hospitalar:

"Então, eu acho que é... que... deu o Programa, é justamente pra prevenir tudo isso. Porque se prevenindo, depende do caso, de que precisa interná hipertensão... os diabético, desnutrição, todos esse aí se fizer um trabalho em cima, não precisa ficá indo em hospital, pode se prevenir muita coisa. Então é por isso que a gente batalha em cima desses grupo, em cima dessas orientações. Justamente por causa disso."

Chamou a atenção, ainda, que alguns Auxiliares de Enfermagem não sabiam ou nem mesmo consideravam que não havia nenhuma decisão da equipe ou

de nível superior sobre problemas prioritários a serem atendidos no Qualis:

> *"Não, eu acho que não foi uma coisa decidida, é uma coisa que tá mais na procura mesmo, porque assim os pacientes têm muito mesmo. É muita hipertensão, muitos diabéticos. Lógico, tem outros casos, mas acho que o número maior mesmo são hipertensos e diabéticos."*

Opinião da população sobre o trabalho do Projeto e das equipes

Sobre esse tema, os Auxiliares de Enfermagem fizeram várias considerações. Havia, entre eles, a percepção de que o Projeto era muito bem visto pela população, concordando com as lideranças entrevistadas na pesquisa (Marsiglia, 1999): os moradores costumavam apresentar sua satisfação verbalmente em vários eventos, situações e instituições do bairro em que moravam, o que ficava mais evidente para os Auxiliares de Enfermagem que também moravam no bairro em que estavam trabalhando. Essa visão foi exposta claramente por dois Auxiliares de Enfermagem que moravam e trabalhavam no mesmo bairro da área de abrangência de sua equipe de Saúde da Família, nas zonas Leste e Sudeste (alguns chegavam a comparar com o atendimento de convênios).

> *"Demais. Pelo que eu tenho conversado com a população no fim de semana, na igreja, na hora da missa, mesmo quando a gente aparece em outras igrejas aí pra participar – que a gente chama assim de participar – eles falam da beleza do Qualis... Do que elas mais gostam? Eles falam que o Qualis é como se fosse um convênio, que eles não têm. É como se fosse a Sul América – porque teve pessoas que já trabalhou, como eu mesmo, o meu marido trabalhou na GM e a gente tinha Sul América – e agora que ele saiu, aposentou, não tem mais. Aí, as pessoas falam: É como se fosse a Sul América ou a Amil, porque é um tratamento muito bom, o Qualis, eles falam... O que elas mais gostam? Ah, eles gostam..."*

Outros, no entanto, consideravam que "não é possível ajudar a todos", especialmente porque muitos moradores da região tinham uma concepção sobre a saúde mais limitada à assistência médica, ideia arraigada na cultura brasileira a partir das experiências com relação aos serviços de saúde nas décadas anteriores. Essa concepção, essencialmente assistencial, chocava-se com a concepção da "atenção à saúde": promoção da saúde, prevenção da doença, desenvolvimento de hábitos saudáveis de vida.

> *"Nem todo mundo adora, é impossível agradar 100% das pessoas, porque as pessoas têm uma cultura no Brasil, é difícil dela mudar. Posto de Saúde é para chegar e ser atendido, mesmo com uma dor de dente; então é por isso que tem acolhimento, pra pessoa nunca sair com um não daqui. Se houver necessidade ela vai passar no médico... Mas à vezes ela fala: fui lá e não fui atendida..., não como ela queria porque existe essa cultura, e o Qualis é uma cultura diferente desses outros postos de saúde que estão por aí. As pessoas que entendem o que é o Qualis vão falar bem..."*

Essa era uma das explicações expressas por alguns Auxiliares de Enfermagem para o fato de alguns usuários terem críticas ao programa. Mas, segundo esses mesmos entrevistados, embora houvesse críticas ao Qualis da parte de alguns usuários ou moradores locais, a maioria da população avaliava positivamente o Programa e seu funcionamento.

Outra opinião exposta pelos auxiliares era a de que *"quem conhece e segue direitinho"* as orientações das equipes avaliava positivamente o programa. Os aspectos mais valorizados pelos usuários, segundo os entrevistados, foram: o vínculo que se estabelecia entre os membros da equipe e os que eram atendidos; a valorização das relações de proximidade, especialmente com os médicos; e a possibilidade de "escolha" do médico.

Esse aspecto podia ser idealizado pelo Auxiliar de Enfermagem, porque o Projeto, ao contrário do exposto acima, "fixava" um conjunto de famílias com uma equipe de saúde a partir do cadastramento, da regionalização das microáreas, das visitas domiciliares e dos atendimentos na unidade de saúde.

"Quem conhece direitinho o Programa gosta. Acho que o que eles mais gostam é daquela afinidade que você faz com o paciente, o elo, da amizade, o espaço (...) ele vê você como parte da família... acho que é mais essa abertura que a gente tem. Quem segue direitinho é um paciente que se gosta."

"Gostam, cada um tem preferência pelo seu médico de família. Solicitam marcar consulta com os doutores ou enfermeiras pelo nome, eles gostam do vínculo, eles querem a sua equipe, o seu médico."

Relataram, ainda, os entrevistados, para "comprovar" a avaliação positiva do Qualis entre a população, o receio de muitos usuários de que o Programa pudesse ser extinto na mudança do governo estadual.

"Alguns percebem que gosta, eles demonstram. Teve a época que o Covas ia ser eleito. Se não fosse, o Qualis ia acabar, então a gente comentou com o paciente. Se o Maluf fosse eleito, alguns choravam até..."

O empenho da equipe no trabalho, o respeito no relacionamento com os usuários, a ênfase nos programas educativos foram apresentados também como aspectos avaliados positivamente pela população. Os entrevistados compararam, ainda, a experiência que estavam vivendo no Qualis com as experiências que tiveram com o Programa de Saúde da Família em outros municípios, e concluíam pela positividade da prática mais recente.

"A gente tem notado assim – eles não falam do que eles mais gostam – eles gostam de tudo, eles falam da educação da gente, que a gente com o maior trabalho, porque a gente corre demais, a gente não tem tempo nem de respirar, eles notam, mas notam também que a gente atende eles sempre de boa vontade. Então, eles falam da educação."

A comparação com outras formas de atenção à saúde ou com a assistência médica levava a uma avaliação positiva do Qualis, tanto da parte da população quanto na percepção dos Auxiliares de Enfermagem que, muitas vezes, misturavam sua avaliação com a dos usuários.

Alguns, no entanto, procuraram apontar algumas polêmicas que existiam, mesmo adiantando que o atendimento era bem melhor do que em outros tipos de serviços: a população apresentava queixas com respeito ao Qualis, porque havia dificuldades no atendimento proporcionado pelas equipes (excesso de demandas, insuficiência de recursos físicos e humanos) ou porque elas mantinham expectativas sobre as formas de atendimento "antigas", com as quais estavam acostumadas. Depoimentos de Auxiliares de Enfermagem das equipes localizadas nas três zonas expressaram percepções semelhantes e apontaram, ainda, para as dificuldades do Pronto Atendimento no Programa, e a "vergonha" de algumas pessoas ao receberem a visita domiciliar do Agente ou do Auxiliar de Enfermagem:

"... se for pela ótica do Pronto Atendimento não, porque é demorado, porque é muito lotado, engraçado que vai ser um pouco polêmico o que eu vou colocar, a gente, quando coloca a questão da prevenção, eles recebem bem, algumas informações eles gostam, quando se vai discutir qualidade de vida pode não gostar de se reunir, mas eu acho que é muito polêmico isso que eu vou colocar: ao mesmo tempo que eles gostam, recebem bem, mas criticam porque demora muito."

As comparações do Qualis com o PAS (da gestão municipal da saúde) eram comuns entre os entrevistados:

"Antes do Qualis, era um transtorno. A gente não tinha pra onde mandar o povo. Eles ficavam aos imboléus (?). A gente mandava pro Hospital Heliópolis, em Santo André, lá pro lado de São Caetano; mandava o povo pra Vila Mariana, pra dois hospitais que até já fechou lá pro lado daqui do Ipiranga, em Vila Prudente tinha um hospital que era da Vila Ema que fechou, onde a gente mandava o povo; e São Mateus... e também o Hospital Benedito Montenegro, que nós chamamos do IVA, que é o mais perto daqui, que era aqui na Barreira Grande,

e ele é do PAS. Mas, depois do PAS, virou um transtorno. Não atende assim como atendia antes, quando era da Prefeitura. Quando era só da Prefeitura, não tinha esse negócio do PAS, as pessoas chegavam, eram atendidas, mas com o negócio do PAS tem uma barreira – eles dizem que falta não sei o quê, não tem funcionária, não tem… É. O antes e o agora. Já, já dá pra perceber. Em que sentido? Assim, por exemplo. No início, a gente notava assim que o povo tinha uma interrogação. A gente notava assim que eles falavam: Não é outro PAS que está chegando? Eu mesma, várias vezes, junto com o povo, pensei: Meu Deus, será que vai ser outro PAS... Nós vamos lutar pra que realmente este Qualis vá em frente. Então, a gente lutando junto, tem notado assim que tá melhor, que a gente… a diferença é que parece que se solidificou alguma coisa, que alguém tá acreditando, parece que a verba tá saindo porque tá acontecendo um trabalho. A gente tem notado assim a dificuldade nas reuniões que a gente tem ido que o Qualis está sofrendo, mas que a gente está notando também que com o nosso esforço, com a população juntamente, parece que o povo também está crendo que o Qualis..."

As críticas mais frequentes diziam respeito à demora no atendimento na unidade de Saúde, à falta de medicamentos, à fase inicial de implantação das equipes, ao fato de os que residiam fora da área de abrangência não poderem ser acompanhados, ao fato de serem atendidos pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Enfermeira, e não pelo Médico. Entretanto, os entrevistados consideravam que seu papel era "educar" a população, mudando seus hábitos quanto ao atendimento na saúde:

"É que no começo é assim, tudo é muito assim confuso no começo. A gente tá caminhando. Ele tem só um ano, então, às vezes, no começo é um pouco confuso mesmo, mas agora eu sinto que as pessoas realmente estão satisfeitas."

"Às vezes, assim, os paciente fora de área que não vem.. que vem pra sê atendido querendo fazer acompanhamento aqui, tratamento aqui. E não dá. Porque o ti... o programa Qualis é uma coisa mais restrita pra que faça um atendimento adequado."

Antes da implantação do Qualis, os moradores da área procuravam os Prontos Socorros e os Hospitais localizados na região e até os Hospitais do centro da cidade, mas, na percepção dos auxiliares, o atendimento era precário e insuficiente. Para os problemas de hipertensão e diabetes que exigiam acompanhamento, esse tipo de atendimento imediatista nos PS e hospitais, para alguns usuários, era visto como ruim; outros, ao contrário, reclamavam do modelo de atendimento das equipes do Qualis: mais "demorado". Observavam também que as unidades de saúde de Atenção Básica, que existiam na área antes do Qualis, funcionavam muito mal: faltavam recursos humanos, especialmente médicos, remédios etc.

"Antes tinha um posto aqui, mas não funcionava na ideia do Qualis. Acho que a dificuldade da população entender o nosso trabalho é aceitar justamente isso. Porque eles estavam acostumados com uma maneira diferente de trabalho, não em cima da orientação, que muita gente acha isso besteira. Então para mudar a educação, a mentalidade deles tá sendo muito difícil, muitas vezes por isso."

Como se viu nos depoimentos anteriores, os "postos de saúde" locais, sendo precários, influenciaram o "hábito" da população de só usar o serviço para consultas, dificultando o desenvolvimento de processos educativos, preventivos e de promoção da saúde que o Qualis queria implantar.

O Qualis: implantação e consolidação

Segundo os Auxiliares de Enfermagem, no início da proposta, a população não sabia o que era o Qualis, não o entendia e, frequentemente, o confundia com o PAS da gestão municipal. Os entrevistados faziam questão de ressaltar o trabalho de toda a equipe, não só do Agente Comunitário de Saúde, para explicar os princípios do novo Projeto às famílias da área:

"Antes eram assim, elas não sabiam direito o que era o Qualis. Elas achavam até que o

Qualis era o PAS. Confundiam e perguntavam, aqui não é o PAS? A gente falava, não, aqui é o Qualis. Eles acham a diferença assim, que eles percebem, é porque eles procuram o posto, em hora errada. Só vão ao posto quando estão doente. Mas aqui é um aconchego para eles."

Havia, no início, segundo os entrevistados, certo receio da população especialmente em relação à visita domiciliar. Mas, com o desenvolvimento da experiência, passado o período eleitoral, como houve expansão do Programa, a confiança da população começou a aumentar. A mudança da "desconfiança" da população para uma atitude de confiança foi ressaltada, embora alguns achassem que ainda havia muito "a caminhar."

"O que eu posso te falar é dos sete meses pra cá . Desses sete meses pra cá eu acho que já existe alguma coisa, eu acho que já existe algumas pessoas mais bem informadas do Qualis tanto que as pessoas já estão se dispondo a fazer alguns trabalhos com a gente, mais como eu já falei de uns sete meses pra cá existe uma caminhada, eu acho que aqui no (...) existe altos e baixos, tem horas que querem entender, tem hora que volta tudo e quer PAS."

A melhor compreensão da comunidade sobre o Qualis foi atribuída, por um dos auxiliares entrevistados, ao avanço da compreensão da própria equipe sobre os princípios e o funcionamento do Projeto:

"Mas agora eu acho que tá... a equipe, nós aqui também... nós também tamo consciente, a gente sabia o que era o Programa, lutava, tudo. Mas eu acho que agora, de uns tempo pra cá, que houve uma conscientização melhor."

Outro demonstrou sua própria satisfação com o trabalho, com a valorização e coordenação do processo, e o via como reflexo da satisfação que a população vinha apresentando com a Atenção à Saúde no Qualis: ser ouvido, ouvir os outros, formar consensos, dialogar, respeitar as pessoas:

"Olha, eu sinto que as pessoas estão cada vez mais satisfeitas porque eu acho que a gente tem uma coordenação perfeita, a parte da direção também perfeita que sempre tá procurando, melhorando, assim, eu nunca trabalhei na minha vida num lugar que as pessoas não fazem diferença. Aqui sempre nós somos iguais, escutam a minha opinião que sou auxiliar de enfermagem, escutam a opinião do agente comunitário. Eu acho que é assim que a gente se constrói. Não sei o que elas pensavam, antes. Eu sei que não só as pessoas aqui da área que passam pelo médico de família, que moram na região de Jardim Guaracá, mas as pessoas que passam nas especialidades também, elas elogiam muito."

Participação da população no Qualis

Nos vários depoimentos, os Auxiliares de Enfermagem demonstraram o empenho das equipes em buscar a participação da população, mesmo nas áreas em que os Agentes Comunitários não tiveram experiências anteriores nos movimentos sociais ou em trabalhos comunitários. Em geral, os entrevistados arrolavam as atividades desenvolvidas, as reivindicações, os movimentos nos quais se estimulava ou se contava com a participação da população e, especialmente, com o apoio de entidades e lideranças locais:

"Participam através do Conselho de Saúde... Dª Matilde é uma líder comunitária que vê o problema e passa para a gente, e a gente tenta resolver junto aquilo que eles acham mais necessário para eles."

Alguns percebiam que parte dos moradores se entusiasmava mais ao participar de atividades com certo caráter lúdico, como bingos, festas, hortas, caminhadas, do que das reuniões dos conselhos ou dos grupos.

"Normalmente elas participam demais, no bingo. Sempre faz bingo. A gente sempre promove bingo. A gente faz bingo, festa do dia das mães, festa da terceira idade. A Cristina, nossa auxiliar de enfermagem, nossa colega, ela está fazendo um canteiro no pátio de plantas medi-

cinais, eles têm colaborado muito. Traz as mudas de planta, eles mesmos vêm, fazem os canteiros, arruma o canteiro, carpe. A comunidade, eles participam bastante."

Mas também relataram que, em algumas áreas, apesar dos apelos e dos incentivos, a população não participava dos Conselhos, das reuniões de grupos e das atividades:

"Fazem muitas reuniões com a população. Mas o pessoal de Vila Guilhermina não vai nas reuniões, a gente tem que conquistar, é muito preguiçoso, é difícil está nos grupos... mas a gente tá conseguindo, já tem vindo mais pessoas nos grupos."

Mesmo assim, alguns entrevistados reforçaram o empenho das equipes para estimular a participação da população, especialmente quando estavam explicando o que era o Qualis:

"Nas reuniões que a gente faz com o povo da comunidade. Quem organiza as reuniões são as agentes comunitárias, e vem bastante gente, vêm as lideranças da comunidade, pessoal que já trabalha com esse tipo de coisa. Os próprios usuários mesmo, o pessoal que mora mais perto."

Embora os Auxiliares de Enfermagem afirmassem que participavam das atividades com a população local, alguns admitiam que eles próprios não estavam presentes nas atividades de caráter comunitário, limitando sua participação aos grupos educativos na própria unidade de saúde ou na comunidade. Comentavam esses depoentes sobre a importância de se "falar na linguagem do povo" para poder comunicar-se melhor com eles, e sobre o trabalho de esclarecimento constante sobre os objetivos do Qualis:

"Tem também reunião do Conselho, mas eu não participo. Posso falar dos grupos, não adianta falar abobrinha, não falar na linguagem deles; os ACS convidam, a gente marca horário, local. Às vezes vamos para á área do ACS para explicar o que é o Qualis, o que é a equipe."

Prática no Qualis: aproximação dos entrevistados com a proposta, o que sabiam sobre o trabalho, processo de seleção e treinamento

As razões que os levaram a candidatar-se a trabalhar no Qualis, segundo os depoimentos, eram variadas, mas se concentravam em torno da "oportunidade" no mercado de trabalho em saúde, ou pelo interesse por esse tipo de "trabalho diferente" em saúde. Essa última alternativa foi assinalada com mais frequência pelos entrevistados que já trabalhavam como Auxiliares de Enfermagem em hospitais ou mesmo em unidades básicas de saúde, isto é, que já tinham experiência na área de saúde, em qualquer um de seus níveis:

"Eu não sabia o que era o Qualis, eu estava no Cachoeirinha (hospital da região norte), em contrato de emergência, aí um colega meu disse que na Secretaria da Saúde estavam pegando currículo de auxiliar, aí eu levei um CV e me chamaram para uma entrevista."

A oportunidade de emprego em um mercado de trabalho restrito, especialmente para a mão de obra feminina, levou muitas dessas pessoas a buscar a formação como Auxiliares de Enfermagem, no início dos anos 1990, e perceber, no Qualis, uma possibilidade nova de inserção ou reinserção no mercado de trabalho formal, em melhores condições, especialmente salariais:

"Eu já era auxiliar de enfermagem (...) eu entrei e não sabia nem o que era, só depois que comecei a trabalhar é que fui saber. Eu sabia que ia trabalhar fora, fazer visita nas casas, curativos, isso eu sabia. Agora, o que era a coisa, a grandeza de tudo, como que era, qual o objetivo, tudo isso eu não sabia de nada."

Poucos entrevistados afirmaram que já conheciam as linhas gerais da proposta Qualis, ou que procuraram aproximar-se das experiências porque já as conheciam e desejavam candidatar-se às vagas de tra-

balho. Alguns disseram já ter ouvido falar do PSF, mas apenas em municípios do interior do Estado de São Paulo:

> *"Eu sabia, do interior, que tinham as agentes que saíam para dar as informações e até mediam e pesavam, aqui somos nós, as agentes não fazem isso, aí que eu vim saber, mas eu gostei."*

Alguns informaram ter tido referências sobre o Projeto Qualis por meio de amigos e parentes, mas o mais frequente foi tomar contato com a proposta nos próprios cursos de formação como Auxiliar de Enfermagem, realizados pelas duas parceiras iniciais da SES/SP, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini. Essa proximidade foi importante para o desenvolvimento das equipes no Qualis, permitindo que alguns Auxiliares de Enfermagem se candidatassem às vagas abertas nas equipes a serem implantadas:

> *"Ah, pela ideia do Programa, eu fazia o curso de auxiliar lá no Santa, e a Zenaide que é uma das coordenação foi colocar lá na escola o Programa, qual era o objetivo, falei: mas é naquilo que eu quero trabalhar, e no fim tô aqui."*

Razões pessoais foram apresentadas também, mas isoladamente, como no caso de um Auxiliar de Enfermagem que, por ter experiência pessoal com as patologias prioritariamente atendidas pelas equipes do Qualis, considerava que poderia contribuir para o trabalho educativo com sua "vivência" como paciente:

> *"Sou diabética desde os 9 anos, e queria passar sua experiência como paciente para os outros. Trabalhava e participava de um grupo de Diabéticos Juvenis no Município de São Paulo (...) quando fiz meu curso gostei muito de saúde pública e meus professores viram que eu tinha jeito para tá falando com as pessoas... então eles me deram a maior força pra eu vir pra cá. Tem também o meu lado, eu sou transplantada, tenho imunidade baixa, o serviço em hospital e o contato que tenho com as doenças aqui não me preocupa nem um pouco, porque eu acho que o risco em hospitais seria bem maior. Adoro estar orientando também."*

A experiência anterior de participação em lutas pela melhoria do bairro, em conselhos de saúde ou movimentos sociais foi um dos motivos que levaram algumas auxiliares a procurar inserir-se nas equipes do Qualis, tanto na Zona Leste quanto na Zona Sudeste, mas não foi o mais frequente:

> *"Desde jovem que eu trabalhei (…) o meu trabalho com a Luigina Serra no bairro, como eu coloquei no início pra você, eu fazia esse trabalho de explicar pro povo sobre a saúde, sobre a importância do organismo da pessoa, que eu acho a coisa mais linda o ser humano, e a pessoa."*

Independentemente dos motivos ou das oportunidades que os levaram a aproximar-se do Qualis e candidatar-se às vagas de Auxiliares de Enfermagem nas equipes, todos os entrevistados afirmaram que, uma vez inseridos na experiência, passaram a interessar-se muito por seus princípios e a desempenhar, com sentimento de realização pessoal e profissional, as tarefas que lhes eram exigidas. Pôde-se perceber, a partir dessas "falas", a "adesão", a "conversão" ou a "identificação" dos entrevistados com os princípios da proposta, postura muito forte entre esses trabalhadores:

> *"E o Programa Qualis eu achei um Programa interessante, uma coisa que eu gosto de fazer é tá lidando com a população e quando eu trabalhava no Pronto Socorro era uma coisa muito assim, o paciente vinha atendia era aquele atendimento, tal... ia embora. Porque a gente nunca tinha uma ligação, nunca sabia o que poderia tê acontecido com aquele paciente, o que aconteceu, porque não tinha como mesmo."*

> *"Eu já tinha ideia que era isso, eu já tinha sentido bem a proposta sim tá, não sabia o que eu ia encontrar, é outra coisa a gente sabe qual é a proposta, mas não sabia o que ia encontrar, eu achei que eu até encontrei mais do que eu... minha perspectiva."*

A apreensão com o "desconhecido", no início, também estava latente e apareceu nos depoimentos, embora os entrevistados fossem unânimes em afirmar que a experiência era positiva e estimulante:

"Bom, eu me candidatei, porque uma amiga minha disse que tavam pegando currículos aqui no Qualis, e eu nem sabia o que era Qualis, não sabia de nada. Aí eu peguei e mandei um currículo pra uma amiga minha, pra poder me candidatar e eu consegui. Olha, as pessoas me falava que tinha que trabalhar na rua, aí eu imaginava: Como é que será esse trabalho, e como é que será que se trabalha na rua, nunca me passou na cabeça, eu achava que a gente ia ficar na rua direto trabalhando, eu nem pensava, porque quando eu trabalhava em outros locais da área de saúde, eu sabia o que era o serviço de auxiliar de enfermagem, então eu não imaginava como é que era. Eu falei: Gente! Como será que deve ser isso? Fiquei superapreensiva."

O processo de seleção, para todos, constou de uma apresentação de currículo, entrevistas com a Coordenação das instituições parceiras, com uma psicóloga, e participação em uma dinâmica de grupo. A respeito desse processo, os entrevistados relataram que, em geral, houve muitos candidatos na primeira prova, mas que foram sendo eliminados em cada fase. Diante desse processo, sentimento expresso por eles é de que "passaram" por uma espécie de concurso público muito competitivo, mas saíram "vencedores". A exigência da seleção pareceu valorizar ainda mais o trabalho nas equipes do Qualis:

"No Qualis a gente teve uma seleção muito forte viu, o que eu fiquei sabendo, eu não sei se é verdadeiro, tinha 1.200 candidatos que mandaram currículo. Desses eles selecionaram 400 pessoas. Dessas 400 pessoas teve uma prova tiraram 30 e poucas pessoas se eu não me engano. E nessa seleção teve a prova escrita e nessa seleção teve a entrevista, teve o trabalho em grupo e eu fiquei em segundo lugar."

Para alguns, entretanto, que já eram funcionários públicos e trabalhavam em outros serviços de saúde da região, em geral no nível hospitalar, as exigências de passarem pelas provas, entrevistas e dinâmicas poderiam ter sido dispensadas, conforme se depreende do depoimento abaixo:

"Eu fui selecionada assim: eu já era funcionária do Estado, passei num concurso pra trabalhar no Hospital São Mateus, comecei a trabalhar lá, eu trabalha, você faz parte, você está aqui no meio de nós, trabalhando todos os dias à noite, sábado, domingo, fim de semana, você já é (…) até, vou te convidar pra trabalhar com nós no Qualis."

As experiências profissionais anteriores, para a maioria dos entrevistados, ocorreram na área de saúde, predominantemente na área hospitalar, pouco na Atenção Básica, e raros tiveram contato anterior com o Qualis ou com outras experiências de Saúde da Família:

"Antes já havia trabalhado como auxiliar de enfermagem no Santa Marcelina, no Hospital Valdomiro de Paula, Pronto Socorro do Tatuapé (...) A diferença é que no Santa Marcelina eu trabalhava na UTI infantil, bem diferente, um ambiente fechado, no Valdomiro de Paula, eu trabalhei na observação infantil (casos de emergência)..."

Quanto às diferenças entre o trabalho que desenvolviam anteriormente na área de Saúde, em Hospitais ou Unidades Básicas de Saúde, e o que passaram a desenvolver no Qualis, todos foram enfáticos ao apontar, nas entrevistas, a ampliação do âmbito de seu trabalho e de sua ocupação com um trabalho curativo, mas, ao mesmo tempo, de prevenção e de promoção da saúde junto ao indivíduo, à família e à comunidade:

"Já tinha trabalhado de atendente na Vila Santo Antônio. A diferença é que lá não tinha... você não trabalhava com a família, você não ia atrás da família. Os pacientes iam lá, procuravam vacina, procuravam na farmácia o remédio, médico para consulta, só. Aqui não. Você fala com o paciente, olha o paciente, seus hábitos, sabe onde ele vive, as condições sócio-econômica dele, você entra na casa do paciente, você faz parte da família."

"... a diferença é que dá tempo de fazer uma orientação e dar atenção ao paciente. Aqui você conhece todo mundo, vê o paciente todo momento, você tem um vínculo. É totalmente diferente... Lá é Pronto Socorro... você pega o ca-

ra mal, doente... aqui não, chega uma mãe com uma criança com febre, aí a enfermeira orienta, a gente vê a história, passa para a enfermeira, a enfermeira orienta, o médico passa uma dipirona e o paciente vai embora tranquilo."

"Diferença é esse trabalho que a gente faz. E uma diferença assim especial? É o amor, o amor que a gente tem, porque a gente une um pouquinho do útil com o agradável... assim que tenho de trabalhar pelo dinheiro – mas é necessário também o dinheiro. Sem o dinheiro, ninguém sobrevive. Eu trabalho com mais amor porque eu recebo um salário pra vir trabalhar, porque eu preciso, né? e faço o trabalho com mais amor."

No entanto, apesar de ressaltarem a satisfação e o sentimento de realização que possuíam em relação ao trabalho no Qualis, alguns Auxiliares de Enfermagem acrescentaram que o trabalho era difícil, os resultados eram pequenos, chegando muitas vezes a "desanimar" o profissional, porque a população não seguia as orientações, "*não muda de hábitos*". Outros se preocupavam com o fato de que não dariam conta do trabalho, dadas sua diversidade e sua intensidade, e outros, ainda, apontavam o alto "grau" de responsabilidade e os limites que o seu trabalho de Auxiliar de Enfermagem apresentava. Essas sensações foram mais intensas entre os auxiliares das equipes da Zona Leste:

"... (aqui) é completamente diferente. Porque, assim, todos, é uma responsabilidade muito grande, porque além dos procedimentos técnico que a gente tem normais, né, todas as salas, ainda tem a responsabilidade dos grupo, das visita - que você tem que passá as informações, né, e tanto nos grupo como nas visita. Então eu sô auxiliar... vô fazê uma visita, tá? Aí eu chego lá e vejo que é alguma coisa que não dá pra mim... então a minha responsabilidade é muito grande. Eu tenho que orientá só o que eu sei. O que eu não sei eu falo: Eu preciso falá com a enfermeira ou com o médico."

Portanto, a ambiguidade aparecia nos sentimentos dos Auxiliares de Enfermagem ao falarem do seu trabalho no Qualis: sentimentos de satisfação e realização, ao lado do desânimo e da preocupação.

Treinamento

Quanto ao treinamento recebido antes de começar a trabalhar, a maioria afirmou ter recebido treinamento inicial, mais ou menos formal, sobre questões gerais da área da saúde, ou passou pelo Módulo Introdutório ao Programa de Saúde da Família. Alguns, entretanto, informaram que não tiveram nenhum treinamento inicial ou que foi muito rápido, por excesso de trabalho do pessoal no Módulo Introdutório.

"Dentro teve muita educação continuada, eram temas que a gente escolhia porque tinha dúvidas... você não pode dizer as suas crenças, o que sua mãe ou sua vó dizia do tétano... tem que ser um profissional, tem que saber, tem que ter certeza... da AIDS, da raiva, porque tem muito cachorro abandonado na vila."

"Ah! Teve. Teve as capacitações. Antes do funcionamento com os médicos aqui nas unidades. Nós íamos lá pro posto da Pastoral pra fazê as capacitação. Ainda tem um pouco de capacitação. Foi mais assim uma dinâmica junto com todos os funcionários, com todos os agentes sempre um dando, falando um pouco o que achava o que seria."

Os seis que informaram não ter recebido treinamento inicial, nem no Módulo Introdutório, estavam nas equipes Qualis das três regiões: Leste, Norte e Sudeste.

"Introdutório, eu não fiz ainda e educação continuada algumas, que é feito pela própria enfermeira da equipe, eu fiz educação continuada... deixa eu lembrar, gestação, parto e pós-parto que eu tenho."

Os que afirmaram que o treinamento só ocorreu no início da inserção no Projeto justificaram a não continuidade por não dar tempo para o Auxiliar de Enfermagem participar de outros treinamentos, em virtude do excesso de trabalho:

"Com dificuldade tem cursos de educação continuada sim, que a questão tempo tem sido muito restrito na unidade, trabalha-se muito,

muito, muito, e não vou falar que tá tendo muito tempo não."

Para alguns auxiliares, o treinamento inicial continuou sob a forma de "educação continuada", mas, para outros, não. A avaliação que os Auxiliares de Enfermagem apresentaram sobre o treinamento recebido variava; consideraram que foi adequado para reciclar e resolver problemas no dia a dia:

"O treinamento está reciclando o trabalho, vendo as prioridades que aparecem na população. Tenta resolver os problemas que aparecem, e, quando não consegue na própria unidade, encaminha a pessoa para outros serviços mais especializados."

Outros, ao contrário, achavam que o treinamento não os preparou para resolver todos os problemas; no entanto, muitos referiram que, embora nem sempre houvesse treinamento formal, tinham sempre encontrado respaldo nos profissionais de nível universitário, médicos e enfermeiros, que os capacitavam no dia a dia e tiravam suas dúvidas na prática cotidiana:

"a gente não tem educação continuada, eu acho que as enfermeiras, os médicos dão um respaldo pra gente, as dúvidas da gente é esclarecida um pouco na reunião de equipe também, então eu acho que faz parte de uma educação continuada do treinamento, todas as dúvidas que a gente tem..."

Os Auxiliares de Enfermagem das zonas Norte e Leste foram mais lacônicos nas suas respostas sobre treinamento: consideraram que o treinamento os preparou mais ou menos para o trabalho, principalmente porque sempre havia questões desafiadoras para se conhecer, na prática das equipes, mas o tempo disponível dos Auxiliares de Enfermagem, para isso, era muito pequeno, por causa do excesso de trabalho:

"Mais ou menos, né? Porque eu sempre acho que tem uma característica nova, de algo novo que aparece, né? Então, às vezes eu acho que é a falta de tempo da gente se preparar, da gente ir mais (…) porque são poucos auxiliares aí no Programa com dificuldade social que está, a gente tem notado assim que o povo, os auxiliares de enfermagem, é pouco, e a gente não tem tempo de sair pra fazer essa preparação. Então, a gente tem que trabalhar mais do que preparar mais."

Na opinião dos Auxiliares de Enfermagem, os primeiros meses de trabalho foram muito cansativos devido às condições e à jornada de trabalho, pela insegurança profissional decorrente do fato de serem recém-formados e não estarem preparados para a comunicação com a população, ou porque a expectativa da população de início era diferente do que o Projeto oferecia:

"No começo foi difícil. A população achava que lá ia ter tudo (especialistas): oculista, ortopedista, ginecologista... Mas a gente foi educando, explicando com muita paciência, uns aceitavam, outros iam embora."

"Para mim foi sofrido. Porque não tinha o hábito de andar, caminhar (riso). Assim, eu via aquelas morradas grandes, aqueles morros, aí até eu me acostumar. Porque eu não estava acostumada em trabalhar oito horas por dia, era seis horas que eu trabalhava."

"Não vou falar que foi muito fácil não, eu entrei muito nessa questão com a população, eu não tive dificuldade nenhuma, na questão técnica a gente teve as dificuldades, mas superou, acho que a dificuldade, eu acho que as pessoas entenderem o jeito da gente eu vou falar, não sei se é um desabafo, aonde vai por isso que eu vou falar isso, não sei pra onde vai por isso eu vou colocar. Uma bagagem mais de unidade de conversar com a população criou, cria problemas com as profissionais da mesma, mesmo, uma coisa que eu ainda sinto muito, cria dificuldades porque se todos tiveram esta mesma caminhada..."

Entretanto, muitos dos que apontaram dificuldades no início do trabalho falavam também das surpresas que tiveram e de como estavam considerando positivamente o trabalho, naquele momento:

"Muitas novidades, foi totalmente diferente do hospital."

"Ah, eu tô adorando. Desde o primeiro dia. Nossa! Mesmo com as dificuldade, tudo... que às vezes eu não consigo fazê os grupo que eu queria, não dá. Mas, desde o primeiro dia eu tô adorando."

Indagados sobre como fariam se tivessem, eles próprios, que preparar um programa de treinamento para outros Auxiliares de Enfermagem de família, as respostas foram muito variadas: uns achavam que teriam dificuldades porque não tinham liderança ou "não sabiam mandar":

"Acha que teria dificuldades porque não sabia mandar, mas sei que devo passar minha experiência, com muita humildade, como pegar na mão da criança, ensinar ela andar... tem uma troca."

Outros achavam que as pessoas a serem treinadas deveriam apresentar algumas qualidades pessoais, tais como capacidade de comunicação, paciência, compreensão sobre a situação dos outros, compromisso, porque só a competência técnica não era suficiente para o trabalho no Qualis:

"O auxiliar de enfermagem tem que gostar, tem muita gente que vem por causa do dinheiro, mas enganam-se. Pode ser tecnicamente perfeito, mas não ter compromisso. Bom eu quero saber se ela gosta de falar, de medicar... de ajudar."

"Escolheria uma pessoa comunicativa, para poder passar para as pessoas aquilo que acredita; também não pode chegar mudando comportamentos, mudando hábitos, tem que ser uma pessoa carinhosa porque as pessoas ganham confiança naquilo que você tá falando."

Outros sugeriram um estágio prático para os candidatos ao Projeto, como fazer visitas domiciliares, participar de grupos, caminhar nas redondezas com uma topografia difícil e cansativa, para quem não estivesse acostumado:

"Eu acho que a melhor coisa é ela fazer tipo um estágio aqui dentro, para sair com a gente e treinar desse jeito, mas na prática. Vem aqui para saber o dia a dia do que passa aqui, porque é isso aí. é imprevisível, cada dia acontece uma coisa diferente, sempre tem alguém diferente, alguma coisa diferente para a gente ver."

Outro auxiliar respondeu que perguntaria para a pessoa se ela sabia o que era Saúde Pública e o que era médico da família, porque na sua percepção o Qualis era a Saúde Pública:

"Primeiro eu ia falá pra ela se ela sabe exatamente o que é saúde pública. Aí que ela fala tudo o que é saúde pública, aí eu ia falá: Então, o Programa Qualis é essa saúde pública... eu ia falá mais alguma coisa... é médico de família..."

Diriam que era preciso aprender a ter paciência, porque iriam lidar com o público:

"Treinaria em como lidar com os pacientes, paciência, porque trabalhar com o público, com pessoas doentes, carentes, precisa muita paciência. Você precisa entender mais eles do que eles te entender, porque numa simples palavra eles te ofendem e se não souber entender o que estão querendo dizer, aí você acaba se estourando. E eu acho que o caminho é esse."

A preocupação em mostrar ao candidato a importância do trabalho em equipe também apareceu entre as respostas:

"Bom, em primeiro lugar eu ia tá passando pra ela o que é o trabalho em equipe e trabalho de auxiliar de enfermagem na família, explicando qual o meu trabalho, o que eu faço, as atividades com o grupo, em seguida eu taria até saindo junto com ela pra ela tá vendo meu procedimento, a forma com que eu falo, até me expresso com o paciente, tem paciente que às vezes você chega, ele faz a maior festa, brinca, conversa, agora tem outros que já tão mais assim, mas você acaba com a convivência você conhece paciente por paciente..."

O compromisso social com a população carente também foi valorizado nos depoimentos:

> *"Ah! Eu acho que a pessoa primeiro tem que querer mesmo, não um interesse assim, dela mesmo. Acho que teria que ter assim, muito adaptação dela. Eu queria que fosse uma pessoa treinada, bem aberta, não trabalhar só pelo trabalho e sim sabendo que tá junto com a população que é uma população muito carente, que precisa muito de nós pra tá olhando melhor."*

E a capacidade de transmitir o conhecimento, de estabelecer trocas com seus colegas de equipe:

> *"Acho que da mesma maneira que a gente está fazendo, passando pras nossas colegas aqui o que a gente sabe, e elas passam pra gente o que elas sabem. Por exemplo, como eu falei agora a dificuldade de a gente sair. Mas de vez em quando sai uma: por exemplo, a Elaine vai numa preparação lá no Guairacá, ela traz pra nós o que se passou lá."*

Atividades no cotidiano: registro das informações, capacitação para o trabalho e dimensões do trabalho nas equipes do Qualis.

Os Auxiliares de Enfermagem afirmaram que costumavam anotar o número de cadastro da pessoa e o procedimento de enfermagem que executavam. Alguns acrescentaram que também anotavam, inicialmente sob a forma de rascunho, e depois no prontuário, como havia sido seu contato com o paciente, a orientação dada e como ela foi recebida. Mesmo quando o paciente não aceitava a orientação ou não tomava a medicação, eles costumavam anotar em seu prontuário. As reuniões de grupo e as visitas domiciliares também eram anotadas. Os depoimentos abaixo confirmaram essas práticas:

> *"Anoto o cadastro da pessoa e o procedimento que fiz."*
>
> *"Anoto os grupos, as visitas, os atendimentos de pacientes."*
>
> *"Algumas vezes quando eu tenho tempo tá, a questão prática eu anoto tudo, muitos grupos."*
>
> *"Algumas coisas, sim. Principalmente reuniões. Quando eu vou em reunião, eu tenho bastante papéis."*

No geral, todos se queixaram da falta de tempo, da rotina intensa de trabalho nas equipes, embora reconhecessem que era importante criar o "hábito" de anotar tudo no prontuário do paciente. As estratégias que utilizavam para garantir as anotações, apesar de o tempo ser escasso, no dia a dia, eram variadas: anotar em rascunho ou em um caderno próprio de anotações para, depois, passar para o prontuário:

> *"Anotar o que fez com o paciente, é um hábito que a gente tá criando... porque é difícil escrever tudo no prontuário... o que está escrito nem sempre retrata o que foi a conversa, mas o tempo não permite, é essencial escrever a orientação que deu."*

Muitas vezes, não sendo possível fazer as anotações ou passá-las do "rascunho" para o prontuário do paciente, alguns usavam a estratégia de "chegar mais cedo" no trabalho e efetuar essa tarefa. Outros levavam as anotações para fazer em casa e, nesse aspecto, houve discordâncias entre os entrevistados; uns a favor de "levar trabalho" para casa, outros contra, e alguns comentando as reações de seus familiares diante dessa prática:

> *"Sempre eu chego em casa e vejo se está faltando alguma coisa, e sempre reforço alguma coisa pra no dia seguinte eu passar isso pro prontuário dele e passar pra médica."*
>
> *"Inclusive, meu marido fala. Você para de trazer esses papéis anotados pra casa, porque qualquer dia o bicho papel vai comer a gente aqui em casa."*

As razões apresentadas pelos entrevistados para anotar por escrito o que faziam variaram: a "cobrança" da instituição que os contratou ou da Secretaria

Estadual de Saúde; a "importância" das anotações para o trabalho em equipe, ou porque eles próprios queriam saber todas as informações sobre os pacientes para desempenhar suas atribuições, não confundir os pacientes, ou ainda, porque, assim, se sentiam mais seguros.

> *"Que a Coordenação (do Qualis) usa as anotações e o Estado também."*
>
> *"Cadernetinha, eu anoto na minha cadernetinha, depois, quando estou mais sossegado, que eu posso ir até o escritório, eu anoto no prontuário, a visita domiciliar. E no final do dia, nós fazemos uma planilha de produção. Aí na minha planilha eu anoto todas as minhas atividades que eu fiz."*

Outro argumento usado tinha a ver com o controle do próprio trabalho: definir suas tarefas e metas e avaliar se as atingiu, como afirmou um dos depoentes.

> *"Eu acho importante um relatório que é uma forma de você sabê o que é e aonde você quer atingir, porque que chegou até hoje, até pra uma avaliação. Mas a dificuldade de tempo tá demais."*

Consideravam que essas anotações poderiam ser utilizadas por todos os membros da equipe: médico, enfermeiro, o auxiliar de enfermagem ou pela Coordenação do Qualis ou, ainda, pela Secretária de Estado da Saúde:

> *"A doutora, a enfermeira."*
>
> *"A Coordenação do Qualis e o Estado (SES/SP)."*
>
> *"Porque sou um profissional e a anotação no prontuário dá segurança para o paciente, acho que isto é uma segurança para o paciente... não posso só dizer verbalmente o que fiz."*

Outros apontaram que as anotações eram utilizadas por todos os que trabalhavam na unidade de Saúde, até pelos funcionários da área administrativa, para dar continuidade ao trabalho.

> *"Todo mundo utiliza, eu acho que até a parte administrativa também, porque às vezes, assim, o paciente fala assim: Ah, eu precisava tomar o remédio e o médico perdeu a receita e o médico já tem ali o que ele prescreveu realmente, pra nós auxiliares também tem a medicação que ele toma ou que ele não tomou, acho superimportante."*

Organização do trabalho*:* decisões e conflitos.

O funcionamento da unidade de Saúde foi apresentado de diferentes formas pelos Auxiliares de Enfermagem: uns falaram da distribuição dos dias e horários e das atividades em cada período, chegando até a comentar as rotinas e as escalas diárias entre eles. Outros passaram a enumerar as atividades desenvolvidas: consultas, acolhimento, procedimentos de enfermagem. Outros, ainda, detiveram-se no volume do atendimento diário, queixando-se de que era excessivo e que pessoas fora da área de abrangência das equipes da unidade também demandavam os serviços:

> *"O fluxo da unidade é grande, aumentou a área. O fluxo é grande. E ao nível de entrada e saída de pacientes, é tudo anotado. Nós temos ali a mesa de encaminhamento – especialidades, o médico que visita a área que aquela pessoa mora, o nome de quem anotou – então, o fluxo é todo controlado dentro de um nível x que fica naquela mesa. Todos que entram, saem atendido indiferente da área."*

As discussões sobre o trabalho e a composição do quadro de recursos humanos apareceram em vários depoimentos, falando das atribuições de cada um ou de como organizavam o trabalho, procurando apoio uns nos outros. Ressaltaram as relações harmoniosas de solidariedade no interior das equipes e fora delas, com os setores da administração, gerência, limpeza e recepção. As relações com funcionários da SES/SP que continuaram trabalhando nas unidades que passaram a abrigar as equipes de Saúde da Família tam-

bém foram classificadas como muito harmoniosas, sem disputa e com colaboração:

> *"Em cada equipe tem o médico, a enfermeira, dois auxiliares e quatro agentes – oito equipes. São três equipes, é 24. Depois tem a gerente. É. A menina da limpeza... E os dois lá da frente (recepcionistas)."*
>
> *"Mais ou menos 30 funcionários, os funcionários do estado estão entrosados (em algumas unidades houve problemas), mas aqui fomos muitos bem recebidos."*

A divisão do trabalho no interior da unidade de saúde para além das equipes de Saúde da Família, incluindo o setor administrativo, a recepção e o setor de informática, foi apontada, por alguns Auxiliares de Enfermagem, ao abordarem o funcionamento da unidade:

> *"O horário de funcionamento é das sete as 19 horas com revezamento de funcionários, em todos os horários tem alguém para atender outro pra fazer a ficha e as equipes de Saúde da Família (médico, enfermeira, agentes comunitários e auxiliar)."*

A organização do trabalho, o escalamento de horários entre os membros da equipe para garantir o atendimento, bem como fazer com que as atividades tivessem um bom fluxo apareceram como uma das preocupações dos entrevistados, o que demonstrava o vínculo deles com o trabalho e o compromisso com as famílias cadastradas:

> *"A gente tem assim um bom relacionamento entre nós, então, a gente faz assim. Se, por exemplo... nós temos a Izilda, eu e a Izilda que entramos mais cedo, porque nós fazemos a coleta do laboratório. Mais cedo, que horas? Então, às vezes, a gente tem de entrar às seis horas da manhã. Nós entramos então um pouco mais cedo, porque nós falamos seis horas pra população estar aqui, porque depois a gente tem o atendimento médico, a acolhida pro médico que vai chegar, e então a gente tem de colher o sangue antes. Então, entra duas mais cedo, duas, três mais cedo, e a gente se comunica. Então, a chave a gente deixa com aquela que chega mais cedo – como eu moro mais perto, então a gente vem, abre, chega e depois, às sete horas, chegam mais duas, três, mais uma auxiliar."*

Um dos Auxiliares de Enfermagem, ao responder como funcionava a unidade, abordou a questão da resolutividade das ações e a satisfação dos usuários, mesmo entre os que a procuravam para um atendimento eventual ou encaminhamento para outro serviço ou outro nível de atendimento:

> *"Solucionados e encaminhados? Ah, vários. Vários quantos? Vários, assim, mais ou menos. Só essa semana, eu notei assim que quatro pessoas vieram aqui contentes, duas pessoas da família vieram falar: Olha, aqueles que foram encaminhados pra operar… dois fizeram operação de (…) eles tinham um problema inguinal, e o médico daqui detectou que era uma. Eles foram operados de hérnia. Inclusive eu fui ontem visitá-los, eles tão passando muito bem, e tão feliz que veio agradecer que foram operados e tão passando bem. E outras pessoas… uma pessoa com problema dermatológico também foi encaminhada pro Jardim Guairacá e tá muito bem, tá fazendo tratamento, veio agradecer."*
>
> *"… É muito difícil a gente dizer assim quantos, uma quantidade tal, Mas a gente sabe mais ou menos que o povo tá sendo encaminhado e a solução tá chegando."*

Quanto ao planejamento do trabalho, as percepções dos Auxiliares de Enfermagem também foram variadas: alguns entendiam o planejamento do trabalho como definição de "escalas" diárias, semanais ou mensais.

> *"O trabalho do auxiliar. Obedece a uma escala e não tem dia certo para a visita: tem escala para visita, coleta de exames, Papanicolau, curativo."*
>
> *"Olha, a gente tem o planejamento da gente durante o mês. E dentro... já é tudo marcado, tudo agendado por dia."*

Outros achavam que o trabalho deles não podia ser planejado, porque não era um trabalho rotineiro; cada dia era uma coisa diferente, principalmente no interior da unidade, dado o volume e o ritmo acelerado do atendimento. Alguns planejamentos, quando eram realizados, segundo esses entrevistados, se limitavam às escalas de visitas domiciliares ou aos trabalhos com grupos:

> *"Olha, o nosso trabalho não é rotineiro não. Todo dia a gente chega aqui e é uma coisa diferente. Eu planejo o meu trabalho externo. O meu trabalho externo é planejado, orientado, é um trabalho minucioso; mas o trabalho interno, não dá pra planejar."*

> *"Eu planejo assim o meu trabalho… não tem tempo de você pegar e planejar na ponta do lápis. Você levanta de manhã… Na minha casa, eu levanto, tomo a minha água, me arrumo e já venho pro Qualis, abro, e a gente começa já aqui… não tem jeito de você planejar. Você tem que chegar e fazer. Aqui é bem prático, mesmo."*

As atividades que desenvolviam, em seu trabalho, foram classificadas como: de "dentro da unidade", como procedimentos de enfermagem, acolhimento e grupos; e de "fora da unidade", como visitas e reuniões.

Quando indagados se seguiam algum material escrito, a maioria referiu-se a uma apostila, recebida durante os treinamentos, que costumavam consultar quando tinham dúvidas:

> *"No começo do Papanicolau a enfermeira deixou um livro para mim. Sempre que eu tenho alguma dúvida eu dou uma olhadinha, mas foi só no começo, agora já não, mas eu tenho um livro."*

Outros afirmaram não sentir falta de material escrito, preferindo consultar pessoalmente a enfermeira da equipe quando tinham dúvidas:

> *"Isso aí, quando eu tenho necessidade, que eu sinto... a gente pergunta pros colega ou então pras enfermeira. Agora mesmo eu tô pedindo pra ela alguma coisa que ela tivé sobre climatério."*

Outros usavam as apostilas e livros, além de recorrerem pessoalmente aos médicos e enfermeiros:

> *"Pego explicação com a doutora ou enfermeira, ou se não eu venho aqui também nesses livros e apostilas das meninas... às vezes eu dou uma olhadinha ali."*

As apostilas e os folhetos do Sindicato dos Trabalhadores de Enfermagem bem como as propagandas sobre cursos que o Conselho Regional de Enfermagem costumava divulgar eram bem aceitos, e alguns dos entrevistados informaram que procuravam fazer alguns desses cursos para se manterem atualizados.

> *"Eu tenho materiais do curso de enfermagem, tenho apostilas de pessoas que estão fazendo o curso técnico e já terminou e passam pra mim Tenho bastante coisa em casa que me ajuda a sempre estar melhorando a área de curativo, melhorando a área de medicação… Tenho o sindicato, que manda muito folheto… Tem o COREN, que manda muito folheto de cursos, que eu sempre procuro fazer. Eu procuro estar atualizada. É importante você estar atualizada."*

A definição do trabalho do Auxiliar de Enfermagem, segundo alguns, era orientada pelos enfermeiros, mas alguns acrescentaram que, sendo os Auxiliares de Enfermagem também "profissionais de saúde, como tal deveriam saber o que fazer", o que, de certa forma, revelava um desejo de autonomia profissional e de reconhecimento da especificidade de sua ação:

> *"Eu como profissional de auxiliar de enfermagem, dentro da unidade, a gente sabe o que tem que ser feito. Tem que ser limpo, organizado, a sala, tirar o pó. Então ninguém diz assim para mim o que eu tenho que fazer. Eu sei aquilo que eu tenho que fazer dentro da unidade como profissional auxiliar de enfermagem."*

Outros, ao contrário do ideal de autonomia, consideravam que seu trabalho era ordenado e definido nas reuniões de equipe, durante as discussões e deci-

sões de caráter coletivo, não sendo imposto por nenhum superior hierárquico ou por definições preexistentes a respeito do trabalho de cada um:

> *"A gente discute na reunião de equipe. Todo o dia o que tem que ser feito a gente discute na reunião de equipe. Nós temos a mesma, a gente tem uma discussão, não é uma ordem, é discutir."*

No entanto, alguns fortaleciam o papel do médico nas equipes, dizendo que era esse profissional quem decidia sobre o trabalho do Auxiliar de Enfermagem (e não o enfermeiro), mas ressaltavam que o Auxiliar de Enfermagem podia dar sugestões "que são ouvidas". Essa opinião demonstrou certa ambivalência no que tange ao tipo de relações que estavam estabelecidas no interior das equipes: de um lado centralizadas no profissional médico, de outro, na possibilidade de poderem opinar e de suas sugestões serem consideradas:

> *"Como é uma equipe a gente se reúne, parte do princípio da médica, para ela dar um diagnóstico precisa de algumas coisas nossas. A doutora que define, mas podemos dar sugestões e ela ouve todos."*

Quando não conseguiam resolver um problema, recorriam aos outros componentes das equipes: a outro Auxiliar de Enfermagem, ou aos Agentes, passando aos enfermeiros, e, se não resolvessem com essas consultas anteriores, recorriam ao médico. Nessa sequência relatada, é possível perceber, ainda, o respeito às tradicionais hierarquias da área da saúde, ao tempo em que a busca ao apoio do Agente revela uma forma nova de "consultoria":

> *"Peço ajuda de outro auxiliar, ou do ACS, do médico ou da enfermeira, conforme o caso."*

Outros responderam que procuravam discutir o problema na equipe da qual faziam parte e, conforme o tipo de problema, podiam buscar ajuda no setor administrativo ou de entidades, organizações e movimentos sociais locais que atuavam em consonância com a unidade de saúde e com a proposta do Qualis:

> *"Quando não consigo resolver, vou atrás do enfermeiro... se o enfermeiro não conseguir, vou atrás do médico. Porque, às vezes, tem algum problema que a gente passa para o agente comunitário, ele consegue resolver. Tem outros problemas que vai ter que encaminhar, aí a gente conversa com o médico, como tem também, na prefeitura tem o Conselho Tutelar, quando é questão de criança abandonada, com idoso, tem uns pacientes que a gente às vezes precisa ver o tipo de problema."*

O sigilo foi considerado como fundamental no trabalho, diante de casos que requeriam mais atenção, e, quando isso ocorria, percebendo que precisavam da ajuda de outros membros da equipe, os entrevistados disseram que procuravam "equilibrar" a necessidade de preservação da pessoa com a necessidade de apoio especial para o enfrentamento de seu problema. Alguns foram bem rigorosos nesse sentido, como se observa nos depoimentos abaixo:

> *"Na medida do possível eu falo com a enfermeira e aí eu já passo a caso para a Célia, porque aqui aparece muito problema social, então a assistente social. Muita gente que, às vezes, não tem dinheiro para comprar remédio, problema social mesmo, de dinheiro."*
>
> *"Quando é um problema sigiloso ele só diz respeito à equipe, a mais ninguém. Não diz respeito à minha colega de enfermagem, não diz respeito à faxineira, não diz respeito a ninguém. Como é sigiloso do paciente, é problema sigiloso da equipe. O sigilo é um segredo da equipe."*
>
> *"Por exemplo, o exemplo que eu posso te dar é os casos de HIV. Como eles têm muita amizade com a gente, tá? Eles vêm pra gente e falo assim: X, eu tô com um problema, tal, aconteceu isso e isso comigo, é uma pessoa promíscua. Então, ele conta pra gente o que aconteceu: Eu tenho vergonha de falar aqui no Qualis ou falar assim, vir assim com essas pessoas que tá aqui, porque eu já sei que você já trabalhou lá em cima, tal. Geralmente é esse problema. Aí, eu converso com ele, como eu te-*

nho o telefone do DST-AIDS aqui em cima, eu peço pra assistente social lá em cima, ou pra doutora, elas pega essa pessoa, faz o exame e é encaminhado pra lá. Geralmente é essas coisas que a gente se vira… a gente se vira como pode aqui."

Dificuldades no trabalho

As maiores dificuldades encontradas no trabalho, segundo eles, eram: a falta de medicamentos, de oferecer maior número de atendimentos, de material para curativo ou mesmo de recursos humanos nas equipes, pois deveria haver mais enfermeiros, médicos e Auxiliares de Enfermagem.

"Olha, eu acho que é mais assim a falta de medicação. A falta de material de enfermagem. Isso é que dá um pouco mais de dificuldade Agora, a falta de um médico da nossa equipe, que está sem. Nós já estamos sem há dois meses… mas logo, logo está chegando outro."

O espaço físico inadequado e a "indelicadeza" da população com os funcionários por causa das dificuldades do atendimento foram citados também como dificuldades no trabalho que desenvolviam. Para alguns Auxiliares de Enfermagem entrevistados, essa seria uma das causas de estresse no trabalho no Qualis:

"Espaço físico, a falta de respeito dos usuários com a gente. Às vezes tem falta de medicamento e então sua orientação vai por água abaixo... e quem está na farmácia chega a ser agredido, eles não entendem, acham que a gente esconde o remédio ou vende."

"Olha, a única dificuldade que eu enfrento aqui é as pessoas, é às vezes acaba até humilhando, ofendendo a gente porque querem atendimento e não conseguem. Essa é a minha maior insatisfação. Que quer queria ou não, a gente também tem os problemas da gente, então você às vezes sai bem de casa, tudo de manhã, você chega aqui, você se depara, isso estressa muito a gente."

Outro entrevistado citou os problemas de alcoolismo e de uso de drogas ilícitas entre usuários da região como outra dificuldade a ser enfrentada nesse tipo de trabalho.

Supervisão

O trabalho do Auxiliar de Enfermagem, em geral, era supervisionado pelos enfermeiros, mas alguns achavam que "todos supervisionam todos", conforme a necessidade, pois não havia rigidez nas posições e nos papéis dentro das equipes de Saúde da Família:

"O nosso trabalho tem as enfermeiras padrões. Elas são responsáveis pela nossa escala, elas são responsáveis pelo andamento do nosso trabalho; tem, sim, a supervisão da semana – é feita uma escala das enfermeiras da supervisão da semana; elas estão sempre atentas ao nosso serviço; elas supervisionam, elas coordenam os nossos trabalhos. Então, há, sim, a supervisão da enfermagem padrão. E a coordenação da enfermagem padrão, também."

Alguns entrevistados, entretanto, queixaram-se de que não existia supervisão sobre seu trabalho e que a organização do trabalho na unidade de saúde deixava a desejar:

"O certo seria, né? Mas pela falta de organização a gerente já pegou a unidade desorganizada. Mas tá começando as enfermeiras observar o trabalho dos auxiliares."

Dimensões do trabalho do auxiliar de enfermagem no Qualis: junto ao indivíduo, à família, na unidade de saúde e na comunidade

Na opinião de alguns Auxiliares de Enfermagem, eles desenvolviam seu trabalho mais intensamente no interior das unidades de saúde do que na casa das famílias ou na comunidade. Outros já achavam o contrário, que o trabalho mais desenvolvido por eles ocorria na casa das pessoas. Essa opinião deixa transparecer uma avaliação positiva do entrevistado

sobre as atividades de caráter educativo no trabalho do Auxiliar de Enfermagem, ou a valoração que davam a essas atividades, ou podemos dizer que os entrevistados estariam expressando o que mais os agradava no trabalho:

> *"Meu trabalho é mais intenso aqui, na unidade, porque a gente, pela pouca quantia de auxiliar de enfermagem que temos, não tem muito tempo de correr na casa do paciente, então a gente é mais intensa aqui... Nós somos os panos de chão aqui. Pra tudo. Nós somos pau pra qualquer obra aqui na unidade."*

Já outros achavam que havia "equilíbrio" entre as atividades que desenvolviam dentro da unidade de saúde e no domicílio das famílias. Dentre esses, havia os que procuravam demonstrar que, mesmo nos procedimentos tradicionais de enfermagem realizados dentro da unidade de saúde, era possível desenvolver um processo educativo:

> *"Olha, tanto na rua como dentro da unidade, eu acho que eu trabalho... eu tenho a convicção de que o meu trabalho é igual. Porque aqui dentro eu já circulo todas as salas: todo trabalho relacionado à enfermagem, eu faço. Lá fora, eu tenho um número de pessoas que eu atendo: às vezes, são duas, às vezes são três, às vezes são quatro… então, tem um contingente grande de pessoas lá fora. Na inalação, você também tem aquela criança que tá tomando inalação, tal. Que está com problema respiratório, aí eu aproveito e já faço uma orientação como tirar o pó, cortina, tapete. Bolores. A gente sempre orienta para tomar bastante líquido que ajuda. Lá no acolhimento a gente encaminha mesmo, porque não pode só passar pelo auxiliar de enfermagem."*

Em alguns depoimentos, os Auxiliares de Enfermagem apontaram as atividades que desenvolviam e em relação às quais sentiam mais dificuldades, como, por exemplo, o trabalho com grupos de pacientes:

> *"Olha, aqui dentro do posto eu desenvolvo muito bem o meu trabalho. É, nas visita também e nos grupo quando eu faço, na comunidade. A única coisa até agora, que eu não consegui, e que eu tenho certa dificuldade. E que também o meu serviço aqui dos procedimentos de auxiliar não tá dando é os grupos. Eu acho que eu fiz um ou dois até agora. Não tem condições. Eu já tenho dificuldade e o serviço ainda tá me segurando."*

As orientações quanto à dieta e à higiene foram apontadas, por vários auxiliares entrevistados, como a atividade mais importante para a saúde das pessoas do bairro dentre todas aquelas atividades que desenvolviam em seu trabalho:

> *"A sim, a orientação. Eu acho que todo o que grava mais mesmo, não adianta a gente fornecer. Levar para a consulta médica para fornecimento do leite, levar para a vacina, para fazer vacina, ou para inalação. Você vai tá ajudando, mas o básico é a orientação."*

No entanto, houve alguns auxiliares que apontaram os procedimentos clássicos do auxiliar de enfermagem e as orientações educativas que desenvolviam como equivalentes na sua contribuição para a saúde da população:

> *"Eu acho que todas até são importante. E a vacina, no procedimento, ali, quando eu tô ali na vacina. Então, geralmente eu já converso e eu já passo algumas orientações pras mãe. Eu não fico ali no canto, só fazendo a vacina."*

Porém, mesmo os que expressaram a opinião acima fizeram questão de complementar seu depoimento, explicando que o que mais realizavam em seu trabalho eram as ações educativas, os trabalhos em grupos, as visitas domiciliares. E que, para as pessoas do bairro, essas últimas tinham efeitos mais importantes:

> *"Mas que é gratificante pra gente... é fazê no grupo, os trabalhos em grupo, e nas visitas façam trabalho lá. Parece que pro pessoal é melhor."*

A visita domiciliar foi apontada, por outros, como a atividade mais importante que desenvolviam, bem como o controle das patologias crônicas, como a hipertensão e o diabetes, e os grupos de pacientes que existiam para a consecução desses objetivos no Qualis:

> *"Com certeza é a visita domiciliar. Eu acho que a visita domiciliar é primordial, porque é a hora que o paciente vê o quanto ele é importante, o quanto a gente dá atenção, o quanto a doença dele não está ali, jogada."*

Quanto a enfrentar problemas quando realizavam as visitas domiciliares, a maioria dos entrevistados respondeu que isso nunca ocorreu com eles, porque as famílias não se recusavam a recebê-los; ao contrário, os auxiliares sentiam-se muito bem recebidos nessas visitas e relataram que, muitas vezes, quando estavam desenvolvendo seu trabalho fora da unidade de saúde, alguns moradores os chamavam para entrar em suas casas. Disseram que não percebiam nenhum tipo de constrangimento da parte desses moradores com as visitas domiciliares, mesmo que a casa estivesse desarrumada. Achavam que essas famílias não os consideravam como estranhos, mas como pessoas de sua confiança, a quem podiam recorrer quando precisassem:

> *"Nunca teve problema. Tem uns que querem agradar, chamam a gente para entrar na casa, chega lá está revirada, ela não vê a gente como visita, não precisa arrumar correndo... o que importa é que ela está precisando... acho isso legal."*

A ida de outros membros da equipe (médico, enfermeiro ou agentes) à casa das famílias, antes da ida do Auxiliar de Enfermagem, em geral lhes facilitava a entrada depois. Mas, mesmo assim, alguns entrevistados reconheciam que havia algumas "famílias complicadas" que os recebiam apenas no portão, não os deixando entrar na casa, mas que essas eram minoria no bairro:

> *"As pessoas permitem as visitas. Às vezes, acontece assim da pessoa não estar no seu melhor dia e barrar no portão, como já aconteceu com uma família aqui – a família da tuberculose, que é uma família com um número grande de pessoas, a maior parte são mulheres, 22 estão desempregados, e tem dias que elas não estão assim gentis, e não estão a fim de que eu fale que a medicação tem que ser tomada no horário certo, que elas têm que fazer raios-X ao menos uma vez ao mês pra controlar a doença. Essa família é uma família complicada de lidar, Eu sempre marco a minha presença. Fora isso, todos graças a Deus me recebem bem."*

Quanto às pessoas seguirem as orientações que lhes davam, os auxiliares expressaram opiniões diferentes: uns acreditavam que sim e que as recomendações sobre a alimentação eram mais frequentemente seguidas, enquanto os hábitos de higiene eram mais difíceis de serem mudados. Revelaram que, às vezes, usavam outras estratégias para convencer as pessoas, tais como "ficar bravo" ou "brincar," para que elas seguissem as orientações.

Mas a estratégia apontada por eles como a mais "eficiente" para a persuasão era escutá-las, deixá-las falar sobre o que pensavam, as dificuldades que enfrentavam e, só depois, orientá-las. Apareceu nesses depoimentos a importância da "escuta" por parte dos trabalhadores de saúde:

> *"Não, quanto a alimentação até tem conseguido mais coisas, mas a questão da higiene é grave em algumas áreas. Às vezes a gente fala com jeitinho, outras vezes, a gente tem que se tornar brava, e às vezes a bronca resolve."*

> *"Eu acho que existe um crescimento tá? Fala que seguem, às vezes não. Mas existe um crescimento de conhecimento. A gente retorna, discute, brinca. Eu brinco muito com os pacientes, oh, mas se fez isso, eu brinco muito com os pacientes."*

Mas havia certas famílias, pacientes ou mesmo "comunidades" que foram classificadas, pelos Auxiliares de Enfermagem, como muito resistentes, "difíceis de conquistar", ou que "eram teimosas":

> *"Não todas, tem uma família que tem uma paciente que ela é acamada, ela é diabética, hi-*

pertensão e já foi operada de um AVC, tem derrame de um lado do braço e da perna; por exemplo, ela estava tendo uma infecção urinaria, a médica foi lá avaliou e passou a medicação e nós orientamos, falamos com um membro da família, pegamos a medicação para ela tomar... ela veio, fez a medicação, nós fizemos nossa parte, mas o membro da família não ajudou, aí teve que fazer tudo de novo e seguiu a medicação, cumpriu, está tudo bem, quer dizer, você sente que se não tivesse ido lá e insistido, reorientado, não teria um final."

"Creio que sim... Mas a comunidade de Vila Guilhermina é difícil de conquistar, e a gente conquistou (...) o que faz a pessoa ter confiança em você? Respeitar a pessoa, ouvi-la, eu aprendi isso no Qualis (...) quando você a escuta, ela vai seguir sua orientação."

Essas pessoas acabavam se afastando, não querendo ouvir as orientações dos Auxiliares de Enfermagem, e só aceitavam quando era o médico que fazia alguma orientação na consulta:

"Não. Eles não seguem totalmente. Não vou dizer pra você que é tudo às mil maravilhas. Dá um exemplo. Por exemplo, amamentação, que a gente insiste tanto. Se a mãe amamenta o filho essa criança vai ser uma criança mais amada, mais respeitada, uma criança mais bonita, uma criança mais inteligente. Isso a gente passa pras mães desde o início. Agora, com o Qualis, aumentou mais ainda o ensejo de que as crianças sejam amamentadas, porque toda criança que é amamentada no peito elas têm mais saúde, e a gente fica."

Quanto a trabalharem fora do horário de funcionamento das unidades de saúde, ou quando eram procurados no horário de almoço, no fim de semana ou em sua própria casa pelas pessoas da área, os entrevistados disseram que essas situações aconteciam, mas que não eram muito frequentes. Em geral, eles "procuravam atender" quem os procurava nesses dias e horários de descanso, mas explicando à população que eram "situações excepcionais, que eram horários que tinham para cuidar de seus próprios filhos e famílias, ou que estavam em seu horário de descanso":

"Às vezes, acontece. Principalmente quando faz muita visita, às vezes não dá tempo de voltar a tempo. Nem pro horário de almoço às vezes a gente vai, você conversa muito, passa muita orientação, às vezes a pessoa tem muita... quer conversar, demais."

Alguns dos entrevistados comentaram que abriam essas "exceções" com alguma frequência, principalmente quando percebiam que havia muita necessidade da parte dos pacientes, como era o caso dos acamados, dos idosos, ou de áreas em que residiam muitos "pacientes complicados":

"Aconteceu no começo, agora não, no começo, porque a minha área, por incrível que pareça, no início, pegou pacientes, bem assim, complicados, sabe, pacientes assim, com vários problemas, câncer, HIV, então tinha que correr soro, de repente, você não podia sair enquanto o doutor não chegasse... sangue, tinha que sempre estar verificando a temperatura do paciente, então coisa assim, não pode deixar abandonar, sair e deixar o paciente... o paciente pode até chocar, então são cuidados assim, que já aconteceu sim."

Mas, quando indagados se no último fim de semana, ou na noite anterior haviam sido procurados pelas pessoas da área, a maioria dos entrevistados respondeu negativamente, justificando que, como não moravam na área, isso não ocorria com eles. Dois responderam afirmativamente, um que havia atendido um colega de trabalho e outro, uma família extensa, que morava em sua microárea e que "tinha vários problemas":

"Teve o caso da colega de trabalho que perdeu a criança. Drª Luzia ligou sábado de manhã e como eu conheço o pessoal de Cachoeirinha, pra poder ir dá um auxílio a ela. Não, não tem acesso, não tem telefone."

"Oito pessoas. Quais foram os motivos? Duas crianças com pneumonia, que eu fiz a vacina: uma tomou uaicilin, que ela está tomando de 12 em 12 horas – duas crianças foram na minha casa tomar. E cinco foi vacina de idoso, que a gente levou pra fazer porque eles eram…

E na noite de ontem? A noite de ontem? Quem que foi lá em casa na noite de ontem? Foi a Aureliana. Ela foi… ela mora na Avenida Marginal, aqui em baixo, e nós estamos com um problema ali. Tem uma boca de droga, e ali tá tendo… as famílias que tem ali… porque têm muitas famílias boas ali… e nós temos os nossos jovens que ali estão, que são da comunidade, meninos que já estão também aliciados na droga. E a mãe foi lá em casa ontem pra mim ir lá conversar com a turminha, porque ela tem medo que o filho dela entre na… Então, a gente foi lá conversar com os jovens, tal… uma recreação… pra que… por que eles não participam do grupo de jovens, por que… Então, a gente desceu e foi lá em baixo na favela conversar com os meninos."

Sugestões dos auxiliares de enfermagem para as equipes de Saúde da Família

Quanto à saúde da população do bairro, a maioria dos entrevistados considerou que não tinha havido melhora com a implantação do Qualis, porque como a situação era muito ruim, especialmente do ponto de vista social, apesar dos esforços do Programa e das equipes, não se percebiam mudanças importantes na saúde local:

"A situação de saúde das pessoas do bairro atualmente é precária, na miséria total, que eu falei, que eu comecei a entrevista falando. A saúde tá um caos, a gente só vai ter saúde quando tiver emprego, quando tiver vida, qualidade de vida. Aqui não se tem qualidade de vida, aqui é periferia, é muito precário. Não sei nem se tem (..., mais de 80 a 90% da população é doente de alguma forma, seja psíquica, física, econômica, social, sempre existe uma doença."

Já alguns achavam que estava melhorando e sugeriam que o Projeto Qualis fosse ampliado, abrangendo mais famílias e outras áreas. Outros consideraram também que o bairro refletia a sociedade atual: no passado a vida era "mais sossegada", mas, na época do estudo, a violência estava disseminada:

"Não sei. Acho assim, sabe o que está muito em moda o pessoal falido, mesmo porque muita dificuldade de viver mesmo. É a violência, e tudo isso, eu acho que fica mais difícil. Antigamente era mais sossegada a vida. Agora a cultura está violenta."

Auxiliares de Enfermagem que trabalhavam nas equipes de Saúde da Família de unidades de saúde das zonas Norte e Sudeste responderam que percebiam pequena melhora da saúde da população nas regiões onde havia o Qualis:

"Eu acho que melhorou... principalmente esse fato do médico, do auxiliar, do enfermeiro poder ir à casa do paciente e também a parte de medicação. Acho que melhorou 100% é o que os pacientes falam."

Mesmo esses reconheciam que, apesar de todo o esforço das equipes, ainda era necessário muito trabalho para melhorar a condição de vida da população, especialmente dos jovens, vítimas fáceis das drogas e da violência:

"Olha, mesmo assim, com tudo isso que eu tenho feito, essa batalha toda… não só eu, mas toda essa equipe, eu tenho notado que precisa de muito trabalho pra essa população, nosso povo. Principalmente por causa das drogas, a gente tem notado assim que esses jovens que não trabalham e que consomem droga, eles roubam pra manter o vício. Eu passo nas ruas, com todo esse trabalho, minha tristeza maior é passar e ver esses meninos jogados nas calçadas…"

Pode-se afirmar que a percepção dos auxiliares quanto à melhora da saúde da população dizia respeito à atenção dos serviços de saúde, na perspectiva de busca ativa, de aproximar-se da população, de facilitar o acesso aos serviços e aos tratamentos, mas os mesmos entrevistados deixavam entrever sua impotência pessoal e profissional, e também da proposta do Qualis, diante de problemas sociais mais graves.

Para que a população fosse mais bem atendida, os entrevistados fizeram várias sugestões: ampliação de

participantes nas equipes, reorganização dos serviços essenciais, organização da prevenção na atenção, colaboração de outras instituições privadas e dos órgãos públicos, além do investimento na educação:

> *"Que a equipe fosse maior. Porque a gente é muito mais família do que equipe, comporta... Então, para a gente fazer tudo que o programa de família tem, muitas famílias, então a gente teria que ter uma equipe maior, para poder ficar mais para a rua do que no Qualis."*
>
> *"Eu acho que teria que ter um posto próximo em cada região, teria que ser assim, todos iguais, e não, por exemplo, assim: um da prefeitura, um do estado, teriam que ser todos iguais, pra gente poder falar a mesma língua, trabalhar igual, ter um hospital, é... pra gente poder ter o respaldo."*
>
> *"Aí, se tivesse uns órgãos que pudesse ajudar, não sei quem, que pudesse ajudar nesse trabalho nosso. Pra dar uma força, para orientação. Para poder ajudar. Não sei que órgãos, mas eu sei que tem (Fundações, Institutos), de órgãos públicos que pudessem ajudar."*

Nas zonas Norte e Leste, as sugestões dos Auxiliares de Enfermagem apontaram a ampliação do espaço físico da unidade de saúde para a incorporação de especialistas no Programa, a construção de um hospital, e a ampliação para que não atendessem apenas as famílias cadastradas:

> *"Ampliar o espaço da unidade; mais salas para atividades e mais profissionais, Ortopedia."*
>
> *"Assim, que se tivessem condições de aumentar o número de médicos que possam atender não só as pessoas que são cadastradas aqui na área... Porque assim a saúde hoje em dia é aonde eles encontram lugar que atende bem, é onde eles vêm, eles vêm atrás. Então é complicado você mandar dispensar uma pessoa, falar: Não, você não pode! é muito complicado, pra gente. Então essa é a minha sugestão, colocar ou se não fosse médico de família, médico de plantão, que pudesse tá até entende, atendendo a necessidade dessas pessoas."*

Um auxiliar lembrou a necessidade de ter um governo mais preocupado com os mais pobres:

> *"Meu Deus! Eu acho que essa sugestão eu gostaria de fazer, mas, assim, às autoridades maiores do nosso país… se esse povo que estivesse mandando nesse país tivesse se voltado pra base, que somos nós aqui, os pequeninos, e estivessem fazendo um trabalho de acordo com o que eles foram eleitos pra fazer, não tava acontecendo."*

Quanto à reação de suas famílias ao seu trabalho, os entrevistados responderam que, em geral, era positiva. Costumavam levar seus filhos às festinhas da unidade de saúde, e eles sempre acabavam se entrosando e gostando das atividades. Os pais, irmãos e filhos mais velhos apoiavam e, muitas vezes, manifestavam admiração pelo que os auxiliares estavam realizando:

> *"Acho que gosta, porque a minha filha já está indo pelo mesmo caminho... O meu marido não dá assim aquela opinião, se gosta ou não gosta... Mas a minha mãe pelo menos está gostando do meu trabalho, porque, às vezes, eu comento com ela as visitas, onde a gente vai, se tem alguém que a gente conhece, porque no fim a gente arruma até amizade... Mas eles gostam do que eu faço"*
>
> *"A minha família acha assim o máximo: Você não tem medo de entrar na favela? (...) Eles não acreditam… eles acham engraçado eu entrar assim na favela."*

Mas alguns maridos questionavam o excesso de trabalho, o fato de suas mulheres terem que fazer as visitas, ou, ainda, não acreditavam que elas tivessem coragem de realizar esse trabalho, principalmente de entrar nas favelas da região:

> *"O meu marido mesmo, ele acha que tenho que sair, que eu não tenho que trabalhar aqui, ficar andando na rua, trabalhando oito horas, é demais, ele acha que enfermagem deveria ser só seis horas, trabalhando em um hospital."*

A perspectiva que os Auxiliares de Enfermagem entrevistados apontaram para seu futuro profissional foi variável: continuar no Qualis, aprender mais ou aposentar-se nessa atividade.

> *"Olha, eu quero ficar aqui, só que eles me mandaram embora e eu não quero sair daqui. Como eu já me aposentei e nem sei se poderia. Aposentei-me pela prefeitura, pelo INSS – algum dia, se eu tivesse a possibilidade, eu aposentaria, senão eu iria continuar trabalhando aqui."*

Mas muitos manifestaram o desejo de cursar uma faculdade, em geral de enfermagem, fisioterapia e, alguns, de medicina.

> *"Queria fazer uma faculdade de enfermagem, mas por enquanto estou pagando para minha filha."*
>
> *"Fazer a faculdade de enfermagem e fisioterapia."*
>
> *"Eu queria fazer medicina, mas não dá financeiramente. E enfermeiro eu não quero ser."*

Os conselhos que esses Auxiliares de Enfermagem dariam para alguém que quisesse ser auxiliar de enfermagem no Qualis, em geral, eram de incentivo, que deveriam lutar para conseguir, pois era um trabalho de que gostavam muito:

> *"Você quer ver que é bom, vem que vai aprender muita coisa, a ser paciente, a escutar, aprender com as pessoas. Trabalha há três anos com as mesmas pessoas... o que você deu para elas, vai receber delas, como experiência pessoal... precisa querer sempre aprender mais..."*
>
> *"Daria toda força, incentivar, porque quem gosta da proposta de está trabalhando com o público, em cima de orientações, acho que é válido e ter muita paciência, pois as coisas não acontecem de um dia para outro."*

Mas também ponderaram que era preciso ter um perfil adequado para esse trabalho, um "*dom*", como expressou um entrevistado, que fosse compreensivo, humilde ou dinâmico, *"ter pique*", porque o trabalho era muito intenso. Percebia-se que os entrevistados enumeravam sempre qualidades pessoais dos indivíduos como as mais necessárias para a execução do trabalho que eles próprios desenvolviam nas equipes de Saúde da Família.

> *"Que viria, que viesse, é legal, ele ia gostar muito. Bom, se tivesse o perfil, né? Eu acho que, pra lidar com esse tipo de pessoa, tem que ter um dom."*
>
> *"Tem que ter bastante pique, ser dinâmico. Apesar de tudo respirar fundo e tocar a bola para frente, é duro (...) você tem sua satisfação, quando as pessoas agradecem."*
>
> *"Olha, o conselho que eu daria é que a pessoa fosse uma pessoa muito assim, compreensiva em primeiro lugar, humilde, porque você vai está lidando com as pessoas nas casas dela."*

OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO PSF DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2004

Caracterização sócio-demográfica dos auxiliares de enfermagem do PSF / SMS (Silva et al., 2004; Silva et al., 2004; Marsiglia et al. [Consultoria Unesco], 2005)

Em levantamento realizado pela Coordenadoria de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família da SMS/SP em 2004 (Silva et al., 2004) e analisada em consultoria para a Unesco (Marsiglia et al., 2005), utilizou-se instrumento, autorrespondido por 4.752 componentes das 670 equipes de Saúde da Família implantadas no município de São Paulo até aquele ano, dentre os quais 901 Auxiliares de Enfermagem. O instrumento articulou três tipos de coleta de dados: um questionário de caráter diretivo e pré-codificado com 22 perguntas; 17 perguntas para construção de uma escala de opiniões para medir a satisfação do entrevistado – Escala de Lickert (Mar-

coni e Lakatos, 1988); e seis perguntas abertas que exploraram as razões da satisfação, das escolhas profissionais e pelo PSF, planos para futuro e sugestões para o PSF, analisadas pela técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

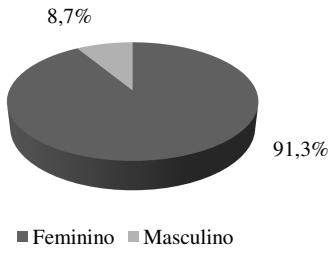
Perfil dos auxiliares de enfermagem nas equipes de Saúde da Família e inserção no trabalho, no município de São Paulo, 2004

Verifica-se, na Tabela 1, que a grande maioria, isto é, 91,3% (811) dos Auxiliares de Enfermagem das equipes do PSF da cidade de São Paulo eram do sexo feminino, havendo apenas 8,7% (77) do sexo masculino, o que evidencia, como seria de se esperar para essa profissão, alto grau de feminização.

Em termos de faixa etária, a maioria deles (83,3%) distribuía-se de modo quase equitativo: 26,4% (234) tinham entre 20 e 29 anos, 28,7% (255), entre 30 e 39 anos, e 28,2% (250), entre 40 e 49 anos de idade. Acima de 50 e até 59 anos, encontravam-se 14,4% (128) dos profissionais. Os mais idosos, com mais de 59 anos, eram apenas 1,8% (16), e os muito jovens, isto é, com até 20 anos de idade, eram menos numerosos ainda, perfazendo apenas 0,5% (5) desses profissionais (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo sexo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Feminino	811	91,3%	
Masculino	77	8,7%	
Totais	**888**	**100,0%**	

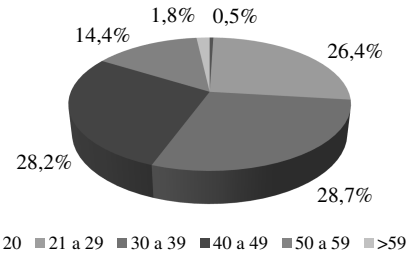


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
888	13

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 2. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Até 20	5	0,5%	
De 21 até 29	234	26,4%	
De 30 até 39	255	28,7%	
De 40 até 49	250	28,2%	
De 50 até 59	128	14,4%	
Acima de 59	16	1,8%	
Totais	**888**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
888	13

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

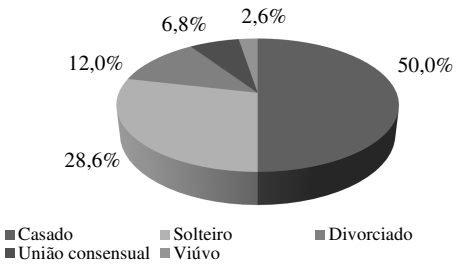
Metade deles era formalmente casada, outros 12,0% eram divorciados, e 6,8% viviam em união consensual, enquanto 28,6% eram solteiros (Tabela 3). A maioria, isto é, 49,2% tinham um ou dois filhos, seguindo o padrão reprodutivo da população nas últimas décadas no país. Um segundo grupo de Auxiliares de Enfermagem, correspondendo a 24,1%, tinha entre três e quatro filhos, próximo de outro grupo de 23,6% dos entrevistados, que informaram ausência de filhos.

Quase 60,0% dos Auxiliares de Enfermagem do PSF nasceram no próprio Município de São Paulo; em seguida, outro grupo de 27,6% que nasceram em outros estados do Brasil; 12,7% nasceram em outros municípios do Estado de São Paulo, e apenas um desses Auxiliares de Enfermagem nasceu em outro país (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Casado	427	50,0%
Solteiro	244	28,6%
Divorciado	102	12,0%
União Consensual	58	6,8%
Viúvo	22	2,6%
Totais	**853**	**100,0%**

Representação gráfica



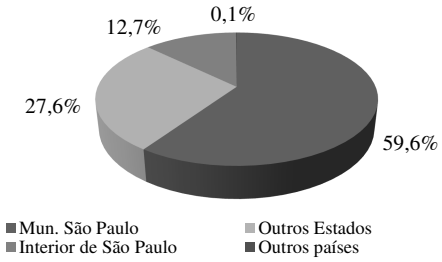
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
853	48

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 4. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Município de São Paulo	497	59,6%
Outros Estados	230	27,6%
Interior de São Paulo	106	12,7%
Outros países	1	0,1%
Totais	**834**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
834	67

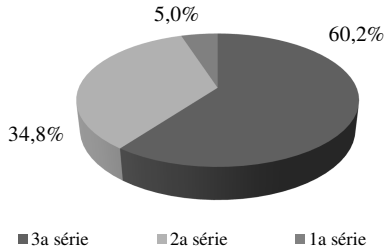
Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Em termos de escolaridade, alguns desses profissionais apresentavam formação acima do nível exigido no momento para o exercício de sua função, já que 3,2% possuíam formação de nível superior. Em termos da formação de nível técnico, segundo exigência do Conselho Federal de Enfermagem – Resolução COFEN-276/2003, essa formação deveria efetivar-se até 2008. Mas o cumprimento dessa exigência parecia distante no caso dos Auxiliares de Enfermagem do PSF no município de São Paulo, já que apenas 40,1% a possuíam. Constatou-se, ainda, que 60,2% desses Auxiliares de Enfermagem cursaram até a terceira série do nível médio, enquanto outros 34,8% cursaram até a segunda série e 5,0%, até a primeira série. Segundo informação dos próprios profissionais, 60,2% (507) cursaram até a 3ª série do ensino médio, enquanto 34,8% (293) cursaram até a 2ª série, e 5% (42) apenas a 1ª série do ensino médio (Tabela 5).

Ainda segundo a mesma fonte, 40,1% (361) desses Auxiliares de Enfermagem que trabalhavam no PSF tinham formação em nível técnico, enquanto os outros 59,9% (540) não a possuíam. Já 3,2% dos Auxiliares de Enfermagem tinham formação em nível de graduação, isto é, curso de nível superior (Tabela 6).

Tabela 5. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo frequência ao Ensino Médio, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
3ª série	507	60,2%	
2ª série	293	34,8%	
1ª série	42	5,0%	
Totais	**842**	**100,0%**	

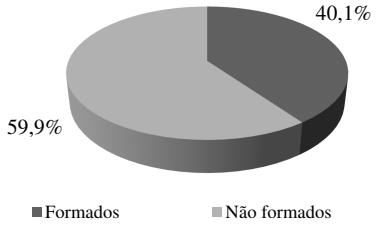


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
842	59

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 6. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo formação em nível técnico, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Formados	361	40,1%	
Não formados	540	59,9%	
Totais	**901**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
901	0

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

O auxiliar de enfermagem e sua inserção no trabalho: local de moradia, meio de locomoção e tempo de deslocamento para o trabalho

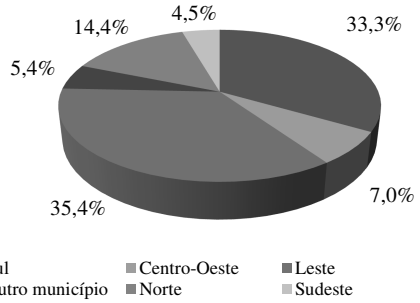
Os Auxiliares de Enfermagem que estavam atuando no PSF, conforme a Tabela 7, residiam majoritariamente nas regiões Leste e Sul do Município, respectivamente 35,4% e 33,3%. Na região Norte, residiam 14,4% deles; nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, 7,0% e 4,5%, respectivamente; em outros municípios, 5,4%.

A maioria desses profissionais (73,8%), utilizava ônibus e/ou lotação para chegar ao trabalho, enquanto 16,4% (144) iam a pé, e 12,1% (106) usavam carro. O metrô e o trem eram menos utilizados como meio de locomoção ao trabalho, respectivamente por 4,2% (37) e 2,5% (22) dos Auxiliares de Enfermagem do PSF (Tabela 8).

Tabela 7. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

QUESTÃO	Ocorrências	Frequências
Leste	313	35,4%
Sul	295	33,3%
Norte	128	14,4%
Centro-Oeste	62	7,0%
Outro município	48	5,4%
Sudeste	40	4,5%
Totais	**886**	**100,0%**

Representação gráfica



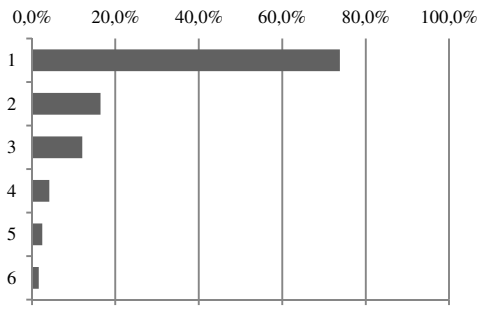
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
886	15

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 8. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

QUESTÃO	Ocorrências	Frequências
Ônibus / Lotação	645	73,8%
A pé	144	16,4%
Carro	106	12,1%
Metrô	37	4,2%
Trem	22	2,5%
Outros	14	1,6%
Total	**968**	
Mais de uma ocorrência	95	

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
873	28

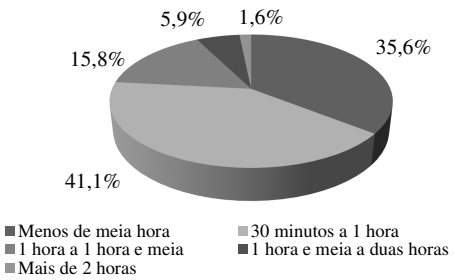
Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Informaram, 41,1% (367) deles, que gastavam entre 30 minutos a uma hora para chegar ao trabalho, e 35,6% (317), menos de 30 minutos. Mas 15,8% levavam de uma a 1,5 horas para chegar à UBS; 5,9% (53), de 1,5 a duas horas; e 1,6% (14), mais de duas horas. Embora não fosse uma exigência do Programa, para o Auxiliar de Enfermagem, residir na própria área de atuação, essa situação podia levar a um grande desgaste físico e psicológico desses trabalhadores, que acrescentavam quatro horas diárias à sua jornada de oito horas de trabalho (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de meia hora	317	35,6%
30 minutos a 1 hora	367	41,1%
1 hora a 1 hora e meia	141	15,8%
1 hora e meia a 2 horas	53	5,9%
Mais de 2 horas	14	1,6%
Totais	**892**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
892	9

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tempo de trabalho

O tempo de trabalho no PSF da maioria desses Auxiliares de Enfermagem variava de menos de um ano a quatro anos: 52,7% trabalhavam entre um e dois anos; 25,8%, entre três e quatro anos; e 8,7%, há menos de um ano. Esse tempo máximo de trabalho de quatro anos coincidia com a municipalização dos serviços de saúde no município de São Paulo, fato ocorrido a partir de 2001. Quanto aos outros segmentos desses trabalhadores, que estavam inseridos há mais de quatro anos no PSF, presume-se que tenham iniciado sua experiência no Projeto Qualis, implantado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, nas regiões Leste, Norte, Sudeste e Sul da cidade, a partir de 1996, em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, a Fundação Zerbini, a Associação Congregação Santa Catarina e a Organização Santamarense de Educação e Cultura – Unisa. Ou, então, que tenham tido experiência com o PSF em outros municípios do Estado de São Paulo, ou mesmo em outros estados do país, nos quais a municipalização dos serviços tinha ocorrido já na década de 1990. Encontravam-se entre esses os 8,1% que trabalhavam entre cinco e seis anos no PSF, 3,8%, entre sete e oito anos, e 0,9%, havia nove ou mais anos (Tabela 10).

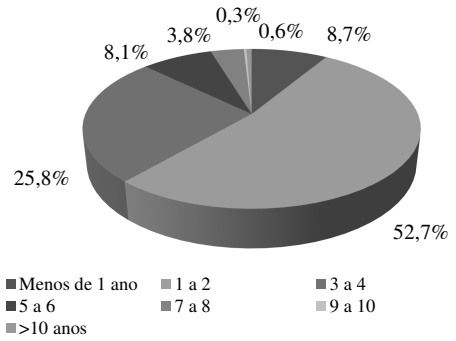
Treinamento para o trabalho

Quanto à capacitação específica para o trabalho no PSF, 75,6% dos Auxiliares de Enfermagem cursaram o Momento I – Introdutório; 41,6% participaram de outros cursos; 26,8%, do Momento II – Ciclos de Vida; e 5,3% não frequentaram nenhum curso que os preparasse para trabalhar no PSF (Tabela 11).

Tabela 10. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo tempo de trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de 1 ano	76	8,7%
De 1 a 2 anos	461	52,7%
De 3 a 4 anos	226	25,8%
De 5 a 6 anos	71	8,1%
De 7 a 8 anos	33	3,8%
De 9 a 10 anos	3	0,3%
Mais de 10 anos	5	0,6%
Totais	**875**	**100,0%**

Representação gráfica



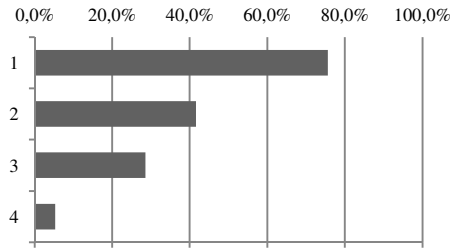
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
875	26

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 11. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo capacitação, no PSF/ SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Momento I - Introdutório	651	75,6%
Outros	359	41,6%
Momento II – Ciclos de vida	231	26,8%
Nenhum	46	5,3%
Total	**1.287**	
Mais de uma ocorrência	426	

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
861	40

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Formas de contratação

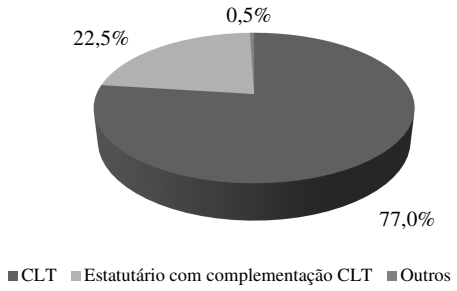
A forma majoritária de contratação dos Auxiliares de Enfermagem para o PSF pelas instituições parceiras era, como para os demais profissionais da equipe, o regime da CLT. Essa situação foi encontrada em 77,0% dos auxiliares, contra 22,5% que referiram ser funcionários públicos, em regime estatutário, recebendo complementação via CLT, por meio da instituição parceira (Tabela 12). Constata-se por esses dados a tendência à terceirização dos trabalhadores no PSF no município de São Paulo, e não o processo de precarização das relações de trabalho, como apontado por autores em outros municípios (Nogueira, 2002).

Experiência profissional anterior ao PSF

Praticamente, um pouco mais da metade desses Auxiliares de Enfermagem (53,3%) informou experiência profissional antes de inserir-se no PSF. Dentre

Tabela 12. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
CLT	684	77,0%	
Estatutário com complementação CLT	200	22,5%	
Outros	4	0,5%	
Totais	**888**	**100,0%**	



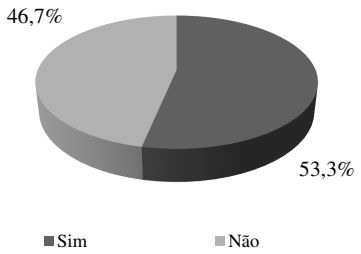
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
888	13

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

os que informaram ter experiência de trabalho anterior ao PSF, 64,7% (304) a tiveram na área hospitalar; 45,9% (216), em postos de saúde; 33,6% (158), em outros tipos de trabalho na área de saúde; e 26,6% (125) haviam trabalhado em atividades fora da área de saúde (Tabela 13). As respostas a essa questão, de múltipla escolha, mostram que muitos tiveram experiência anterior em mais de uma modalidade de atenção à saúde, e que mais de um quarto deles trabalharam também fora da área de saúde, o que pode indicar uma profissionalização mais tardia de alguns ou dificuldades para inserção no mercado de trabalho da área de saúde, no início, ou reinserção em algum momento da carreira profissional, mesmo tendo formação técnica específica para a função, o que pode indicar possíveis situações de desemprego dessa categoria profissional no mercado de trabalho.

Tabela 13. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo experiência profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Sim	470	53,3%	
Não	411	46,7%	
Totais	**881**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
881	20

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Na Tabela 14, observa-se que 87,2% (778) dos Auxiliares de Enfermagem nunca trabalharam em outra unidade do PSF, o que indica que a experiência deles nessa modalidade de atenção começou com a implantação pela SMS/ SP, e condiz com o tempo de trabalho que a maioria informou ter no PSF, até por volta de três anos. Outros 11,4% (102) já trabalharam em mais uma unidade, e 1,3% (12), em outras duas unidades. Apenas um Auxiliar de Enfermagem informou que trabalhou em três unidades do PSF antes da atual.

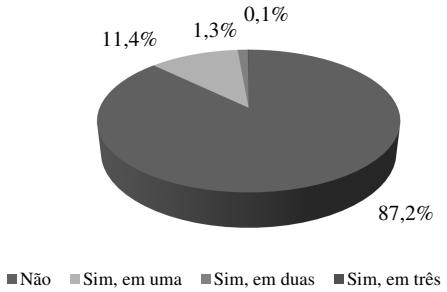
Número de locais de trabalho

A maioria desses profissionais (87,4%) trabalhava apenas no PSF. Entretanto, 11,7% (98) tinham outro trabalho, e 0,8% (7) informaram que trabalhavam em dois outros lugares, o que reforça observação anterior sobre a possibilidade de desgaste a que podiam estar expostos com essa situação (Tabela 15).

Tabela 14. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Não	778	87,2%
Sim, em uma	102	11,4%
Sim, em duas	12	1,3%
Sim, em três	1	0,1%
Sim, em mais de três	0	0,0%
Totais	**893**	**100,0%**

Representação gráfica



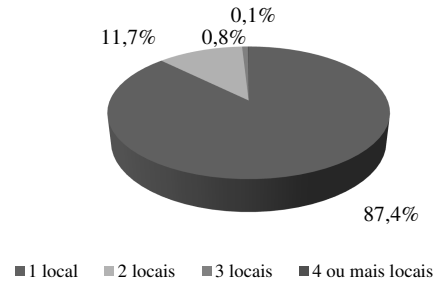
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
893	8

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Tabela 15. Distribuição percentual dos Auxiliares de Enfermagem, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
1 local	730	87,4%
2 locais	98	11,7%
3 locais	7	0,8%
4 ou mais locais	1	0,1%
Totais	**836**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
836	65

Fonte: Levantamento realizado pela SMS (2004) e consultoria Unesco (2005).

Cabe, ainda, uma síntese das ocorrências evidenciadas pela frequência das variáveis quantitativas sobre os Auxiliares de Enfermagem, em geral, e conforme a inserção regional e a vinculação deles às 12 instituições parceiras da Secretaria Municipal de Saúde, na viabilização do PSF.

No que se refere às características dos Auxiliares de Enfermagem contratados pelo PSF na cidade de São Paulo, muitas semelhanças podiam ser apontadas. Os dados coletados revelaram certo grau de homogeneidade entre os 875 Auxiliares de Enfermagem que responderam ao questionário dessa pesquisa da SMS.

A distribuição pelas cinco regiões da cidade indicou algumas poucas diferenças. Dentre essas regiões, a Sul se destacou pela maior porcentagem de participação desses profissionais.

Com relação ao perfil sócio-demográfico, pôde-se constatar a predominância do sexo feminino entre os Auxiliares de Enfermagem no PSF. No quesito idade, verificou-se a concentração de adultos com idade superior a 30 anos. A maioria concentrava-se no grupo dos adultos jovens, mas não com distribuição equitativa nas três faixas etárias que o compunham, como era o caso da distribuição do total de Auxiliares de Enfermagem que responderam ao questionário da pesquisa. No caso da distribuição etária desses profissionais entre as parceiras, algumas variações puderam ser evidenciadas em uma primeira observação.

A maioria dos Auxiliares de Enfermagem do Programa de Saúde da Família da capital era paulistana de origem. A seguir, apareciam os que nasceram em outros estados da Federação, característica que apresentava pequena variação à observação das frequências em cada uma das instituições parceiras, o que podia estar relacionado com o universo de cada uma das parceiras que responderam ao questionário.

Quanto à formação, em termos de frequência ao nível médio de educação geral, os Auxiliares de Enfermagem, em sua grande maioria, o fizeram até a 3ª série, ou seja, concluíram-no.

No que diz respeito à formação de nível técnico, exigência atual do Conselho Federal e Regional de Enfermagem, identificou-se procura constante e acentuada tanto de concluintes quanto daqueles que estavam prosseguindo estudos para se transformar em técnicos de enfermagem, o que, de um lado, propiciaria melhores condições de inserção no mercado, salário e reconhecimento social, e, por outro, representaria mais uma etapa na travessia que o auxiliar identifica como a de eleição para a sua vida: cursar a Graduação em Enfermagem.

Em termos de formação de nível superior, era pequena, ainda, a frequência evidenciada nos profissionais contratados por algumas instituições, mas expressa um movimento e uma preocupação pela cidadania e pela inclusão, ao iniciarem ou concluírem um curso de graduação.

A maioria dos Auxiliares de Enfermagem residia na região em que trabalhava: assim, 92,7% dos que trabalhavam pela parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina moravam na região Leste da cidade; 100,0% dos contratados pelo Hospital Israelita Albert Einstein moravam na região Sul. Já os contratados pela Unifesp, moravam nas diversas regiões em que essa parceira implantou as equipes de PSF: 23,5% na Norte; 22,3% na Centro-Oeste; 21,3% na Leste; 11,7% na Sudeste; 10,6% na Sul; e 10,6% em outros municípios. No caso dos contratados via Santa Casa de São Paulo que atuavam no PSF nas regiões Central, Centro-Oeste e Norte, 37,5% dos auxiliares residiam na região Norte da cidade, enquanto 43,6% residiam na região Leste.

O meio de transporte mais usado por essa categoria profissional para chegar ao trabalho era o ônibus ou a lotação, seguido daqueles que iam a pé e de um grupo que já se deslocava de carro de casa para a unidade básica de saúde.

Parte considerável desses profissionais gastava menos de meia hora para chegar ao trabalho; entretanto, a maior frequência era daqueles que levavam de meia e uma hora no percurso de casa para o trabalho.

O tempo de trabalho no PSF por parte dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados, em geral, era pequeno, de um a dois anos, seguidos daqueles que tinham três ou quatro anos de trabalho, mesmo entre aquelas instituições que iniciaram no PSF com o Projeto Qualis da Secretaria de Estado da Saúde, o que indicou certa rotatividade também em relação aos profissionais dessa categoria da equipe de Saúde da Família.

A contratação pelo regime da CLT era a mais frequente, havendo número reduzido de funcionários em regime estatutário com complementação por parte da parceira.

Quanto à capacitação, a maior parte participou do Momento I – Introdutório, embora essa frequência variasse conforme a instituição observada. Do mesmo modo, houve profissionais que informaram não terem participado de nenhum curso que os preparasse para o exercício do Programa de Saúde da Família.

A grande maioria, considerando todas as instituições parceiras, não trabalhou em outras unidades do PSF, e os poucos que trabalharam, o fizeram, no geral, em mais uma unidade de PSF.

Quanto ao número de vínculos de trabalho no momento da pesquisa, 87,4% só possuíam um, com a unidade do PSF. Os que possuíam dois ou mais vínculos informaram que o outro, ou os outros eram em área hospitalar, em plantões noturnos.

Experiência profissional anterior foi referida por mais da metade dos Auxiliares de Enfermagem, variando entre as parceiras; mas, dos que a tiveram, a mais frequente ocorreu na área hospitalar, o que era esperado na medida em que, classicamente, os cursos para Auxiliares de Enfermagem são voltados, em sua grande maioria, para a prática hospitalar. Em segundo lugar, apareceu experiência em postos de saúde, em outros trabalhos, mas na área de saúde, e, por fim, experiência profissional em outros trabalhos fora da área de saúde.

Essas últimas evidências apontaram para algumas questões importantes, entre as quais, em primeiro lugar, a necessidade de um processo sistematizado e intenso de capacitação dos Auxiliares de Enfermagem para a rede básica de saúde e, principalmente, para o "ser Auxiliar de Enfermagem" em uma equipe de saúde do Programa de Saúde da Família.

Em segundo lugar, a evidência, já observada por alguns autores, sobre o Programa de Saúde da Família com importante atuação na oferta de postos de trabalho, ou seja, uma expressiva influência na dinâmica do mercado de trabalho no setor saúde, em termos de oferta significativa de postos de trabalho.

ESCALA DE LICKERT: SATISFAÇÃO / INSATISFAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM COM O TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2004.

Uma análise detalhada em relação à satisfação no trabalho foi realizada com a aplicação de uma Escala de Lickert (Marconi e Lakatos,1988), elaborada na SMS (Campos, 2004) e analisada em consultoria para Unesco (Marsiglia et al., 2005).

A satisfação no trabalho para os auxiliares de enfermagem do PSF de São Paulo

Pelas respostas aos indicadores da Escala de Lickert

A satisfação no trabalho para o conjunto dos auxiliares de enfermagem

Partindo da Escala de Lickert, modelo de escala de opiniões utilizado no levantamento realizado pela SMS/SP, pôde-se verificar as afirmações dos Auxiliares de Enfermagem do PSF que receberam maior aprovação / satisfação e as que receberam menor aprovação / insatisfação.

Verificou-se, entre os dados e as informações correspondentes às respostas dos Auxiliares de Enfermagem, que o indicador relacionado à adesão ao trabalho ganhou destaque: o percentual favorável era de 95,6%, seguido do indicador relacionamento intraequipe (95,5%) e da identidade com a tarefa realizada no PSF (95,3%). As reuniões de equipe também mereceram destaque entre esses profissionais, com 92,1% de percentual favorável.

Esses aspectos evidenciaram que os percentuais mais favoráveis dessa categoria profissional estavam relacionados principalmente com indicadores que diziam respeito às expectativas quanto ao futuro profissional e às relações de trabalho, em especial com a equipe de trabalho na unidade de saúde.

Tabela 16. Escala de satisfação com o trabalho no PSF: Questões e indicadores. SMS/SP, 2004.

ITEM	QUESTÃO	INDICADOR
5.1	Faço aquilo que gosto.	Identidade com a tarefa
5.2	O treinamento que recebo é suficiente para realizar meu trabalho no PSF.	Treinamento
5.3	O ambiente físico da unidade dificulta meu trabalho.	Ambiente físico
5.4	Disponho de materiais para realizar meu trabalho.	Materiais
5.5	Sinto muita tensão no trabalho.	Estresse
5.6	No PSF, meu potencial e minhas experiências são utilizados.	Uso de habilidades
5.7	O trabalho no PSF permite que eu melhore meus conhecimentos.	Crescimento no trabalho
5.8	Considero que os serviços de minha equipe do PSF possuem qualidade.	Qualidade do serviço no setor
5.9	Na minha equipe do PSF o paciente é bem atendido.	Qualidade do atendimento no PSF
5.10	Os profissionais da equipe do PSF podem discutir as dificuldades encontradas no trabalho.	Confiança nas relações de equipe
5.11	Dou-me bem com meus colegas de equipe de PSF.	Relacionamento intraequipe
5.12	Minha equipe do PSF realiza reuniões com regularidade.	Reuniões de equipe
5.13	Minha Unidade Básica de Saúde realiza reuniões com regularidade.	Reuniões da unidade
5.14	Pretendo trabalhar por longo tempo no PSF.	Adesão
5.15	Meu trabalho é valorizado pela comunidade.	Imagem externa
5.16	Acredito que os resultados dessa pesquisa serão bem utilizados.	Credibilidade da pesquisa
5.17	É muito difícil participar da equipe de saúde e ser membro da comunidade ao mesmo tempo.	Interface equipe / comunidade

Os indicadores relacionados às condições de trabalho apresentaram os menores percentuais favoráveis, caindo em desvantagem quando comparados com os indicadores anteriormente mencionados. Receberam, portanto, percentuais bem menos favoráveis o ambiente físico (42,6%), seguido do estresse (47,1%), da falta de materiais (60,3%) e do treinamento insuficiente ao desenvolvimento das tarefas no PSF (67,4%).

De modo geral, a maioria dos indicadores relacionados com as relações de trabalho e com as condições de trabalho, entre os Auxiliares de Enfermagem do PSF, apresentou-se entre dois extremos: o de satisfação e o de insatisfação.

A grande maioria dos indicadores classificados como relacionados ao processo de trabalho do PSF apresentou percentuais intermediários, variando entre 90,4% e 83,5%.

O escore total evidenciado, ou seja, o nível médio de satisfação dos Auxiliares de Enfermagem correspondeu a 80,7%. Já o grau de satisfação no trabalho apontado por esses profissionais dividiu-se entre aqueles parcialmente satisfeitos e os totalmente satisfeitos, atingindo percentual de 82,1%.

A satisfação no trabalho para os auxiliares de enfermagem das regiões da cidade

Região Centro-Oeste

Dentre os Auxiliares de Enfermagem do PSF que prestavam serviço na região Centro-Oeste, o indicador referente ao relacionamento intraequipe destacou-se entre os demais, com 97,4% de percentual favorável. Importante ressaltar, também, a adesão desses profissionais (94,6%) como importante fonte de satisfação no trabalho. A identidade com a tarefa foi apontada com percentual de satisfação de 92,2%.

No entanto, os indicadores relacionados às condições de trabalho foram motivo da baixa satisfação no trabalho. O ambiente físico apareceu com apenas 32,5% de percentual favorável. O estresse (40,2%), a falta de materiais (61,2%) e a de treinamento (61,8%) também constituíram importantes fatores para a baixa satisfação desses profissionais no trabalho.

Região Leste

O indicador identidade com a tarefa atingiu a maior porcentagem favorável entre os Auxiliares de Enfermagem da região Leste: 97,6%. Esse fato pode explicar por que a adesão ao trabalho se encontrava em segundo lugar, com 96,7% de percentual favorável. O relacionamento intraequipe veio em seguida, com 95,7%. Importante mencionar que o indicador relacionado à credibilidade desses profissionais quanto ao bom uso dos resultados da pesquisa veio em quarto lugar, com percentual favorável de 94%.

Quanto aos indicadores que mereceram porcentagem menor de satisfação, basicamente se repetiu o encontrado entre os Auxiliares de Enfermagem da região Centro-Oeste. O ambiente físico foi indicado com 45,2%, o estresse recebeu 47,2%, a falta de materiais apresentou 63,4%, e o treinamento insuficiente, 71,7%.

Região Norte

Assim como na região anterior, a identidade com a tarefa atingiu o maior percentual de satisfação entre os Auxiliares de Enfermagem do PSF da região Norte (96,1%). Em seguida, apareceu o indicador de relacionamento intraequipe, com 95,8%, e a adesão ao trabalho no PSF, que atingiu 95,3% de percentual favorável. As reuniões de equipes e a qualidade do atendimento no PSF também foram citadas em quarto lugar, ambas com percentual favorável de 91,6%.

Refletiram-se de forma negativa quanto à satisfação desses profissionais os indicadores relacionados às condições de trabalho. Nada diferente do apresentado nas demais regiões: o ambiente físico, com 39,1%, e, em segundo lugar, o estresse dessa categoria (50,9%). Nesta região, repetiu-se também a tendência a apontar a ausência de materiais de trabalho (54,7%) e o treinamento insuficiente (63,3%) como fatores de baixos níveis de satisfação.

Região Sudeste

Prevaleceu entre os Auxiliares de Enfermagem da região Sudeste o indicador diretamente ligado à expectativa quanto ao futuro profissional no PSF. A adesão apresentou a maior porcentagem favorável, ou seja, 96,2%. O relacionamento intraequipe, apontado em segundo lugar, apresentou percentual favorável de 93,8%. É um percentual significativo que, por sua vez, se relacionava com a identidade que esses profissionais apontaram com o trabalho no PSF: fazer aquilo de que gostavam (92,9%).

Em contrapartida, os aspectos que mais indicaram baixa satisfação no trabalho foram observados na região Sudeste – o estresse como um problema para o desenvolvimento do trabalho (41,4%). O ambiente físico apareceu em segundo lugar, com percentual favorável de apenas 43,2%. Já a ausência de materiais para o desenvolvimento do trabalho no PSF foi apontada por 54,2% como satisfatório, e o treinamento apresentou percentual satisfatório para 63,3%.

Assim, a ordem desses indicadores com baixa satisfação diferiu do apresentado nas demais regiões.

Região Sul

Entre os Auxiliares de Enfermagem da região Sul, o relacionamento intraequipe ganhou destaque, atin-

gindo o maior percentual favorável (95,8%). A identidade com a tarefa (95%) veio seguida da adesão (94,9%), enquanto desejo de permanecer no trabalho do PSF por longo tempo. As reuniões de equipe receberam também alta porcentagem favorável dessa categoria: 94,6%.

Já a baixa satisfação com o ambiente físico chama a atenção: apenas 43,9% responderam estar satisfeitos com isso. O estresse frequente (48,9%), a falta de materiais (64,7%) e o treinamento insuficiente (69,3%) foram indicadores apontados que se referiram à baixa satisfação desses profissionais da região Sul.

CONCEPÇÕES, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPECTATIVAS DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (Minayo, 1992; Guareschi e Jovchelovitch, 1995)

- A satisfação dos Auxiliares de Enfermagem do PSF paulistano: os fatores e sua participação
- Os motivos pelos quais resolveram formar-se em Auxiliar de Enfermagem
- Os motivos pelos quais resolveram trabalhar no PSF
- As principais sugestões apresentadas para o Programa
- Os planos individuais e profissionais que os Auxiliares de Enfermagem apresentaram para o futuro

Os motivos de satisfação

As respostas espontâneas dos Auxiliares de Enfermagem às perguntas abertas sobre o que o trabalho no PSF proporcionava de satisfação diziam respeito às condições de trabalho, processos de trabalho e relações de trabalho, mas, principalmente, revelaram valores culturais e sociais que nos remeteram a representações sociais de vários "tempos" de duração.

A resposta mais repetida pelos entrevistados dizia respeito ao "reconhecimento" externo, isto é, do usuário sobre seu trabalho, seja por pacientes e familiares individualizados, pela população atendida ou pela comunidade de referência. Mas, também, pelo reconhecimento no interior da instituição, pelas colegas e, especialmente, pelas chefias que avaliavam positivamente o "empenho" do entrevistado. Esse é um indício de certo grau de satisfação dos trabalhadores, tanto durante a realização do processo de trabalho, pelo reconhecimento interno e dos superiores, quanto na avaliação do produto final, pelos usuários.

> *"O reconhecimento do meu trabalho pela população."*
>
> *"É fazer aquilo que gosto (cuidar do paciente), é ser reconhecido profissionalmente."*
>
> *"Quando os pacientes nos elogiam, falam bem do nosso atendimento, apesar das dificuldades."*
>
> *"O reconhecimento da população e o reconhecimento da gerência."*
>
> *"Lidar com a população, a satisfação dos familiares quando conseguimos resolver seu problema."*
>
> *"(percebe-se) o profissional e a comunidade juntos, trabalhando completo dentro e fora da unidade com toda a família; reconhecimento da população com os serviços prestados."*
>
> *"A receptividade dos pacientes, o contato muito mais direto com a população, a oportunidade de poder ser e sentir a aceitação por parte da população."*

O tipo de relações que se estabeleciam durante o processo de trabalho também foi muito valorizado, com muitas referências ao "trabalho em equipe", ao bom relacionamento com os colegas, com os pacientes, com a população e com a chefia. Muitos apresentaram, como positivo, o fato de *"serem ouvidos"* na equipe e de contarem com o companheirismo dos colegas de trabalho que, muitas vezes, se pareciam mais com *"amigos."*

Essas observações remetem à percepção da existência de relações mais horizontalizadas e menos hierárquicas no interior das equipes de Saúde da Família, e também caracteriza as relações com pacientes e comunidades.

Um dos entrevistados chegou a mencionar que o que mais lhe agradava era o trabalho em equipe, em que os ideais de *"igualdade, liberdade e fraternidade"* prevaleciam.

Esses aspectos levam-nos a indagar ou a vislumbrar que as relações de trabalho e o reconhecimento profissional que os Auxiliares de Enfermagem encontravam nessas equipes pudessem estar respeitando a subjetividade do trabalhador e o empoderamento de ocupações que têm uma tradição de inserção subalternizada na área da saúde.

O "vínculo" que se estabelecia entre o trabalhador, o usuário e a família também apareceu de forma muito frequente nas respostas, contrapondo-se, de certa forma, aos valores que acompanharam o desenvolvimento do pensamento científico e a profissionalização das ocupações na área de saúde. Esses defendiam a importância de os trabalhadores manterem "certa distância" dos pacientes, evitando envolver-se exageradamente com eles, para não perder a "objetividade científica" nem a "perspectiva profissional". Os depoimentos apresentados apontaram nessas direções:

> *"O vínculo com a comunidade."*
>
> *"O vínculo que se cria com o cliente."*
>
> *"Compreensão da população, vínculos com os pacientes, companheirismo dos colegas do PSF."*
>
> *"Trabalho em equipe e união da equipe."*
>
> *"Coleguismo, executar o que é proposto e respeito."*

As ideias de "servir", de "ajudar" os que "precisam", a população "carente", apareceram em muitas das respostas dos Auxiliares de Enfermagem, frequentemente associadas à ideia de que se devia prestar ajuda aos *"próximos"* e *"cuidar deles."*

> *"Servir a população carente."*
>
> *"A forma em que eu posso ajudar a população: contato direto com quem precisa, sentimento nobre."*
>
> *"O poder levar ajuda àquele paciente que mais precisa de mim."*
>
> *"Poder prestar serviços à comunidade, fazer o trabalho que me propus como cidadã."*

Menções ao processo de trabalho, ao ritmo e, especialmente, a alguns instrumentos de trabalho e atividades que faziam parte da proposta foram valorizadas também, embora tenham aparecido com menor frequência: o "acolhimento" dos usuários nas unidades, o trabalho com grupos de pessoas e comunidades, as visitas domiciliares, o acompanhamento das pessoas acamadas no domicílio, bem como a qualidade do atendimento que era possível prestar a partir desse processo instaurado, diferentemente de experiências vividas anteriormente pelos entrevistados, especialmente em hospitais.

> *"Trabalho com grupos... gosto do que faço, visitas a domicílio, atividades na comunidade."*
>
> *"Trabalho em equipe, visita domiciliar aos acamados, resolver alguns problemas junto à comunidade, grupos de educação em saúde que são realizados."*
>
> *"Visita domiciliar, trabalho com a comunidade, grupos preventivos, cursos."*
>
> *"Fazer atividades diversas, autonomia e contato com a comunidade."*
>
> *"Acompanhar casos que são solucionados, conseguir dar uma devolutiva ao usuário, ter tempo para escuta qualificada."*
>
> *"O grupo de caminhada (idosos), planejamento familiar, prestar assistência e (trabalhar) com a comunidade."*

Referências às condições de trabalho apareceram com menos frequência nas perguntas abertas e, no geral, estiveram relacionadas às jornadas de trabalho, aos recursos físicos e materiais, ao salário previsível.

O trabalho era satisfatório para alguns Auxiliares de Enfermagem porque:

> *"Posso atender o usuário com qualidade de trabalho, quando não falta material indispensá-*

vel para o atendimento, chegar no trabalho e tudo correr bem."

"Boa condição de trabalho, material suficiente, referência e contrarreferência para atividades que o paciente possa vir a precisar."

"Trabalhar próximo de minha casa."

"Quando no fim do mês o salário não atrasa."

Por último, apareceram as respostas sobre satisfação no trabalho com o PSF, vinculadas às propostas e princípios do SUS, à ação na área de saúde, não apenas centradas na perspectiva de cura das doenças, mas na prevenção das doenças, na promoção da saúde e na qualidade de vida.

"Trabalho preventivo e com promoção da saúde."

"Quando realizo atividades com crianças, quando posso ajudar a melhorar a qualidade de vida das outras pessoas, quando juntos elaboramos grupos ou estratégias para melhorar as condições da saúde ou da vida de nossa comunidade."

"Poder pôr em prática os princípios do SUS na Atenção Primária à Saúde."

"Traz-me satisfação quando vejo um cadastrado dizer que entendeu que o PSF é um programa de prevenção."

Os motivos de insatisfação

À pergunta "O que lhe traz insatisfação no trabalho?", cada um dos Auxiliares de Enfermagem que informaram a Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde enumerou alguns motivos.

As respostas sobre insatisfação no trabalho no PSF apontaram, em primeiro lugar, para as condições de trabalho, entendidas como falta de estrutura, espaço físico inadequado, falta de medicamentos, falta de profissionais nas equipes, principalmente de médicos e enfermeiros. O salário foi também considerado insatisfatório e sem alterações por alguns Auxiliares de Enfermagem.

Outros aspectos diziam respeito às jornadas de trabalho (de oito horas), que foram apontadas como muito longas, não permitindo que o profissional continuasse a estudar para melhorar sua formação.

Por fim, dentre as insatisfações com as Condições de Trabalho, apareceram queixas de que o trabalho no PSF era estressante, por causa das situações que os profissionais enfrentavam, as dificuldades de acesso da população, suas condições de vida, o que levava a considerá-lo um trabalho penoso. Mas, outros entrevistados queixaram-se de que o trabalho deveria ser definido como perigoso para o profissional, diante das situações de violência que presenciavam e a que estavam expostos no dia a dia nas atividades com as famílias ou com a população e, mesmo, na unidade de Saúde.

"Salário, que já faz tempo que não temos aumento, quando você faz tudo pela unidade ou local de trabalho."

"Não ter material, falta de especialidades, demora na entrega da Cesta Básica."

"Ausência de enfermeiros que faltam demais."

"Ficar oito horas na unidade é cansativo, quando os demais colegas não contribuem com as tarefas do PSF e quando a enfermeira tem que tomar atitudes e não toma."

"Falta de apoio psicológico para o profissional."

"Não receber auxílio periculosidade, falta de material."

"Falta de apoio à saúde dos funcionários."

"Sinto que o máximo que faço não é o suficiente para atender as necessidades de um povo tão carente."

"Porque não tem sala para o médico fazer o atendimento deles e o auxiliar (fazer) seus procedimentos."

"Falta de material para realizar os procedimentos, falta de oportunidade para estudar."

Um segundo tipo de respostas muito frequentes referia-se às relações de trabalho que, ao contrário, foram também consideradas motivo de satisfação no

trabalho no PSF. As queixas referiam-se à falta de cooperação entre os colegas, falta de compreensão da população, relações conflituosas com a chefia, com médicos, enfermeiros e, às vezes, com o Agente Comunitário de Saúde. Portanto, diziam respeito às relações entre equipes, principalmente, mas também às relações do profissional ou da equipe com a população.

"Não poder contestar uma conduta médica."

"Falta de respeito dos superiores e de alguns colegas."

"Quando não valorizam meu trabalho, fazem pouco caso de mim."

"Estresse de chefia (enfermeiros), paciente impaciente e que sempre reclama."

"Trabalho mal feito, pessoas preguiçosas ao redor, desorganizadas."

"Muitos chefes, muitas regras que mudam sempre, e a falta de conhecimento do trabalho que fazemos por parte dos enfermeiros."

Em terceiro lugar, foram apontados como motivos de insatisfação no trabalho os problemas na implantação do PSF: conflitos nas unidades mistas (PSF e UBS), não cumprimento das diretrizes do PSF por falta de compreensão da equipe, pelo menos de alguns profissionais, sobre o que era o PSF.

Outro aspecto mencionado foi o uso político do programa, a partidarização e a insegurança com o momento político (o questionário foi aplicado no segundo semestre de 2004, muito perto do processo eleitoral para a definição da direção da Prefeitura Municipal).

Houve observações negativas ainda sobre o perfil de alguns profissionais que, segundo os Auxiliares de Enfermagem, era inadequado para o PSF.

"Falta de material, coordenadores sem experiência em PSF e política partidária."

"Não são todos, mas alguns não têm perfil (médico), há gente que não trabalha corretamente, médico que não cumpre com suas obrigações, como não tendo horário, atrasos, faltas e descasos com os pacientes."

"Ver que algumas pessoas não têm o menor perfil para o PSF, usando só o lado curativo e deixando o preventivo de lado."

"Dificuldades em trabalhar junto com o UBS, pois é evidente a preferência dos gerentes em relação ao trabalho de UBS."

"Saber que muitas vezes o usuário do PSF não leva a sério o tratamento."

"Uma vez que o que fazemos está longe de ser PSF, na minha humilde opinião."

"Falta de condições (materiais), não atingir as metas estabelecidas, o PSF disfarçado de Pronto Atendimento, a falta de profissionais habilitados."

A insatisfação dos Auxiliares de Enfermagem com sua formação foi bastante citada. Também reclamaram que se sentiam despreparados para o trabalho que deviam desenvolver no PSF e que a capacitação recebida, de início, foi insuficiente para enfrentar problemas tão complexos. Além disso, jornadas de oito horas diárias e ritmo de trabalho muito intenso não davam oportunidade para que eles buscassem formação fora. Nem mesmo eram respeitados os direitos dos que estudavam de terem suas jornadas de trabalho diminuídas.

"A falta de materiais para realizar tais procedimentos e a falta de oportunidade para estudar."

"Quando não temos conhecimento de alguns determinados assuntos."

"O fim da educação continuada e a carga horária."

"Ausência de capacitação profissional... falta de recursos para aprimorar."

"O descrédito de outros profissionais com relação ao PSF, baixo salário, pouca qualificação profissional."

"(Falta) horário estudantil, não ter um refeitório para as refeições, mais benefícios."

"O baixo salário do auxiliar de enfermagem, a não preparação ou cursos sérios para o auxiliar de enfermagem."

"Horário inflexível, dificultando cursar faculdade e falta de incentivo educacional e material."

Em seguida, as condições sociais em que vivia a população atendida, a "pobreza" a "carência", a falta de recursos na comunidade, desinteresse dos usuários também causavam insatisfação:

"Sinto que o máximo que faço não é o suficiente para atender as necessidades de um povo tão carente."

"População está sempre insatisfeita."

"Não poder resolver todos os problemas da população."

"Falta de educação da população, não aceitação do programa pela população."

"Falta de saneamento básico na comunidade, falta de educação, escola e creches próximas à comunidade... falta de área de lazer."

"A questão social, quando somos procurados pelos usuários desempregados."

"A falta de oportunidade da própria comunidade de mudar o ambiente em que vive, uma vez que a condição financeira não permite."

"Quando os pacientes não obedecem ao tratamento, quando percebo que as questões sociais ultrapassam os limites da UBS e são fatores limitantes para o tratamento do usuário."

"Saber que muitas vezes o usuário do PSF não leva a sério o tratamento."

"Não poder dar toda a assistência que o paciente necessita, ver a fome e a miséria tomando conta."

Outros motivos de insatisfação apareceram nas respostas, mas em menor número entre os Auxiliares de Enfermagem. Alguns diziam respeito ao processo de trabalho, apontando para o *"desvio de funções"*, dificuldades para realizar as visitas domiciliares, e mau atendimento ou despreparo da equipe para realizar o acolhimento dos que procuravam a Unidade de Saúde.

"Quando sou obrigada a fazer atribuições que não competem ao auxiliar de enfermagem."

"Realizações de atribuições que não competem à nossa categoria."

"Falta de acolhimento, fluxo inadequado da demanda social e atendimento domiciliar."

"Falta de material, falta de viatura, difícil acesso a determinados locais para visita (domiciliar)."

"Fazer visita domiciliar em dia de chuva."

O "desprestígio" à profissão junto aos colegas e chefias também foi apontado nas respostas abaixo:

"O baixo salário do auxiliar de enfermagem; o desprezo ao auxiliar de enfermagem."

"Algumas burocracias, a falta de respeito de alguns profissionais e a desvalorização ao profissional de enfermagem."

"A falta de valorização profissional por parte da chefia."

"É quando me sinto 'podada' no programa de trabalho, quando sou obrigada a ficar na farmácia, fazer pré-consultas e pós-consultas."

"De sofrer preconceito como auxiliar de enfermagem pelos médicos e enfermeiros."

Esparsas referências apareceram às parceiras da Secretaria Municipal de Saúde, responsáveis pela contratação das equipes. Embora esparsas e minoritárias, cabe reproduzir algumas:

"A parceria não nos valoriza; falta capacitação e falta material."

"A burocracia de alguns parceiros que dificultam a resolução de alguns problemas."

Os motivos pelos quais resolveram formar-se em auxiliar de enfermagem e os motivos pelos quais resolveram trabalhar no PSF

As razões mais citadas para a escolha da profissão, entre os Auxiliares de Enfermagem, foram razões altruístas, tais como "solidariedade", "cuidar" de idosos, crianças, doentes, ou razões mais próximas das ideias religiosas ou da caridade cristã, como "amor ao próximo". Às vezes, as respostas apareciam em uma linguagem mais atual, embora ainda revelassem valores altruístas, mas que podiam estar mescla-

dos com um discurso de caráter mais político ou mais educativo do que de ordem moral, tais como "ajudar" o povo, a população ou a comunidade. Essas razões puderam ser observadas nas "falas" que seguem:

> *"Sempre apostei de ajudar as pessoas e encontrei nesta profissão uma maneira de ajudar melhor. Amor e Solidariedade."*
>
> *"Eu escolhi ser auxiliar de enfermagem, pois gosto de cuidar das pessoas e amo muito o que faço. Poder ajudar o meu próximo e a mim mesmo e toda minha família."*
>
> *"O gosto pelo cuidado do paciente, poder colaborar para melhorar saúde e educar a população."*
>
> *"O fato de ajudar o próximo de forma bem humanizada, poder dar um pouco de conforto e amenizar um sofrimento, pois o respeito pelo ser humano é muito importante."*
>
> *"Querer cuidar, assistir e passar para o próximo, o calor humano e solidariedade, pois são poucos os que gostam do que fazem."*
>
> *"A vontade de auxiliar os idosos, quando estes já não tinham uma saúde 100%. Hoje sou auxiliar de enfermagem e consigo ajudá-los na medida do possível."*
>
> *"Idealismo de poder ajudar a população, contribuindo com a formação profissional."*
>
> *"Querer ajudar a situação caótica do país. Acho que estou fazendo o que posso, futuramente quero fazer mais."*
>
> *"Minha religião, minha família, querendo sempre o bem ao próximo."*

Em seguida, embora com menos da metade da frequência das razões anteriores, apareceram razões de foro íntimo, ou mais vagas, originais de opções pessoais tais como a "vocação", a mais citada nesse grupo. Também apareceu uma ideia próxima à de "ter o dom" para a profissão, às vezes associada à possibilidade de acesso à profissão ou, então, de realizar um "sonho."

> *"Ser enfermeiro foi uma das metas do idealismo profissional."*
>
> *"Poder ajudar a salvar vidas. Gostar das pessoas. Ter respeito pela profissão."*
>
> *"Foi a realização de um sonho e ajudá os mais necessitados."*
>
> *"Quando estava fazendo o curso me identifiquei muito com essa oportunidade e profissão e pude perceber que é o que eu realmente gosto de fazer."*
>
> *"Creio que nasci com o dom de cuidar das pessoas."*
>
> *"Nenhum ser humano consegue ser profissional de qualidade sem vocação. O trabalho feito por dinheiro não é bem feito."*
>
> *"Cresci querendo ser enfermeiro, sempre sonhei com a área da saúde, estou começando como auxiliar de enfermagem e espero no futuro ser enfermeiro."*
>
> *"Dom, sempre gostei desde a infância, e é um curso de fácil acesso."*
>
> *"Acredito que já foi premeditado devido ao amor, o zelo e o carinho que tenho de cuidar do meu próximo. A profissão de enfermagem é do bem: amo minha profissão."*
>
> *"Eu não escolhi minha profissão, fui escolhida."*
>
> *"Quando pequena já brincava de enfermeira com as bonecas e na adolescência cuidava de meus familiares. Hoje formada acredito que me saí uma boa profissional, pois faço o que gosto."*

Um terceiro grupo de razões estava ligado à história deles ou à influência exercida pela família na escolha da profissão, pelo incentivo ou pelo exemplo, já que muitos tinham auxiliares ou enfermeiros na família ou tiveram parentes que exerceram atividades informais ligadas à medicina popular. A influência da família na escolha da profissão apareceu também de outra maneira: a partir de experiências com doenças vividas pelo entrevistado no interior da família, seja no sentido positivo de ter participado do cuidado de parentes próximos, seja por ter passado por experiências negativas ou positivas com o atendimento na área de saúde, quando o próprio entrevistado ou um familiar próximo esteve doente. De certa forma, as experiências familiares positivas ou negativas puderam direcionar o interesse dos entrevistados para a profissão, tanto para reforçá-la quanto para resgatá-la.

"Vim do interior de Minas Gerais, onde meu pai era chamado para curar as feridas, fazer injeção. Acreditavam que ele tirava demônio e a gente ia junto, às vezes vestir pessoas que morriam, sentia muita dó."

"Desde criança eu acho muito bonito os profissionais de saúde, cuidar dos clientes, eu escolhi esta profissão por amor, não consigo me ver fazendo outra coisa."

"Espelhei-me no meu pai, que foi profissional de saúde em 40 anos. A satisfação com que ele trabalhava me fez ver que esse também era o meu caminho."

"Minha mãe que também é auxiliar (de enfermagem) e é uma coisa que gosto muito de fazer e que é cuidar das pessoas."

"Desde que cuidei de meu pai me dedicando com carinho, nasceu um desejo me despertando a cuidar do próximo. Tenho certeza que é o que gosto."

"Depois de meu pai ter tido câncer fui estudar."

"Ser mal atendida nos hospitais, quando levava meus pais e avós e queria poder ajudar as pessoas e dar a elas um pouco de amor e carinho."

"Descobri que gostava de cuidar quando meu pai ficou doente e os filhos tiveram que ficar com ele no hospital."

"Minha prima me convidou para fazer o curso com ela, aceitei e vi que tinha vocação."

"Minha família trabalhava na área de saúde há muitos anos, e ouvindo eles falarem dos cuidados e a satisfação e recuperação de todos no tratamento me incentivou a fazer os cursos."

"Por amor aos que precisam. Sempre quis falar a verdade e espero não ofender a quem quer que seja: no começo foi por curiosidade, porque todas as vezes que precisava, e era muito mal atendida, fiquei curiosa porque todos eram mal-humorados."

Em seguida, foram apontadas razões ligadas ao mercado de trabalho, à oportunidade de emprego, necessidade de trabalhar e, ainda, o salário a ser recebido na qualidade de profissional do PSF. De certa forma, podem-se classificar essas razões como mais objetivas, dentro das possibilidades de escolha racional para sua inserção social e sobrevivência, já que a área de saúde é um importante setor que absorve mão de obra na economia do país, tendência que vem sendo ampliada após a Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, muitos falaram de sua "adesão" ao trabalho e à profissão; depois de certo tempo, alguns relataram que pretendiam ser enfermeiros ou médicos, mas parte deles considerava que sua situação social não lhes permitia e os levava a aderir à profissão "possível" na área de saúde.

"Primeiro pela oportunidade de emprego, depois gostei da profissão."

"Comecei a fazer o curso, pois não tinha muita opção devido à minha escolaridade na época. Depois já exercendo, pude ver que eu gostava da área, mas ainda não havia despertado para isso."

"Mais chance de conseguir um emprego, com um salário acima da média da função que exercia anteriormente. Depois de formado me apaixonei pela enfermagem."

"A princípio a necessidade material, depois a gratificação do resultado do meu trabalho. Hoje mais amadurecida, o bom relacionamento com companheiros de trabalho e usuários."

"Ajudar o próximo com o que posso, é gratificante compartilhar com as pessoas e o mercado de trabalho que tem campo."

A questão do reconhecimento da existência de um perfil adequado para a profissão, ou o gosto pela área de saúde, em particular, para alguns, pela área de saúde pública ou atenção primária, também foram aprovados pelos Auxiliares de Enfermagem, dentre as razões que os levaram a escolher a profissão. Podem-se considerar essas respostas também como indicativas de escolhas mais racionais, no mundo profissional. Alguns explicitaram que gostariam de ser médicos ou enfermeiros; alguns acabaram abrindo mão dessa expectativa e aderindo à profissão possível e encontrando satisfações no seu exercício. Outros mantinham a expectativa e esperavam, num futuro próximo, tornar-se um profissional de nível universitário, especialmente enfermeiro.

"Por achar-me com perfil para exercer a profissão e gostar de cuidar das pessoas doentes."

"Ser enfermeiro foi uma das metas do idealismo profissional, e gostar de trabalhar com o próximo, orientando e educando em todos os níveis."

"Sempre gostei da área de saúde, poder trabalhar com o ser humano e conseguir executar as tarefas com êxito."

"Porque tinha vontade de aprender a profissão."

"Porque gosto daquilo que faço, tudo o que envolve a saúde pública e de estar próximo com a comunidade."

"Fui convidada por ter perfil para PSF e prestei prova de qualificação profissional."

"Sempre admirei o profissional de saúde, desde a infância queria ser pediatra. Infelizmente não pude, então optei por ser auxiliar de enfermagem e, se possível, fazer o técnico. Gosto de trabalhar com ser humano."

"Ser médico era meu sonho. Como não tenho condições para os estudos, me realizo no que faço."

"Cresci querendo ser enfermeira, sempre sonhei com a área de saúde, estou começando como auxiliar de enfermagem e espero no futuro ser enfermeira."

Para uma parcela dos entrevistados, tornar-se auxiliar de enfermagem no PSF ocorreu por curiosidade; para outros, foi como viver um processo de ascensão na carreira, de Agente para Auxiliar. Para outros, um "acaso", um processo aleatório que aconteceu em suas vidas. Ou, ainda, porque a Unidade Básica em que trabalhavam passou a organizar-se segundo o PSF. Mas, sempre com ressalvas dos que aderiram posteriormente.

"Arrisquei, porque não conhecia nada na área."

"Porque minha unidade passou para o PSF e condições para ajudar o próximo."

"O acaso e depois percebi o quanto era satisfatório."

"Curiosidade."

"Pretendia mudar a área de trabalho e me identifiquei com a área de saúde."

"Vontade de conhecer um pouco essa máquina maravilhosa que é o corpo humano e vontade de fazer a diferença. Cuidar, tratar o ser com humanidade, vontade de vencer morando na periferia."

"No princípio, seria mais um simples curso que faria, mas agora é algo que faço com muito amor e dou muito valor."

"Todos os meus empregos sempre foram voltados a lidar com pessoas. Acabei me descobrindo e me tornei auxiliar de enfermagem."

"Na época já estava no meio da saúde e fiz por curiosidade; hoje porque quero."

"Fui ACS durante mais ou menos quatro anos... comecei a gostar e me identificar com a área e a proposta do PSF. Por isso fiz o curso."

Outras razões que também indicaram escolhas racionais foram aquelas em que os entrevistados explicaram que se voltaram para a profissão, no PSF, depois que passaram por experiências de trabalho na área hospitalar. Segundo os dados da pesquisa de 2004, no PSF municipal, o hospital foi o local de trabalho anterior mais frequente entre os médicos, enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem.

"Por trabalhar (anteriormente) em hospital como auxiliar administrativo me identifiquei com a enfermagem."

"Quando eu trabalhei no hospital e notei que muita gente tinha tanta dificuldade e descobri que eu tinha coragem, paciência e carinho por eles."

"Iniciou-se em 89 quando fui trabalhar no hospital como copeira, então comecei a observar o serviço de auxiliar de enfermagem e gostei do que vi. Entrei como atendente de enfermagem e gostei do que vi... depois estudei e fiz auxiliar de enfermagem, (e) fui promovida."

"Trabalhar no PSF é mais calmo do que em hospital e Pronto Socorro."

Outras razões foram apontadas e, mesmo minoritárias no conjunto das respostas, são apresentadas

aqui para demonstrar o universo diversificado de ideias e de razões que interferiram na escolha para trabalhar no PSF e pela profissão de auxiliar de enfermagem. Essas razões iam desde o conselho de colegas, qualidades pessoais, experiências vividas em movimentos sociais, ou simplesmente "o destino" sobre o qual tinham pouco ou nenhum controle.

"Penso às vezes que (foi) o destino juntamente com a necessidade. Assim que comecei o curso já fui gostando, me identificando e dediquei e dedico o melhor de mim."

"Como participante de pastorais e uma oportunidade de ajudar os outros e principalmente os menos favorecidos."

"Sou comunicativa. Gosto muito do que faço, sou muito tranquila para ouvir e tentar ajudar as pessoas."

"Por conselhos de colegas, professores e profissionais (de saúde)."

A razão expressa pelo maior contingente dos entrevistados foi o fato de o PSF oferecer uma Oportunidade de Trabalho, constituindo-se em uma nova alternativa no mercado de trabalho em saúde. Para alguns, foi o primeiro emprego, buscando os profissionais recém-formados. Outros viam no PSF a possibilidade de encerrar um período relativamente longo de desemprego na cidade de São Paulo e a perspectiva de contratação no mercado formal, inclusive com certa garantia de estabilidade profissional.

"Por ser uma boa oportunidade de trabalho, gerando conhecimento em Saúde Pública."

"Foi minha primeira oportunidade de trabalho, na qual fiquei muito feliz e foi uma das melhores coisas que já aconteceu até hoje."

"Tinha trabalhado em 2001 no Posto, durante contrato de emergência. Então vi no PSF a oportunidade de voltar (ao mercado de trabalho) e graças a Deus consegui."

"Foram os únicos que me aceitaram."

"Estava procurando meu primeiro emprego na área e tive essa oportunidade."

"Para poder adquirir experiências novas na área de saúde e também conhecer o PSF."

"Assim que me formei em auxiliar de enfermagem estava sendo implementado um PSF na Unidade Básica no meu bairro, aí veio minha oportunidade."

"É meu primeiro emprego como auxiliar de enfermagem, antes disso só trabalhei informalmente como Home Care."

Outros qualificavam o PSF não apenas como uma oportunidade de trabalho, mas de realizar um trabalho *"que é reconhecido"*, demonstrando que tinham conhecimento do Programa de Saúde da Família bem como da proposta oferecida aos profissionais quando decidiram trabalhar no programa:

"Porque a proposta do PSF é o melhor plano de Saúde."

"Porque conheci o PSF de Curitiba e de São Paulo, e achei ótimo."

"Por ser um projeto que nos dá mais crédito no trabalho."

"Eu trabalho no PSF desde 1996, eu escolhi a Saúde Pública, porque tenho certeza que é o caminho."

"Para mim, tudo o que me acrescenta profissionalmente, gosto de ir atrás quando tenho oportunidade."

"Por acreditar que era um projeto que tem tudo para dar certo."

"Acredito nos princípios e diretrizes do programa."

Um terceiro grupo de entrevistados apresentou, como razões para ter iniciado o trabalho no PSF, o desejo de "servir", "ajudar" e "ser útil", razões de caráter mais altruísta do que utilitário ou de aproveitamento de oportunidades. A possibilidade de ajudar dirigia-se a objetos diferenciados. Ia desde ajudar o "próximo", "a comunidade", a "população carente", até ajudar "a sociedade". Para alguns, o desejo de "ajudar" foi concretizado pela necessidade e pela possibilidade de criar vínculos com a "comunidade", a família, a população, o paciente ou, como referiam alguns, com os "clientes."

"Porque neste programa podemos ir onde o povo está. E fazer dos problemas deles (os) nossos... darmos importância... fazê-los sentir-se gente. Acredito que é gente cuidando de gente."

"Devido ao vínculo que o programa oferece, podendo atender a comunidade, a família, com mais atenção, respeito e igualdade."

"Poder ser útil, orientando, cuidando e educando as pessoas para cuidar de sua saúde."

"Para poder ajudar mais as pessoas."

"Para poder trabalhar muito mais junto à comunidade e às pessoas carentes e necessitadas."

Outra parcela de Auxiliares de Enfermagem respondeu a essa questão argumentando sobre as características desse trabalho, afirmando que era um trabalho que podia ser desenvolvido junto à comunidade, no atendimento à população, por meio do trabalho em equipe, e ainda porque era "diferenciado" e apresentava qualidade. De certa forma, esse grupo procurou ressaltar os elementos centrais do trabalho no PSF, especialmente os que apresentavam uma conotação positiva.

"É um trabalho aberto em que há espaço para ajudar a comunidade."

"Pelo objetivo do PSF, o atendimento é completo; é tudo o que eu sempre desejei como pessoa."

"Acredito muito na sistemática do PSF... acredito que essa estratégia tem como atender a maior parte das demandas de saúde e sociais da comunidade."

Outros justificaram a inserção no PSF por ele ter sido apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde aos funcionários que já trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde, e muitos funcionários acabaram aderindo. Não ficava claro se essa adesão foi, de fato, uma adesão ou certo conformismo para não perder o emprego ou ser transferido para outra unidade de saúde.

"Porque eu trabalhava na UBS... na contratação da Prefeitura (para o PSF), fui convidada por minha diretora para fazer uma prova, passei e aqui estou."

"Fazer acontecer de fato o SUS espaço para sair do tradicional da UBS."

"Sou funcionária da UBS há bom tempo e (por causa) do propósito de ser tratamento com a família."

"Eu já estava no posto e eu fazia parte de um todo da minha unidade"

Em seguida, várias "razões" foram apontadas por pequenos grupos de Auxiliares de Enfermagem, tais como a possibilidade de trabalhar em "Saúde Pública", desenvolver ações de "Promoção da Saúde e Prevenção", e por já ter experiência anterior em atenção básica. Essas perspectivas encontraram, no PSF, uma oportunidade de desenvolver uma prática na área de saúde mais valorizada e modernizadora, de crescimento profissional, com a vivência de novas experiências, ou mesmo ascensão na carreira, passando da função de Agente Comunitário para a de Auxiliar de Enfermagem.

"Porque acreditei no projeto de educação à população."

"Porque no PSF você trabalha com prevenção e ajuda as pessoas antes do pior acontecer."

"A oportunidade de saúde pública. Acredito que trabalhar com a saúde no PSF é tornar de fato a função do posto de saúde, que é ser preventiva e não curativa, trabalhando não só com o físico e sim com o mental também."

"Para orientar e passar um pouco do que sei, e principalmente ouvir os pacientes."

"Direcionei minha formação para a área da Saúde Coletiva."

"Para continuar o trabalho que eu já fazia como agente comunitário de saúde."

"Já era agente comunitário, gostei do trabalho realizado em equipe e do vínculo que cria com a comunidade."

"Fui preencher a vaga de ACS, passei, conheci o trabalho, me envolvi em trabalhos da comunidade, cursei o técnico e fui promovida."

A perspectiva de realização pessoal também apareceu como uma das razões da inserção no PSF, verbalizada por um grupo de Auxiliares de Enfermagem. Esses argumentaram que o PSF veio ao encontro de seus objetivos pessoais, atendendo aos seus ideais de trabalho e de vida. Assim, eles se manifestaram:

> *"(O PSF) é a oportunidade de alcançar uma nova forma de fazer saúde."*
>
> *"É um programa que acredito, em que vejo um método de trabalho ativo e dinâmico."*
>
> *"Pelo objetivo do PSF, o atendimento do PSF é completo e tudo o que eu sempre desejei como pessoa."*
>
> *"Porque eu adoro estar próximo do paciente, orientar e ver o resultado e ir até sua casa."*
>
> *"Primeiro porque fui selecionada... segundo pelo que falavam, era o que eu gostaria de fazer, ter vínculo com a comunidade... me identifico com ele."*
>
> *"Porque é um trabalho diferenciado, onde há oportunidade de nós podermos entrar dentro de um lar, conhecer a realidade da vida e como podemos ajudar."*
>
> *"Acesso à comunidade mais carente: me sinto mais realizada como profissional, pois posso ajudá-los mais."*
>
> *"Busca de realização, me sinto realizada."*

As condições de trabalho apareceram em seguida na fala dos Auxiliares de Enfermagem, para justificar sua adesão ao trabalho no PSF: salário, localização, jornada de trabalho, finais de semana livres, proximidade de casa.

> *"Por ser mais próximo de casa e não ter que usar condução, estar mais próximo da comunidade em que moro."*
>
> *"Eu trabalhava em dois hospitais, dos quais eu quase não tinha tempo. Aí eu soube da inscrição que estava aberta e quando entrei me apaixonei, pois passei a ter os finais de semana livre, além de fazer um serviço diferente do qual gostei muito."*
>
> *"Salário digno, desafio, conquista, crescimento profissional."*

As experiências profissionais anteriores na área de saúde foram apresentadas como base de comparação para a escolha do trabalho no PSF; por um lado, porque já haviam tido experiência com o PSF em outras unidades de saúde, ou em outros municípios do estado de São Paulo; por outro, experiência de trabalho na área hospitalar ou, ainda, pelo trabalho anterior como agente comunitário de saúde.

> *"Como já trabalhei no hospital antes, gostaria de conhecer o trabalho no PSF."*
>
> *"Vim fazer um trabalho diferente do hospital e adorei."*

Dentre esses, alguns explicaram que a tentativa de mudança do trabalho na área de saúde, deixando a experiência hospitalar para inserir-se no PSF, ocorreu por buscarem um crescimento profissional, reciclagem, aprendizado de novos conhecimentos e a vivência de novas experiências.

Outras razões apareceram em menor número, mas se apresentam aqui para que se possa observar a riqueza de motivação desses profissionais para o trabalho no PSF. A possibilidade de ter uma experiência mais humanizada, com respeito ao atendimento ou ao próprio trabalho em si ou, ainda, na relação com os outros profissionais.

A satisfação de fazer o que gostava e o desejo de novas experiências também foram citados, ao lado da consideração de terem um perfil profissional que os próprios entrevistados consideravam adequados ao trabalho no PSF.

A sorte, o destino, a falta de opção, o acaso, um convite, a conveniência também apareceram dentre as razões menos citadas pelos Auxiliares de Enfermagem para justificar seu trabalho no PSF.

As principais sugestões apresentadas para o Programa

Quando indagados sobre as sugestões que teriam para o Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo, a grande maioria desses profissionais

propôs que o Programa fosse ampliado no sentido de estender-se tanto a outras regiões do município quanto a outros municípios e a todo o país. Além disso, muitos sugeriram que houvesse ampliação do Programa na perspectiva de contratação de mais Médicos, Dentistas, de inclusão de mais Funcionários Públicos e, ainda, de diversificação das equipes, incorporando Psicólogos e Assistentes Sociais, mas ressaltando que houvesse a seleção dos profissionais interessados.

> *"Ter médicos, funcionários e ampliar o programa Saúde da Família em toda a São Paulo."*
>
> *"Que o PSF se expanda a todos os bairros e ocupe toda a São Paulo."*
>
> *"Que dentro desse programa também tenha Psicólogos, profissionais preparados para darem apoio e respaldo psicológico e mental, e também Assistente Social."*
>
> *"Deveriam existir mais equipes prontas para que todas as unidades pudessem ter PSF. Tenho certeza que a população precisa muito e ficaria muito agradecida."*
>
> *"Mais médicos para atender a população, pois há equipes sem médicos."*
>
> *"Que continue ampliando (e) tomando cuidado ao selecionar os profissionais porque só ser profissional não basta."*
>
> *"O PSF é um bom programa, a sugestão que eu gostaria de fazer é procurar profissionais que realmente se interessem pelos pacientes. Infelizmente, não vejo isso em alguns profissionais."*

A preocupação com a continuidade do Programa, diante da mudança da Administração Municipal, era clara nas falas abaixo:

> *"Que o próximo Prefeito que entrar dê continuidade ao PSF e que cada vez melhore."*
>
> *"Que a próxima gestão dê continuidade ao PSF."*

Um segundo grupo de respostas, embora numericamente correspondesse a menos da metade das respostas anteriores, referia-se à necessidade de investimento no profissional, oferecendo-lhe oportunidade de estudo, ajuda de custo, bolsa de estudo. Sugestões que estavam de acordo com as expectativas de manter sua formação.

Outros, ainda na linha de sua própria formação, sugeriram que tivesse capacitação profissional no PSF; na ocasião ainda era insuficiente, como foi demonstrado nos dados da pesquisa de 2004. Na questão da "qualificação", apareceram claramente preocupações com a ética profissional. Havia sugestões também para serem realizados treinamentos, cursos profissionalizantes e especialização. Como afirmaram alguns entrevistados:

> *"Seria bom que o PSF desse oportunidade para os auxiliares, dando cursos, capacitações e até uma bolsa para que façamos faculdade."*
>
> *"Investimento para todos os profissionais do programa, oferecendo cursos técnicos para capacitação para um bom atendimento à comunidade."*
>
> *"Definição, avaliação permanente do seu funcionamento, incentivo em capacitação dos profissionais."*
>
> *"Que nos dê mais informações, que valorize mais seus profissionais investindo cada vez mais neles."*
>
> *"Mais capacitação, principalmente para ACS e oferecer mais ferramentas de trabalho."*

A seguir, em terceiro lugar, mas com frequência próxima à das sugestões sobre investimento no profissional, apareceram sugestões dos Auxiliares de Enfermagem para melhorar as condições de trabalho: melhora do espaço físico, aumento salarial, redução da jornada de trabalho, alternativas de várias jornadas de trabalho, não apenas a de 40 horas semanais, melhoria do material para o trabalho, informatização, diminuição da burocracia, pagamento de horas extras bem como vale transporte e vale refeição. "Auxílio" para os que trabalhavam em "áreas de risco", isto é, as áreas em que o grau de violência era maior. Ainda foi citada a redução na intensidade do trabalho, diminuindo o número de famílias atendidas por cada equipe.

"Mais treinamentos para os auxiliares e pagar hora extra."

"Ter melhores condições de trabalho, diminuir a carga horária e ter reconhecimento no trabalho."

"Reduzir a carga horária para 30 horas semanais, pois acredito que a sobrecarga de trabalho e o estresse são muito grandes na nossa área."

"Melhor espaço físico para atividades como ginástica e relaxamento, melhor salário para o auxiliar de enfermagem e o ACS."

"Mais Unidades do PSF, adicional periculosidade e bolsa de estudo para todos."

"Aumento e criação de insalubridade para a área de risco (violenta)."

Enquanto alguns sugeriram redução da jornada de trabalho e outras medidas para ajudar a enfrentar o trabalho, que era muito penoso, outros propuseram o funcionamento da unidade durante 12 horas, como nos depoimentos abaixo:

"Funcionamento de 12 horas por dia, admitir profissionais que realmente queiram trabalhar, não faltar medicamentos para os pacientes."

"Melhorias das UBSF em equipamentos, melhor reconhecimento profissional na área, aumento de salário, verba por área de risco."

"Elaborar uma forma de ajuda para que os profissionais não adoeçam, pois não é fácil ficar tão próximo da intimidade das famílias e se deparar com situações de fome extrema, maus tratos infantil, pacientes idosos acamados sem estrutura para as famílias cuidarem... não dispor de recursos para lidar com essas situações."

A questão da referência e contrarreferência de pacientes para níveis mais complexos de atenção foi bastante enfocada dentre as sugestões apresentadas pelos Auxiliares de Enfermagem: ampliação dos serviços, reorganização do sistema, melhorar o nível de informação.

"A criação de núcleos de especialidades, médicos e exames para facilitar a vida dos pacientes com guias de encaminhamento."

Outras sugestões foram apresentadas na perspectiva de melhorar ou desenvolver: integração entre as Unidades do PSF e, também, entre essas e as instituições parceiras e com o Governo. Discutiram, também, a existência das instituições parceiras, sua ampliação, permanência de algumas, mudanças de outras.

"Continuar a nossa qualidade de trabalho, independente da política ou quem quer que seja, continuar as parcerias, pois estão funcionando bem."

"Que iguale os salários e os benefícios de todos os parceiros, pois somos um só... reciclagem contínua por conta das mudanças."

"Interações maiores com a comunidade e com a parceria e poder político, atentando (para) as necessidades individuais de cada localidade, dando prioridade (para) onde há mais necessidades."

Sugestões foram feitas ainda no sentido de se resgatarem as diretrizes do PSF e para "acabar" com as "unidades mistas", isto é, unidades em que funcionavam o PSF e também Unidades Básicas de Saúde clássicas no mesmo espaço físico. Na opinião da maioria dos profissionais que citaram essa situação, havia uma avaliação negativa da experiência.

"Que todas as unidades sigam corretamente a cartilha do PSF e que o PSF não seja um P.A. (Pronto Atendimento)."

"Ampliação para todas as regiões e que não se perca a visão inicial (Saúde da Família) do PSF, e não Pronto Socorro."

"Fazer do PSF de fato a porta de entrada para a Saúde Coletiva, respaldo ao encaminhamento de cliente que precisa de atendimento especializado."

"Conscientização dos profissionais para desempenharem a função com qualidade... desenvolvendo ações contínuas e precisas, priorizando os objetivos do PSF."

"Separar o PSF da UBS, pois nós funcionários fazemos mais o trabalho da UBS do que o do PSF."

Outras propostas para melhorar o atendimento, embora tenham sido menos citadas, devem ser elencadas, tais como: promoção de grupos de orientação para crianças, adolescentes, idosos e gestantes; possibilidade de ficar menos na Unidade de Saúde e trabalhar mais com a comunidade; oferecer no PSF oportunidade de trabalho para profissionais "com mais idade"; dar ênfase às ações de promoção e prevenção da saúde; procurar selecionar profissionais com perfil mais adequado, especialmente "mais humanizado", como alguns se expressaram; procurar desenvolver pesquisas; procurar estabelecer uma relação de corresponsabilidade com a comunidade.

Os planos individuais e profissionais dos auxiliares de enfermagem para o futuro

Quando indagados sobre as perspectivas para seu futuro profissional, a resposta mais frequente dos entrevistados foi continuar sua formação, concluindo um curso de nível superior, especialmente de Enfermagem, e também especialização em Saúde Pública ou em Saúde da Família. Outros apontaram também para outros cursos universitários, sendo o Serviço Social, isoladamente, o mais referido; mas houve referências a outros cursos da área da saúde (Ciências Biológicas, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Farmácia, Educação Física, Medicina) e outros da área de Humanas, como Direito, ou Exatas, como Computação.

Essas respostas revelam que, embora muitos Auxiliares de Enfermagem tenham declarado que estavam realizados com sua profissão, tinham expectativas de fazer um curso universitário que lhes proporcionaria melhor inserção social e profissional. No entanto, a maioria esperava esse tipo *"de ascensão"*, mas sem se desviar do projeto inicial, pois queriam fazer o curso de Enfermagem e, quando possível, especializar-se no PSF.

A opção por fazer o curso de Serviço Social, o mais citado por um grupo significativo de entrevistados, pode ser entendida como a possibilidade de realizar expectativas de enfrentamento dos problemas sociais ou do trabalho com a "comunidade", desenvolvidas a partir das diretrizes e de todo o ideário que envolve a proposta do PSF.

"Estudar técnico em enfermagem e chegar à faculdade de enfermagem."

"Se tivesse condições de pagar uma faculdade já estaria formada."

"Pretendo me aprimorar passo a passo sendo que o primeiro é formar técnico e, se Deus assim permitir, um dia chegar a cursar uma universidade (enfermagem), pois sou sozinho e tenho uma grande responsabilidade com meus irmãos."

"Pretendo continuar trabalhando no PSF até me formar em Direito."

"Pretendo me especializar e me formar na área e fazer pós-graduação na área."

"Cursar uma faculdade e, se possível, continuar trabalhando, por muito tempo, no PSF."

"Espero que nas próximas administrações algum Prefeito tenha a brilhante ideia de aproveitar o profissional de rede com formação universitária, no meu caso, Serviço Social."

Outro grupo grande de Auxiliares de Enfermagem não revelava expectativa de cursar a universidade, mas preocupação com aprimoramento, capacitação, qualificação, treinamento e reciclagem, tendo em vista obter mais conhecimento na área de saúde e melhorar sua formação, para melhor atuar no PSF.

"Continuar estudando para contribuir melhor."

"Obter cada vez mais conhecimento na área de saúde."

"Pretendo melhorar minha qualidade de atendimento e trabalho."

"Conhecer cada vez mais o programa do PSF."

"Meus planos é ter mais cursos e treinamentos para atender melhor o programa."

"Continuar no PSF, ser reciclada periodicamente para maior segurança e eficácia no meu trabalho."

"Poder continuar no PSF e ter condições de colocar em prática todo seu verdadeiro ideal."

Ainda se encontraram expectativas em torno da formação, mas, nesse caso, de nível técnico, isto é, conseguir concluir o curso técnico de enfermagem.

"Fazer o técnico em enfermagem e fazer outro se me derem oportunidade."

"Já fiz o curso de técnico de enfermagem e gostaria de ter a oportunidade de exercê-lo no PSF."

"Continuar no PSF por longos anos e realizar curso técnico em enfermagem e especialização em PSF."

Dentre esses, alguns colocavam suas expectativas mais imediatas na realização do Curso de Técnico de Enfermagem, como um "degrau" para chegar à universidade futuramente.

"Concluir o técnico em enfermagem e, futuramente, a faculdade."

"Fazer cursos de aperfeiçoamento profissional, realizar o curso de técnico de enfermagem exigido pelo COREN, pedir bolsa de estudo para cursar a faculdade de Fisioterapia, ou Enfermagem. E continuar no PSF até quando puder."

Uma quarta resposta mais frequente a respeito dos planos dos Auxiliares de Enfermagem, para o futuro profissional, era o de permanecer no PSF.

"(Pretendo) continuar no PSF por mais tempo e continuar fazendo cursos de especialização."

"Conseguir desenvolver trabalhos e diretrizes do PSF."

"Gostaria de continuar prestando serviços no PSF, estudar, aprender cada vez mais."

"Poder continuar no PSF e ter condições de colocar em pratica todo o seu verdadeiro ideal."

"Crescer no PSF. Estar me reciclando, quero melhorar no meu trabalho, relacionar-me melhor com os meus pacientes."

"Quero estar junto com a comunidade, ajudando e lutando, para uma vida com mais saúde."

Apareceram algumas respostas mais genéricas entre os Auxiliares de Enfermagem a respeito de voltar a estudar, buscar crescimento profissional na área da saúde, ter condições financeiras para investir na sua formação.

A expectativa de aposentar-se no trabalho do PSF foi manifestada por alguns dos entrevistados. E outros, ainda, esperam continuar no PSF, mas exercendo outra profissão, e a mais esperada é a profissão de enfermeiro.

Expectativas variadas, mas pouco frequentes, apareceram nas respostas, tais como: ter estabilidade profissional, poder prestar concurso público que garantisse estabilidade no emprego, *"ser efetivado no PSF"*. Como se pôde observar nessas expectativas expressas pelos Auxiliares de Enfermagem, a estabilidade no emprego que poderia advir de um concurso público era um ideal buscado, principalmente nos contextos de desemprego, emprego precarizado e subemprego no mercado informal.

Outros falaram de desejos pessoais, tais como: "*continuar ser uma boa auxiliar de enfermagem, tranquila, calma...*".

Ou de perspectivas de caráter mais social: "*Estou junto com a comunidade, ajudando e lutando....*"

Ou *"Procurar a cada dia ser mais humana e contribuir para melhorar a saúde no Brasil*."

Ou ainda "*Gostaria de ter um trabalho em que eu tivesse a oportunidade de mudar a consciência dos profissionais e da população em busca da saúde*."

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o perfil dos Auxiliares de Enfermagem entrevistados no Qualis (1999) e, posteriormente, no PSF (2004), no município de São Paulo, nas instituições parceiras da SES ou da SMS, constatou-se a predominância de profissionais do sexo feminino, confirmando a primazia das mulheres na escolha por essa categoria profissional e também nas profissões de saúde, em geral.

Quanto à idade, a maioria concentrou-se no grupo dos adultos jovens; eram casados ou viviam em união consensual, com um ou dois filhos, e havia também número expressivo de solteiros. A maioria nasceu no município de São Paulo.

Quanto à formação técnica, constatou-se que a maioria concluiu o Ensino Médio. No que diz respeito à formação técnica, no Qualis muitos haviam apenas concluído o Curso de Auxiliar de Enfermagem, alguns eram recém-formados quando foram selecionados e contratados para compor as equipes em 1999. Posteriormente, com a implantação do PSF como política pública municipal, por ocasião da pesquisa de 2004, pôde-se constatar que já havia entre eles um número importante de técnicos de enfermagem, exigência dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, além de proporcionar-lhes melhores condições de inserção no mercado, salário e reconhecimento social.

Em termos de formação de nível superior, era pequena, ainda, a frequência, evidenciada nos profissionais contratados por algumas instituições, mas expressava um movimento e uma preocupação pela cidadania e pela inclusão, ao iniciarem ou concluírem um curso de graduação.

A maioria dos Auxiliares de Enfermagem nasceu ou residia, havia muitos anos, na região em que trabalhava, embora essa não fosse uma exigência para sua inserção nas equipes, como ocorreu com o Agente Comunitário de Saúde. No entanto, os que moravam nos bairros mais centrais dessas regiões revelaram que só passaram a conhecer os problemas da população dessas áreas após algum tempo de trabalho no Qualis ou no PSF.

O tempo de trabalho no Qualis ou no PSF, por ocasião das duas pesquisas, era pequeno, de um a dois anos; poucos tinham de três a quatro anos de trabalho, mesmo naquelas instituições que iniciaram a parceria com a SES no Qualis, e depois celebraram nova parceria com a SMS, a partir de 2001, o que poderia estar indicando certa rotatividade dos trabalhadores dessa categoria nas equipes. A contratação no regime da CLT foi a mais frequente, havendo número reduzido de funcionários em regime estatutário, com complementação por parte da parceira.

Quanto à capacitação, a maior parte participou do Momento I – Introdutório, embora essa frequência variasse, conforme a instituição parceira observada. Do mesmo modo, constatou-se a existência de Auxiliares de Enfermagem que não participaram de nenhum curso que os preparasse para o exercício de suas atividades no programa.

Quanto ao número de vínculos de trabalho no momento da pesquisa, 87,4% só possuíam um, e com a unidade do PSF. Dos que possuíam dois ou mais vínculos, o outro ou os outros eram em área hospitalar, em plantões noturnos.

Experiência profissional anterior foi referida por mais da metade dos Auxiliares de Enfermagem, variando entre as duas fases do Saúde da Família, em São Paulo. Observou-se que entre os Auxiliares de Enfermagem entrevistados nas equipes do Qualis, havia um número maior de trabalhadores com experiência anterior na Atenção Básica que se pode denominar de "tradicional", ou "clássica", o que lhes permitia comparar o trabalho atual com o anterior, e avaliar o atual mais positivamente, porque, além das atribuições de rotina, deviam dedicar-se a ações de caráter educativo e preventivo. Já entre os que foram inseridos no PSF cinco anos depois, as experiências de trabalho anterior ocorreram, com maior frequência, na área hospitalar, o que seria esperado na medida em que, classicamente, os cursos para Auxiliares de Enfermagem são voltados, em sua grande maioria, para a prática hospitalar. Em segundo lugar, apareceu a experiência em Postos de Saúde e em outros trabalhos na área de saúde.

Essas últimas evidências apontaram para algumas questões importantes, entre as quais a necessidade de um processo sistematizado e intenso de capacitação dos Auxiliares de Enfermagem para a rede básica de saúde e, principalmente, para o trabalho em uma equipe de saúde do Programa de Saúde da Família. Tornou-se mais nítida a evidência já observada por alguns autores sobre o Programa de Saúde da Família e sua importante atuação na oferta de postos de trabalho, ou seja, uma expressiva influência no mercado de trabalho no setor saúde.

Depois de algum tempo no trabalho, os auxiliares passaram a perceber que, na região, predominavam famílias que viviam em situações precárias, sem

acesso aos serviços de saúde ou outros serviços públicos, pressionados pelos vários tipos de violências e proximidade com o uso de drogas, principalmente as crianças e os adolescentes. Em geral, eram famílias numerosas, com muitos adultos e jovens desempregados, sem conhecimento sobre as condições mínimas de higiene e alimentação, com problemas de saúde mental e uma confiança ou esperança de que o médico "pudesse resolver tudo."

Poucos desses Auxiliares de Enfermagem tinham experiência anterior em trabalho comunitário, e, mesmo entre os que a referiram, era possível perceber nas ações que empreendiam trabalhos de caráter religioso ou doutrinário, ou trabalho voluntário junto à população.

Na opinião dos entrevistados, o trabalho que desenvolviam nas equipes era de grande responsabilidade e exigia não só capacitação técnica, mas habilidade em comunicar-se, além de algumas qualidades pessoais como paciência, perseverança, capacidade de trabalhar em equipe, aprender a respeitar o sigilo profissional e aquisição do hábito de registrar tudo o que faziam.

Consideraram que o trabalho realizado no PSF tinha um ritmo muito intenso, principalmente pela pressão da população para ampliar o atendimento nas unidades, ou o atendimento a pessoas que não moravam na área de abrangência, ou que não estavam cadastradas.

Já no trabalho domiciliar, sentiam que eram, em geral, muito bem recebidos pela população e que, algumas vezes, atendiam a população fora do horário de trabalho, o que demonstrava a adesão e o respeito pelos vínculos que criavam no trabalho. Suas próprias famílias esboçavam vários tipos de reações frente ao trabalho deles: apoiavam, ficavam orgulhosos, ou se queixavam de que eles se deixavam consumir pelo trabalho, deixando suas próprias famílias de lado.

REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 1977.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Relatórios do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília; 1981. (Série Cadernos de Ciências da Saúde, 4).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral, Secretaria de Modernização Administrativa, Recursos Humanos. Sistema Único de Saúde: Diretrizes para formação de política de recursos humanos. Brasília; 1989.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria do Estado da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina. Projeto Qualidade Integral em Saúde: Uma reorientação das ações de saúde em unidades básicas do Núcleo III (Zona Leste). Brasília; 1995. (Mímeo).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria do Estado da Saúde, Fundação E. J. Zerbini. Projeto Qualidade Integral em Saúde: Programa Saúde da Família. Brasília; 1997. (Mímeo).

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Campos CVA. Escala de Satisfação com o Trabalho no PSF. In: Silva JA. Caracterização dos profissionais do PSF no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde / Coordenação da Atenção Básica e PSF; 2004.

Carneiro Jr N. O setor público não estatal: As organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

Cohn A, Nakamura E, Cohn C. O Programa de Saúde da Família entre o público e o privado. In: Vianna ALd'A, Elias PEM, Ibañez N [org]. Proteção social: Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 168-85.

Dal Poz MR, Romano RAT, Torres MB, Cortez MV. Formação de recursos humanos de nível médio em saúde no Rio de Janeiro: A experiência da Escola Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos. Cad Saúde Públ 1992; 8(1):57-61.

Fiocruz. Trabalho, Educação e Saúde 2003; 1(1).

Guareschi P, Jovchelovitch S [org]. Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Relatório Final – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 2002. (Mímeo).

Luciano AR, Marsiglia RMG, Nakamura E. Programa Saúde da Família: Qualidade Integral em Saúde. São Paulo: CEDEC; 2002. (Série Didática, 4).

Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1988.

Marsiglia RMG. Entrevistas com líderes comunitários sobre o Qualis. In: Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marsiglia, RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079-Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. Relatório de Pesquisa).

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco; 1992.

Nogueira RP. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil. Brasília: OPS; 1986.

Novaes HMD. Introdução: Programa de Saúde da Família. In: Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Programa colaborativo de estudios sectoriales sobre recursos humanos. Washington; 1991.

Nogueira RP. Política de recursos humanos para a saúde: Questões na área de gestão e regulação do trabalho [relatório final]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999.

OPS, OMS. Recursos humanos em saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.

Paula NC. Projeto Qualis: Espaço público e sociabilidade democrática [dissertação]. São Paulo: PUC/SP; 2002.

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.

Nogueira RP [coord]. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2002. [Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde].

Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Polo de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família da região metropolitana da Grande São Paulo: Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2003.

Scharaiber LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. Educ Med Salud 1993; 27:295-313.

Silva JA. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área da saúde. In: Recursos humanos em saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p. 373-401.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA, Dalmaso ASW. O Agente comunitário de saúde e suas atribuições: Os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface Comunic Saúde Educ 2002; 6(10):75-83.

Silva JA, Oliveira FR, Barbosa E. Atenção básica à saúde no município de São Paulo: Caracterização das unidades básicas de saúde. São Paulo: SMS, Coordenadoria de Atenção Básica e Programa Saúde da Família; 2004. (Mímeo).

CAPÍTULO 4
Os Agentes Comunitários de Saúde no Qualis e no PSF na Cidade de São Paulo

Joana Azevedo da Silva

APRESENTAÇÃO

Trata o presente Capítulo de caracterizar o perfil dos agentes comunitários de saúde do PSF na cidade de São Paulo, de discutir o seu perfil, suas opiniões e suas expectativas em dois diferentes momentos: no Projeto Qualis, implantado pela Secretaria Estadual de Saúde, em 1999, e no PSF, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2004.

Confirma-se, assim, e dá-se sequência a uma linha de trabalho do *ObservaRHSP*, a qual se propõe a estudar a atenção básica à saúde no município, com ênfase no conhecimento de seus sujeitos. Nessa perspectiva, recupera-se aqui a história e analisa-se a trajetória do Agente Comunitário de Saúde, sua identidade, suas concepções e expectativas em seu deslocamento para grandes cidades, capitais de estados e áreas metropolitanas. Assim, trata-se de caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde com atuação no PSF da cidade de São Paulo, estudando a sua trajetória e a conformação de sua identidade, suas opiniões, concepções e representações, desde o Projeto Qualis, implantado pelo Governo do Estado em unidades estaduais da capital paulista, até a sua inserção em uma política pública municipal, o PSF, implantado a partir de 2001.

Conforme já colocado na Introdução deste Volume, os dados, as informações e os comentários aqui apresentados são oriundos, além de documentos oficiais e de bibliografia especializada, em sua maioria, de dois estudos (o primeiro, financiado pela Fundação Zerbini e, posteriormente, o estudo maior, pela Fapesp; o segundo, realizado pela SMS, em cooperação técnica com a Unesco), os quais buscaram, entre outros objetivos, conhecer o perfil e as opiniões dos profissionais do Programa de Saúde da Família que atuavam no município de São Paulo.

Em um primeiro momento, em 1999, como parte de um projeto de pesquisa mais abrangente (Jatene et al., 1999), foram entrevistados 40 agentes comunitários de saúde que atuavam em 10 equipes (das 89 equipes existentes) de 10 Unidades Básicas de Saúde do Qualis, selecionadas mediante critérios. Tendo em vista a época em que foi realizada, a pesquisa de 1999 contemplou a participação de duas Instituições Parceiras: a Fundação Zerbini, com UBS nas regiões Sudeste e Norte da cidade, e a Casa de Saúde Santa Marcelina, com UBS na região Leste da cidade. Conforme já referido, essas foram as parcerias que iniciaram o Projeto Qualis, na cidade de São Paulo, a partir de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde. A partir dessa pesquisa em relação ao Agente Comunitário de Saúde, foram desenvolvidos estudos e análises mais

aprofundados (Silva, 2001 e Silva e Dalmaso, 2002), os quais serão aqui utilizados na discussão dos resultados.

Em um segundo momento, outro estudo, em 2004, já o Programa de Saúde da Família implantado na cidade de São Paulo, como estratégia de organização da atenção básica à saúde, do qual participaram 3.233 agentes comunitários de saúde, do total de 4.688 que, naquela ocasião, trabalhavam no PSF da cidade. O estudo de 2004 foi concebido, e o instrumento foi aplicado pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da Secretaria Municipal de Saúde, em cooperação técnica com a Unesco, no sentido da coleta de dados para a gestão do sistema e para a gerência da estratégia.

Em termos de fontes de dados, conforme também detalhado na Introdução deste Volume I, no primeiro estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com informantes-chave, inclusive com líderes da comunidade e com os próprios Agentes, com roteiro específico, por entrevistador especialmente treinado, as quais foram gravadas em fitas cassete e, posteriormente, transcritas. Essas entrevistas visavam à compreensão das características do Projeto, à obtenção de informações dos responsáveis diretos pela concepção, implantação, viabilização, manutenção e funcionamento do Projeto e dos agentes direta ou indiretamente responsáveis pela sua realização. Também foi utilizado o recurso da observação documentada (estruturada em roteiro específico) do trabalho dos agentes comunitários de saúde de equipes selecionadas durante uma semana, de segunda a sexta feira, durante oito horas por dia, em todas as atividades. A técnica utilizada foi a da observação sistematizada não participante, com anotação, por observador devidamente treinado, em diário de campo específico para cada um dos agentes. Foram também utilizados dados obtidos da observação e da gravação de reuniões das equipes de Saúde da Família, selecionadas para a pesquisa.

Já no segundo estudo, a coleta de dados ocorreu por meio de questionário distribuído aos agentes, reunidos em evento de capacitação, para preenchimento voluntário e protegido pelo anonimato do informante.

Também, aqui, se apresentam o processo e os resultados de Oficinas de Trabalho realizadas pela Coordenação de Atenção Básica e PSF para validação de competências dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, da cidade de São Paulo.

Em síntese, este Capítulo ocupa-se com apresentar elementos para o entendimento e a discussão, ainda no contexto de implantação / expansão / consolidação do PSF na cidade de São Paulo, das características e do perfil do seu **novo** agente do trabalho, do sujeito mais polêmico, mais característico: o Agente Comunitário de Saúde. Trata-se de arguir as suas características, o seu perfil, a sua identidade profissional, enfim, as suas concepções, as possibilidades de sobrevivência e as tendências desse sujeito e do seu trabalho em grandes cidades e em regiões metropolitanas.

Essas e outras questões a serem trabalhadas durante esse esforço do ObservaRHSP colocam-se como contribuição para o Gestor do SUS, em especial em sua atribuição compartilhada de *"ordenar a formação de recursos humanos para o SUS*" (Constituição Federal, art. 200, Inciso III, 1988).

Finalmente, uma consideração necessária: na dependência das fontes consideradas e utilizadas para este texto, das suas possibilidades, de suas metodologias e das análises que foram desenvolvidas por estudos que a eles se seguiram, determinados aspectos ou dimensões relacionados com os Agentes podem aparecer com um detalhamento maior em uma ou em outra seção deste Capítulo. Até por esses motivos, a comparação entre os dados obtidos nos dois estudos não se constitui no objetivo central deste texto. Pretende-se, aqui, oferecer e discutir uma fotografia do agente comunitário de saúde, sujeito privilegiado de realização do PSF, em dois diferentes momentos.

Assim, uma primeira seção relaciona-se aos Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis; já a segunda enfoca esses sujeitos no Programa de Saúde da Família do município de São Paulo.

INTRODUÇÃO

> *"Minha família tem ciúmes... eles falam assim para mim: Ah, Mãe, você pensa mais na comunidade do que em nós mesmos... Você não faz mais bolo, não faz mais nada para nós...*

Você só pensa neles. Dá a impressão que a sua família são eles." (Agente Comunitária de Saúde do Qualis, 1999).

Os Agentes Comunitários de Saúde vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência à saúde no país e apresentando – se não apenas como suportes para gerar determinadas ações para a saúde das populações, nos espaços onde atuam, também como peças efetivas e, talvez, personagens-chave na organização atual da assistência à saúde, principalmente em determinadas realidades e para determinadas necessidades (Schraiber, 2002).

Repousa, entretanto, sobre os seus ombros uma tarefa gigantesca: se, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa de Saúde da Família – PSF, em que se inserem tais personagens como assistência em saúde, espera-se que reorientem a atenção básica à saúde e, nesse movimento, o Sistema de Saúde, do Agente Comunitário de Saúde se esperam o PACS e o próprio PSF, como acontecimentos de Saúde.

Se, no desenvolver de suas atribuições, por um lado o **fazer** desse personagem, as competências, enfim, enquanto formulação e enquanto prática, vêm sofrendo adaptações às realidades locais em que se realizam, por outro, esse sujeito e essa política vêm trazendo indagações aos serviços e à academia e propiciando discussões substantivas de importantes atores e autores sobre a organização, a gestão e as práticas no sistema de saúde brasileiro para a viabilização dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Assim, estudos sobre agentes comunitários de saúde representam empreendimentos de extrema atualidade, seja colaborando com a crítica produtiva para subsidiar as políticas do setor, seja criando modelos de assistência bem fundamentados. Nesse sentido, as reflexões e a produção de conhecimento que abordam essa nova realidade são bem-vindas e necessárias (Schraiber, 2002).

Silva (2001) traz, tanto da perspectiva teórica quanto da perspectiva prática, ao recortar seu objeto de estudo, a seguinte indagação: "... *mas, e esse Agente Comunitário de Saúde, o que é que ele espera do PACS, do PSF e do SUS?"*. Essa indagação reverte a posição do Agente Comunitário de instrumento estratégico de política ou de recurso de operação de programa para sujeito do PACS e do PSF, sujeito da reorientação da assistência e sujeito da sociedade. Em termos práticos, essa indagação e o estudo que a ela segue nos revelam motivações, habilidades e competências adquiridas, e por adquirir, desse "novo" personagem: o Agente Comunitário de Saúde.

Quais seriam as competências desse Agente? Qual seria o saber específico, saber esse considerado como instância nuclear instauradora de desempenhos?

Identificar e qualificar esse sujeito, o seu perfil, suas concepções, o que vem efetivamente instruindo o **ser**, o **saber-fazer** do Agente foi a aproximação aqui eleita para a compreensão desse novo ator, da identidade desse sujeito privilegiado no acontecer dessa política.

No processo de construção e de estudo dessa identidade, há que se considerar o evidente contraste entre as expectativas que, em diversos discursos, delineiam o seu ser, o seu fazer e, principalmente, o melhor saber que a ele caberia, o que vem sendo considerado, de forma polar, como nenhum saber específico para uns e como saber de síntese entre a saúde e o social e, portanto, extremamente complexo e quase revolucionário, para outros.

Da figura de **mensageiro**, mero canal de comunicação serviço-comunidade, à figura de agente **reformador**, operando mudanças radicais do sistema assistencial, passando pela expectativa de **empoderamento** dos indivíduos, família e comunidade para ações de promoção da saúde, o saber que dessas imagens decorre e deveria estar apropriado pelo agente comunitário oscila de forma polar. De um lado, ter-se-iam vivências pessoais que por si bastariam como experiência acumulada para ser Agente de Comunidade; de outro, esperam-se domínios técnicos de certos procedimentos em saúde que seriam compostos com uma sabedoria prática tecida na e própria à vida comunitária, para ser Agente Institucional e nuclear da estratégia de reforma da Saúde.

A indefinição de seu papel também torna difícil delimitar seu desempenho enquanto membro, na

instituição, de outra "comunidade": a equipe de saúde. No âmbito do trabalho em equipe, a **mensageria** é importante, mas não será, certamente, seu único desempenho. A maior agudeza de percepção sobre as necessidades de saúde da comunidade poderá, sem dúvida, combinar-se com as formulações de soluções assistenciais, sejam elas de recuperação ou de promoção da saúde, realizadas em conjunto com o restante dos profissionais da assistência, sendo essa partilha de projeto assistencial a mais genuína participação do Agente de Comunidade no trabalho da instituição (Schraiber, 2002).

Nogueira et al. (2000) identifica o agente como um trabalhador **genérico**, de identidade comunitária, que realiza tarefas não apenas do campo da saúde. A sua capacidade de liderança e a sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil.

> *"Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento econômico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador* sui generis*... o papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária.*"

Em outra linha de debates acerca e em torno da figura do Agente de Saúde, na questão de identidade profissional, os autores identificam duas interpretações:

> *"o ACS pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas";*
>
> *"... trata-se de um trabalhador **genérico** e fora do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde."*

Fruto de intenso movimento que se iniciou logo após a implantação do Programa de Agentes Comunitários, com mobilização intensa da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários, foi sancionada, em 10 de julho de 2002, pelo Presidente da República, a **Lei 10.507**, que **cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde**, a qual incorpora mais ingredientes, mais opiniões e introduz mais complexidade na discussão e nos movimentos para a construção de sua identidade:

> *"Art. 1º Fica criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, nos termos desta Lei.*
>
> *Parágrafo único. O exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.*
>
> *Art. 2º A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste.*
>
> *Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão:*
>
> *I - residir na área da comunidade em que atuar;*
>
> *II - haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde;*
>
> *III - haver concluído o ensino fundamental.*
>
> *§ 1º Os que na data de publicação desta Lei exerçam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde, na forma do art. 2º, ficam dispensados do requisito a que se refere o inciso III deste artigo, sem prejuízo do disposto no § 2º.*
>
> *§ 2º Caberá ao Ministério da Saúde estabelecer o conteúdo programático do curso de que trata o inciso II deste artigo, bem como dos módulos necessários à adaptação da formação curricular dos Agentes mencionados no § 1º.*
>
> *Art. 4º O Agente Comunitário de Saúde prestará os seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto.*
>
> *Parágrafo único. Caberá ao Ministério da Saúde a regulamentação dos serviços de que trata o caput.*
>
> *Art. 5º O disposto nesta Lei não se aplica ao trabalho voluntário."*

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO PROJETO QUALIS – 1999

Atribuições do agente comunitário de saúde do Qualis / PSF

A consulta a documentos e a normatizações da época, 1996, permite a identificação das atribuições do Agente Comunitário de Saúde do Qualis Santa Marcelina, o primeiro da cidade:

> *"- atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF nacional;*
>
> *- integrar a equipe de Saúde da Família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à proteção e à promoção da saúde da comunidade;*
>
> *- desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando à conquista da saúde;*
>
> *- estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando à sua superação;*
>
> *- identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças;*
>
> *- participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional, visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;*
>
> *- acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;*
>
> *- cadastrar as famílias de sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças;*
>
> *- registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade;*
>
> *- encaminhar doentes à unidade de saúde e realizar acompanhamento específico de acordo com a orientação da sua equipe de saúde;*
>
> *- realizar visitas domiciliares sistematicamente às famílias cadastradas;*
>
> *- notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;*
>
> *- estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente na sua área de atuação;*
>
> *- desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrizes, uso de sais de reidratação oral;*
>
> *- atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade;*
>
> *- não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde;*
>
> *- notificar imediatamente à equipe mudanças de endereço de família da área;*
>
> *- executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função;*
>
> *- notificar imediatamente à equipe, caso venha a transferir seu domicílio para outra área."*

Quem eram os Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis?

As informações aqui tratadas, conforme já se colocou, tiveram como base as entrevistas realizadas com 40 Agentes Comunitários de Saúde, integrantes de dez equipes selecionadas, em dez Unidades Básicas de Saúde do Projeto Qualis, também selecionadas mediante critérios para desenvolvimento da pesquisa de avaliação, em abril de 1999.

Face à riqueza das informações e à multiplicidade dos aspectos e das variáveis abrangidos pela pesquisa, selecionaram-se, para este Capítulo, alguns que se consideraram mais indicados.

Em termos de região da cidade onde atuavam, 14 agentes trabalhavam na região Leste, em quatro UBS gerenciadas pela Santa Marcelina: Vila Guilhermina,

Jardim Copa, Jardim Fanganielo e Dom Angélico. Os demais 26 agentes trabalhavam em equipes de Saúde da Família vinculadas à Fundação Zerbini. Desses últimos, 12 atuavam na região Norte, em três unidades de saúde: Vila Espanhola, Ilza Hutzler e Vila Penteado, e 14, na região sudeste: Jardim Guairacá, Vila Renato e Unidade da Pastoral.

A Tabela 1 aponta os Distritos Administrativos que possuíam equipes do Qualis e que participaram da pesquisa, em 1999.

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, segundo Instituição Parceira, região e distritos administrativos. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Estudo de 1999 – Dez unidades básicas de saúde, 40 agentes comunitários			
Instituição Parceira	**Região**	**Supervisão de Saúde**	**Distrito Administrativo**
Fundação Zerbini	Sudeste	Sapopemba	Sapopemba
	Três UBS	Penha	Vila Matilde
	Norte	Casa Verde	Limão
	Três UBS	Freguesia do Ó / Brasilândia	Cachoeirinha Brasilândia
Casa de Saúde Santa Marcelina	Leste	Cidade Tiradentes	Cidade Tiradentes
	Quatro UBS	Itaquera	Parque do Carmo
		Guaianases	Lajeado

Apresenta-se a seguir, em tabelas, a caracterização dos 40 agentes comunitários de saúde segundo algumas variáveis, como: sexo, idade, local de nascimento, escolaridade e situação atual de estudos, tempo de residência no bairro, tempo e tipo de trabalho comunitário, trabalho anterior, motivação para ser agente e tempo de trabalho na unidade.

Sexo

Conforme pode ser constatado na Tabela 2, havia amplo predomínio do sexo feminino, ou seja, dos 40 Agentes Comunitários de Saúde que participaram da pesquisa, apenas três eram do sexo masculino, o que pode indicar, para aquela ocasião, uma demanda maior para essa ocupação por parte das mulheres, ou um processo seletivo voltado para a valorização de atributos ou características semelhantes às recomendadas no início da implantação do Programa, ou seja, esse seria um trabalho, pelas suas características, mais alinhado com o perfil de trabalhadores do sexo feminino.

Tabela 2. Distribuição percentual dos ACS, segundo sexo. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Sexo	Número de agentes	Porcentagem
Masculino	03	7,5
Feminino	37	92,5
TOTAL	**40**	**100,0**

Idade

Quanto à idade dos agentes entrevistados, evidencia-se que 60% tinham entre 30 e 49 anos, o que pode ser outra característica que indica mais um pouco acerca do perfil desejado / esperado / selecionado para esse trabalho (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição percentual de ACS, segundo faixas etárias. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Idade	Número de agentes	Porcentagem
Até 20 anos	02	5,0
21 a 29	07	17,5
30 a 39	16	40,0
40 a 49	08	20,0
50 a 59	04	10,0
Mais que 60	02	5,0
Não referido	01	2,5
TOTAL	**40**	**100,0**

Naturalidade

Chama atenção, na variável naturalidade, o contingente de Agentes Comunitários de Saúde que nasceu em outros estados da federação: 40%, o que pode indicar, entre outras razões, que essas regiões fossem povoadas por grande contingente de migrantes. A seguir, vinham os agentes que nasceram na cidade de São Paulo (35%). Em outras cidades do estado de São Paulo, nasceram 22,5% dos agentes. Um deles nasceu em outro país.

Tabela 4. Distribuição percentual de ACS, segundo naturalidade. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Naturalidade	Número de agentes	Porcentagem
Município de São Paulo	14	35,0
São Paulo, estado	09	22,5
Outros Estados	16	40,0
Outro País	01	2,5
TOTAL	**40**	**100,0**

Estado Civil

Os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo eram, em 1999, em sua maioria, casados (72,5%), conforme evidenciado na Tabela 5. Um deles vivia em união consensual e outro era viúvo. Já os solteiros representavam 22,5% do total.

Tabela 5. Distribuição percentual de ACS, segundo estado civil. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Estado civil	Número de agentes	Porcentagem
Solteiros	09	22,5
Casados	29	72,5
União Consensual	01	2,5
Viúvo	01	2,5
TOTAL	**40**	**100,0**

Escolaridade

O nível de escolaridade dos 40 Agentes Comunitários de Saúde do Qualis entrevistados está apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição percentual de ACS, segundo escolaridade. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Escolaridade	Número de agentes	Porcentagem
Ensino Fundamental Incompleto	04	10,0
Ensino Fundamental Completo	06	15,0
Ensino Médio Incompleto	11	27,5
Ensino Médio Completo	15	37,5
Curso Superior Incompleto	02	5,0
Curso Superior Completo	00	0,0
Sem Resposta	02	5,0
TOTAL	**40**	**100,0**

Em relação ao nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde que responderam a essa questão, em 1999, pode-se observar na Tabela 6 que 90,0% cursaram, no mínimo, até a 8ª série do Ensino Fundamental. Em contrapartida, 10% informaram não terem concluído essa etapa de educação geral. Ainda em relação à educação geral, evidencia-se que, naquela ocasião, menos da metade (42,5 %) dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo tinha concluído o Ensino Médio de educação geral. Já 11

agentes, ou seja, 27,5 % possuíam Ensino Médio incompleto.

Poder-se-ia afirmar que esse padrão de escolaridade, embora estivesse acima da escolaridade exigida para o trabalho, era exigência colocada em documentos oficiais do PSF. Entretanto, esse assunto será objeto de maior discussão posteriormente.

Formação Técnica

No que diz respeito à formação profissional, identifica-se que, além dos 17 Agentes Comunitários de Saúde que tinham o nível médio de escolaridade completo, 22 foram além do nível médio de educação geral.

Tabela 7. Distribuição percentual de ACS, segundo formação técnica. Projeto Qualis, Cidade de São Paulo, 1999.

Formação Técnica	Número de agentes	Porcentagem
Sem curso técnico	18	45,0
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	07	17,5
Informática, Computação e Contabilidade	08	20,0
Administração, Secretariado, Magistério	07	17,5
TOTAL	**40**	**100,0**

Os demais que continuaram os estudos frequentaram cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem (7), de contabilidade (4), de informática e computação (4), de administração (3), secretariado (3), magistério (1). A diferença entre os que iniciaram Cursos Técnicos e os que, na época, referiram ter completado o nível médio de educação prende-se ao fato de que, naquela ocasião, o Curso de Auxiliar de Enfermagem podia ser iniciado com o nível médio incompleto.

Cabe refletir sobre as áreas de escolha dos agentes (ou as áreas a que tiveram acesso para profissionalizar-se). Em primeiro lugar, aparecem os Cursos de Auxiliar e de Técnico de Enfermagem; logo após, Computação, Contabilidade, Secretariado, entre outros, cuja escolha (embora não se saiba se foram cursados antes ou depois de trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde) certamente pouco ou nada tinha a ver com a expectativa do Programa ou o pendor individual para a ocupação de Agente Comunitário de Saúde. Dois agentes iniciaram cursos de graduação: um na área de Pedagogia e o outro em Ciências Contábeis.

Experiência anterior de trabalho comunitário

Mostraram-se bem diversas as formas anteriores de sobrevivência dos 40 Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis:

- Seis colocaram-se como "do lar", sendo que, apesar do longo tempo de residência no bairro, apenas quatro desses agentes revelaram participação mais direta e pessoal em atividade comunitária voluntária, a maior parte vinculada à Igreja Católica;

- Onze deles informaram associar atividades domésticas a outras remuneradas, desenvolvidas, muitas vezes, dentro da própria residência: costureira, bordadeira, manicure, cabeleireira;

- Metade dos agentes entrevistados (20 = 50%) ocupava-se com atividades que implicavam deslocamento de casa para o trabalho, como é o caso de: caixa de armazém, carpinteiro, professor, vendedor, recepcionista, balconista, auxiliar fiscal, auxiliar administrativo, metalúrgico e babá. Cabe ressaltar que algumas dessas atividades foram referidas como experiência de contato e atendimento ao público, aspecto que, segundo eles imaginavam, teria analogia com o trabalho de agente comunitário de saúde;

- Apenas um referiu trabalhar em serviço de saúde, como atendente de enfermagem;

- Também um agente do Qualis teve experiência de trabalho como agente comunitário de saúde em uma cidade do interior da Bahia.

- E, finalmente, um deles referiu não desempenhar nenhum trabalho anterior.

Local de moradia, meio de locomoção e tempo de deslocamento para o trabalho

A maioria dos agentes entrevistados informou residir na mesma região onde trabalhava. E, mais do que isso, à análise das entrevistas se identifica que a quase totalidade explicitou, em questões diversas e de forma variada, que se deslocava a pé para o trabalho ou que o trabalho era muito *pertinho* de casa, que *a família tal* era vizinha e já era conhecida... Enfim, houve evidências importantes, quando não um posicionamento direto, que permitem afirmar que os Agentes Comunitários de Saúde do Qualis residiam na microárea onde trabalhavam, que se deslocavam a pé para o trabalho e que o tempo gasto nesse trajeto não era superior a meia hora.

Tempo de Trabalho no Qualis / PSF

Em relação ao tempo de serviço no Qualis, a maior parte dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados, tanto da Casa de Saúde Santa Marcelina quanto da Fundação Zerbini, havia sido contratada na época da implantação das Unidades de Saúde da Família, sendo poucos os que informaram menos de seis meses de vínculo. E, até por esse motivo, aqueles agentes acompanharam as providências e os movimentos para a implantação do Projeto e falaram sobre eles com bastante propriedade.

Treinamento para o trabalho

A partir da leitura das entrevistas, uma evidência importante: todos os 40 Agentes Comunitários entrevistados referiram ter participado de processo de capacitação para o desenvolvimento dos trabalhos, o chamado **Treinamento Introdutório**. Alguns ressaltaram aspectos mais teóricos, mas houve unanimidade na informação de que grande parte do treinamento foi no próprio trabalho, realizando o mapeamento das microrregiões, fazendo levantamentos, o que, segundo eles, foi muito importante para o melhor conhecimento do bairro, da área onde trabalhariam e, principalmente do trabalho que deles era esperado.

Além disso, referiram outros treinamentos especificamente dedicados à abordagem de grupos populacionais ou agravos específicos.

O agente comunitário de saúde e o seu trabalho

Cabe ressaltar, nesta parte do texto, a apresentação de dados mais aprofundados sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na medida da metodologia da pesquisa desenvolvida em 1999 e das reflexões e trabalhos elaborados, posteriormente, com os dados obtidos, tendo como objeto as competências do Agente. Um desses trabalhos (Silva e Dalmaso, 2002) foi bastante consultado para o desenvolvimento deste Capítulo.

Como se pode verificar nos depoimentos a seguir, os agentes imaginavam que, para a população, sobressaía o seu papel de intermediador da relação da família com o mundo exterior e no contato com a equipe de saúde, especialmente com o médico. Por outro lado, aparecia a importância atribuída, pela população, ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento.

Entre as ações que os agentes consideravam mais importantes para a saúde das famílias, eles eram diretamente responsáveis por uma (a visita) e participavam, em muitas unidades, de outra (o grupo educativo):

> *"Em primeiro lugar, (o que considero mais importante) é que eu vá saber nas casas os problemas deles; em segundo lugar, que eles estejam passando em consulta; em terceiro, que estejam participando dos grupos, porque nos grupos se tem falado de muitas coisas (importantes) para a saúde deles."*

Os Agentes Comunitários de Saúde, por ocasião das entrevistas, destacavam, no seu trabalho, a atuação preventiva, sendo que sua ação visava a lidar com os hábitos, os comportamentos e as concepções das pessoas. A compreensão da relação entre saúde e doença mostrava-se ampliada (em relação ao modelo médico biológico), e a atuação buscava maior impacto, envolvendo atividades sobre o meio ambiente, as relações entre as pessoas e o estilo de vida:

> *"Primeiro, a visita domiciliar, que é o centro (do trabalho) do agente. Na visita domicili-*

ar a gente orienta... o aleitamento, o Papanicolau, sobre a verminose, sobre água filtrada, caixa d'água, é tudo na base da orientação."

"Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região."

"No fim do ano (1998), ficamos mais de dois meses sem medicação nenhuma, e aí a gente faz o trabalho todo de prevenção com diabético, com o hipertenso, todo esse trabalho..."

"Ele está fazendo a caminhada, está fazendo dieta, tudo direitinho, aí acabou a medicação. O desemprego aqui está geral e a pessoa não tem como comprar a medicação. O médico não tem mais como fazer uma mudança porque nós não temos nada para trocar. Aí em um mês ou dois depois essa pessoa está com problema novamente... Esse mês, graças a Deus, chegou a medicação, vamos esperar que não venha a faltar..."

Segundo os Agentes Comunitários de Saúde, eles tinham, basicamente, três atividades-fim, dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade: a **visita domiciliar**, as **atividades em grupo** (na maioria das vezes entre educativas e assistenciais) e as **atividades comunitárias**.

A visita domiciliar

A visita domiciliar era considerada a atividade primordial do PSF e atribuição primeira do Agente. Eles destacavam, nas entrevistas, o conteúdo de orientação / prevenção da visita. Abaixo, o conteúdo básico dessa atividade, para coleta de informações, conforme apreendido no cotidiano do trabalho:

"Checar se está ' tudo' bem, como a pessoa está se sentindo, se a família precisa de alguma coisa;

Vigilância: atualização da vacinação, screening, citologia oncótica, uso continuado de medicação para hipertenso e diabético, controle se está fazendo acompanhamento programático (gestante, menor de um ano, hipertenso, diabético);

Conferir acesso à medicação prescrita (situação de falta de fornecimento de medicação na UBS, relatada pelos profissionais da equipe e lideranças comunitárias). Buscar alternativas se o usuário não pôde comprar medicação (terapêutica alternativa, contato com o médico para troca de medicação);

Intermediação clientela-médico: acesso à medicação, como lidar com efeito colateral da medicação, encaminhamento para segunda linha / serviço de referência, interconsulta (avaliação clínica de sintomas ou exames, quando consulta agendada a prazo considerado muito longo)."

"Eu visito as pessoas, vejo se tá tudo bem, passo orientações, para as pessoas que não tomam medicação a gente tenta orientar... e se não tiver dinheiro, a gente tenta dar um contorno, faz um chazinho, uma medicação alternativa, ou a gente volta, traz o problema para o médico, e ele vai ver se tem alguma outra medicação na nossa unidade, para ele trocar. Esse é o nosso trabalho, ver se a vacina está em dia, se a gestante está sendo acompanhada todo mês... a gente tenta descobrir casos de tuberculose que está tendo muito na área..."

A visita articulava-se com o trabalho da equipe, especialmente quando o agente encontrava um problema, o qual ele levava para discutir com a enfermeira, sua referência, ou para a reunião diária. Nas situações detectadas como problemáticas que, na maior parte das vezes, estavam relacionadas com o monitoramento de situação de risco epidemiológico (aderência a tratamento, cuidados da criança menor de um ano, falta repetida a atendimento, recusa de procedimento de *screening*), muitas vezes se concluía pela necessidade de um reforço do trabalho do Agente, agendando uma visita acompanhada pelo auxiliar ou pelo enfermeiro.

"A gente orienta tudo. Em alguns casos que a gente não pode fazer nada, traz para a equipe e discute com a equipe o que pode ser feito."

Por outro lado, o trabalho de apoio não era reconhecido pelo Agente como uma atividade técnica, mas de relações humanas:

"Às vezes o idoso não tem com quem conversar, não tem com quem desabafar, a gente chega lá e eles conversam, falam, choram e isso é bom, porque as pessoas desabafam, tiram para fora o que sentem, a gente tenta dar um conselho. Para aquelas pessoas sem juízo, adolescentes, que querem abortar, quer fazer alguma coisa, a gente conversa, explica direitinho. Então eu me sinto prestativa, apesar de a gente não poder fazer muita coisa, só orientar, conversar."

"Quando tem um problema que eles não podem vir até aqui, a gente vem, procura conversar com o médico, levar uma orientação de volta para eles, em questão de medicamento... porque muita gente não sabe ler. E muitas vezes para conversar mesmo, para parar e ouvir a pessoa, porque muitas vezes tem pessoas com problemas... você vê que não é tanto doença, mas elas precisam de alguém que pare para escutá-las."

A situação de carência de diversas ordens – social, afetiva, de informação – e a ênfase do PSF nas ações de vigilância à saúde criavam as condições para que a faceta de suporte do trabalho do Agente fosse reconhecida como de assistência social, quase caritativa, feita por sua própria iniciativa e baseada na sua experiência de vida.

Os grupos educativo-assistenciais

Havia uma série de grupos educativo-assistenciais, alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e a habilidade da equipe, como para gestantes, diabéticos, oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação; mas, ainda, grafite e capoeira, trabalhos manuais etc. Eles cobriam uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico, até atividade de lazer e cultura, praticamente ausente em muitos bairros.

"A mãezinha que é a primeira vez que está grávida, ela vai vir porque nesses grupos ela aprende, elas aprendem. E também aquele diabético que não conseguiu marcar consulta... então a gente reúne aqueles que não passaram em consulta aquele mês para fazer um grupo para ver como eles estão se saindo."

Os grupos aconteciam na unidade e na área. Esses últimos eram marcados pelos Agentes e conduzidos com a participação de um médico, quando o trabalho na unidade não estava muito apertado. O seu principal objetivo pareceu ser a passagem de informação sobre a condição de risco e sobre a necessidade de manutenção de cuidados.

"(para o caso de uma pessoa teimosa para tomar medicação) Se for o caso a gente confronta, através de uma palestra, dos grupos que a gente forma, a gente confronta um com o outro, a gente pede depoimento. Através desses depoimentos a gente vai criando uma flexibilidade que acaba dando resultado."

"Tem um hipertenso na minha área e ele sofre de alcoolismo. Então é difícil o trabalho com essas pessoas. Eles começam, eles vêm ao posto, eles passaram pelo médico de família, foram orientados, fizeram exames, medicados... mas só que eles não seguem a orientação, nem do médico de família. Então fica difícil. Agora... teve na semana passada, nós fizemos um grupo de hipertensos, e eu estou convidando essas pessoas para participar do grupo... para eles estarem sabendo do mal que eles estão fazendo para a saúde deles. Ter um conhecimento mais profundo sobre o que vai fazer a falta de medicação..."

"Teve uma mãe que teve problema de não querer amamentar. A gente explicava para ela a importância do aleitamento, mas ela achava que o leite só não ia sustentar a criança, que ela precisava tacar leite engrossado. Como a Dra. (...) tem um grupo de aleitamento materno, eu trouxe ela para conversar, para ver, até para se unir junto com outras mães, solucionar as dúvidas dela e ela... conseguir resolver."

A vida / atividade comunitária

Nas entrevistas, houve uma série de fatos relatados, evidenciando que as ações comunitárias ocorriam de forma esporádica e, muitas vezes, como resposta às situações de maior tensão ou mobilização social. Encontraram-se relatos relacionados com saneamento (lixo), segurança, fome e desemprego, atividades de lazer e reivindicação de equipamentos sociais.

Os problemas sanitários eram enfrentados de duas maneiras: no contato individual ou pela abordagem em grupo. No primeiro caso, o objetivo era mudar o comportamento de cada família; no segundo, criar alternativa coletiva para lidar com um problema que transcendia a casa, atingindo a rua / bairro:

> *"Na comunidade, é mutirão quando a gente vai tomar uma providência a respeito do lixo, por exemplo. Então vai todo mundo em mutirão... a gente vai de casa em casa, orientando sobre o lixo, sobre a dengue, sobre a limpeza da caixa d'água."*
>
> *"A minha área é a mais carente... uma área invadida. Então foi feita uma lixeira comunitária, para eles não porem aquele lixo no chão, que aí vai criar rato, vai criar um monte de doença. Agora eles põem em uma sacolinha, amarram, para quando o lixeiro passar não estar mais o lixo no chão... Nessas visitas que a gente faz diariamente a gente tenta orientar as pessoas, conversa direitinho. Mas a pessoa diz: Ah! Mas não sou eu, é o vizinho! Não aparece o culpado. Então a gente vai reunir todos aqueles daquela rua para falar. Então a gente fala com todos para eles pensarem: Ah! Ela está falando com ele também, com ele, com ele. Fazendo assim eu vi que tem jeito, não só você falando de cabeça em cabeça. Reúne, fala no grupo todo, aí eu vi que tem solução. O grupo é muito bom... E foi orientado a eles, eles mesmos fizeram a lixeira."*

Os Agentes informaram que coletavam informações sobre o número de desempregados em sua visita rotineira às famílias. Além disso, a unidade sediou as reuniões no bairro para indicação de comissões para organização das frentes de trabalho, cuja iniciativa foi do governo do Estado.

> *"Está tendo um movimento para frentes de trabalho... para tentar ver se diminui um pouco o desemprego. Esta questão da frente de trabalho já vai vir para nós, para a nossa região. Na semana passada já teve uma reunião aqui no Posto, onde se contou com 270 desempregados, destes 270 foi tirada uma comissão, já foram para... para outra reunião ela vai se informando e trazendo informação para os que ficaram..."*
>
> *"A gente faz reuniões, palestra... a Doutora vem e dá a palestra, aí a gente passeia com eles. Antigamente a gente fazia bailinhos com eles, mas agora parou um pouco. A parte que eu mais gostava era do baile, porque tem pessoas muito triste que vindo para esse bailinho ficam alegre... Nós é que fundamos (o bailinho), agora os padres lazaristas fundaram lá também e as pessoas ficam divididas. Só que o nosso trabalho é melhor do que o deles, porque o nosso tem orientação, e o deles não, é só o baile."*

Na reivindicação de equipamentos sociais os grupos mobilizados e mobilizáveis tendiam a se somar, como na situação descrita abaixo:

> *"Tem as pessoas das entidades que entregam leite... tem duas entidades. Eles participam muito com a gente, eles lutam junto com a gente para que tenha creche. Quando a gente faz alguma reunião, eles participam... A maioria das reuniões é pelo Posto, mas têm outras que eles se reúnem entre eles e passam para a gente e aí nós pega e vamos... porque quando a gente faz alguma coisa, eles participam."* (Equipe 1, Agente 4).

Além da luta por saneamento e energia, apareceram também mobilizações para equipamentos de lazer.

Alguns Agentes de Saúde destacaram na entrevista, entre as sugestões, a necessidade de maior número e diversidade de equipamentos sociais, mas não levantavam a possibilidade de um trabalho articulado entre a unidade de Saúde da Família e esses equipamentos sociais:

> *"(Sugiro) áreas de lazer, porque as pessoas ficam doentes não é só por uma dor, às vezes é até depressão, filho na rua, que é o que tem muito por aqui... A gente não tem área de lazer. Então tem muitas coisas que poderiam ajudar também, além de postos de saúde (do Qualis). Áreas de lazer, escolas profissionalizantes... Tem jovem, adolescente que com esse desemprego não conseguem trabalho; eles estudam à noite e ficam parte do tempo, de dia, sem fazer nada. E o que eles fazem ? Vão para rua. Com isso os pais acabam ficando preocupados e acabam ficando doentes."*

Identificaram-se também experiências de sucesso na parceria entre movimento social e unidade de saúde, como na área de uma das equipes observadas, onde foi construído um galpão para atividades comunitárias com o apoio da unidade, no qual era realizado o grupo de atividades manuais.

Foram encontrados dois outros relatos de atividade das equipes de saúde no suporte de determinadas pessoas da comunidade, realizado principalmente pelos próprios membros da equipe e com participação especial do Agente Comunitário de Saúde:

- Uma das equipes tinha sob sua responsabilidade uma família com um adolescente portador de doença mental, cuja mãe saiu de casa. A família fez contato com ela em Santos, o Agente foi conversar com ela, a equipe fez um mutirão de pintura e arrumação da casa para a sua volta, e o Agente mantinha um calendário periódico de visitas a essa família.

- Já outra equipe tinha sob sua responsabilidade uma senhora com deficiência visual e de locomoção com mais de 90 anos; ela morava embaixo da casa do filho, mas ele não cuidava dela. A Agente de Saúde encontrou-a, na primeira visita, muito suja e angustiada na cama. A equipe decidiu que, na falta da atenção da família e vizinhos, cuidaria da senhora, e as agentes se revezariam em visitas diárias para seus cuidados, incluindo banho e alimentação. Conseguiram uma cadeira de rodas na qual a levavam para tomar sol, e um rádio, pois ela gostava de ouvir notícias. A Agente e a senhora conversavam, de mãos dadas.

Esse conjunto de situações e ações sociais indica que a organização da população parecia efetivar-se, muitas vezes, a reboque da mobilização desencadeada pelos funcionários da unidade básica ou alavancada por alguns funcionários que, em um segundo momento, se afastavam da linha de frente da organização. O Posto servia, também, como espaço de reunião para responder a políticas sociais mais amplas (como no caso da organização de frentes de trabalho para desempregados).

> *"Esse bairro evoluiu muito. Há um tempo atrás, nós não tínhamos nada, depois que veio chegando o progresso, as escolas. Foi com muita reivindicação, muita luta junto à Prefeitura... buscando melhorias. Hoje a gente já vê que a população se conscientizou que, se unindo, se consegue. Então isso foi bom, pelo que eu vi nesses 32 anos aqui no bairro."*

> *"A comunidade na verdade eles querem tudo pronto. Quando faz uma reunião, eles participam, mas não totalmente. De 100 pessoas vêm umas 40, porque eles não querem ter trabalho, eles querem a coisa pronta... mas sempre participa, alguém sempre vem.*"

Entre os profissionais da equipe, os Agentes eram identificados como aqueles de maior iniciativa e capacidade de mobilização; organizações sociais também aglutinavam e influenciavam o movimento social:

> *"Hoje o esgoto ainda corre a céu aberto, então nós fazemos cartas, mandamos para a Sabesp. Não tinha luz, não tinha água encanada, nós conseguimos água encanada... isso nós fazemos para a comunidade."*

> *"Quem coordena tudo são os funcionários do Qualis... nós aqui de dentro é que resolvemos fazer tudo."*

> *"Cada três meses, cada seis meses, a gente tem um encontro com o pessoal da entidade responsável pelo Qualis na região, onde eles nos orientam de como levar o nosso trabalho e para a gente fazer uma avaliação de como está. Essa avaliação é sempre feita pela nossa entidade... quanto às outras, eu não tenho informação."*

Registro e quantificação

O registro foi identificado como atividade significativa do trabalho dos Agentes que, se não representa muitas horas diárias de trabalho, era não só difícil, mas cuja finalidade não parecia clara para eles:

> *"Nós anotamos tudo. Cada tipo de doença, hipertenso, diabético, cada uma tem uma ficha. Quando tem muita coisa para escrever, nós temos um caderno à parte. Tudo que a gente vai fazer na visita, a gente anota no caderno, numa planilha, numa ficha que eles chamam de Ficha B. Tudo está anotado. Tem que anotar tudo..."*

"Eu achava que não tinha que preencher tanto papel, tanta burocracia que a gente dá conta. Tem que prestar conta da visita que a gente faz por dia, de um monte de coisa... Nos primeiros meses eu achei difícil, não pelo trabalho na área, mas pela burocracia... cheguei a pensar que eu ia desistir."

"A dificuldade maior que eu tenho encontrado é em relação a todos estes papéis que eu tenho que preencher, relatórios... (isso) mexe com a nossa mente... isso é um pouco demorado. É dados... quando pediam dados... antes não tinha planilha... a gente tinha que estar levantando prontuário por prontuário... Agora a gente já está fazendo tudo, o único dado que a gente tem que estar sempre atualizando é o de gestante e de menor de um ano, porque está sempre mudando."

"Antes fazia mais levantamento, qualquer coisa fazia levantamento. Hoje está mais calmo, mas antes fazia muito levantamento. O último foi sobre os desempregados. Então está sempre vendo a necessidade do povo para estar trabalhando em cima."

"Quem usa mais as anotações é a Doutora, mas se a enfermeira quiser ter acesso também pode, porque é uma informação do paciente. A anotação fica no posto, dentro do prontuário."

Havia uma expectativa de racionalidade no trabalho, na qual um problema importante era representado pelas informações repetidas:

"O que a gente não gosta mesmo, a gente se debate sempre contra eles, é ter vários papéis dizendo a mesma coisa... Muita burocracia."

Desde a implantação do PSF, os registros sofreram modificações e ainda buscavam uma forma de articular as informações dos diversos momentos de atenção:

"Os papéis foram mudando; era uma forma, depois outra, depois outra. Hoje está se estudando uma forma de pôr o relatório dentro do prontuário médico."

"(O registro)... é um trabalho de escrita que passa para outra pessoa para ver o a produção da gente... mas fica um trabalho pessoal que não está na escrita... fica só registrada a quantidade e não a qualidade, que não se registra."

"O nosso trabalho é muito mais... tem muito mais do que... papéis... A gente anota mais por obrigação mesmo... e a gente tem brigado contra isso. As anotações são passadas depois para a enfermeira, onde ela faz a avaliação do nosso trabalho."

Distribuição de atividades e do tempo de trabalho do Agente de Saúde; onde e para quem eram desenvolvidas as ações

Conforme pôde ser constatado, por ocasião da observação do trabalho dos Agentes Comunitários do Qualis, do ponto de vista numérico, a maior parte da atividade dos agentes era desenvolvida fora da unidade, constituída por visitas domiciliares ou contatos realizados na rua; em seguida vinham as atividades realizadas na unidade; as ações na comunidade ocorriam com ínfima frequência. No entanto, em termos da distribuição da carga horária de trabalho, os Agentes passavam mais de 50% do tempo no interior da UBS.

O Agente Comunitário de Saúde e a equipe

O Agente Comunitário de Saúde e a população

O Agente de Saúde trabalhava bastante articulado com a equipe, interligando a casa e a unidade, as pessoas e os demais membros da equipe de Saúde da Família.

Segundo Peduzzi (1999), a equipe é constituída no processo de trabalho: na finalidade comum do trabalho, na troca de informação, no espaço da reunião, no compartilhamento de tarefas, na homogeneidade da mensagem e da linguagem, na percepção / vivência de que um todo é maior (e mais forte) do que cada parte isolada:

"No começo foi um pouco difícil, porque cada um tem o seu jeito de pensar, mas agora é bem dizer um casamento, já faz três anos que eu estou neste projeto, a gente já se conhece bem.... (descreve que a cor do olho do médico muda quando ele está bravo) *(...) Trabalhar em*

equipe não é muito fácil não... mas a partir do momento que ela começa a mostrar para mim e eu começo a mostrar o meu ponto de vista para ela, a gente começa a discutir, aí se torna um serviço gostoso... que tem até muitas surpresas."

"Eu acho superlegal (trabalhar em equipe), porque numa equipe, quando acontecem problemas, e você não pode solucionar sozinho, então tem pessoas para você conversar, para te ajudar a resolver os problemas dos outros. E, graças a Deus, na nossa equipe a gente tem se dado muito bem."

"Nós trabalhamos em equipe; a gente não trabalha sozinho... o agente comunitário não trabalha só. Nós somos uma equipe. O médico, a consulta médica, a orientação, a mesma linguagem que nós os agentes usamos lá ele usa no consultório quando as pessoas vêm. A enfermeira a mesma coisa."

"É uma troca de conhecimentos, então aquilo que eu aprendo na rua eu passo para o médico, o enfermeiro passa, o médico passa, o auxiliar passa. Então, ali, na nossa reunião, nós somos todos iguais, há uma troca de conhecimentos."

"Tem dia que a gente chega aqui quase que arrasado mesmo, querendo desistir de tudo, aí a gente sempre encontra a equipe dando aquela força, levantando um pouquinho a moral da gente... um sempre dá força para o outro, um aprendendo um pouquinho com o outro. A gente se sente mais reforçada."

Encontrou-se, também, um modelo de equipe em funcionamento mais hierarquizado, embora essa temática não seja objeto de discussão deste trabalho:

"Tem nós, os agentes comunitários que vamos nas casas, e pegamos tudo (de informação) que é preciso, as necessidades das pessoas, e trazemos para a enfermeira; a enfermeira passa para a doutora. Nós somos uma equipe. Tem vários casos que a enfermeira não precisa passar para a doutora e ela mesma já resolve."

"A gente trabalha em um sistema de equipe. A enfermeira traz aquilo que a coordenação passou (para ser feito), o que a coordenação quer, mas aí a gente senta e discute."

A reunião diária aparecia como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, troca de opinião sobre como proceder e planejamento de ações muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

"A equipe, todos juntos, faz a reunião, discute os problemas, todos, independente do médico, da enfermeira, da auxiliar, faz a reunião, passa caso para ver, quem pode ajudar um ao outro, às vezes eu não sei resolver sozinha e a enfermeira pode ajudar, o médico também e o auxiliar pode ajudar, então a equipe toda faz a reunião direitinho."

"Nas reuniões a gente fala e cada um ajuda da melhor maneira. Te orienta: Ah! Você está com este problema? Eu já tive isso e eu fiz assim e deu certo. (...) Existe uma troca com todo mundo."

O enfermeiro era reconhecido, pela maior parte das equipes observadas, como referência do Agente e seu supervisor (na sua falta ou quando o agente considerava que o problema era de natureza clínica, recorria ao médico da equipe). A reunião de equipe representava o espaço privilegiado de encontro, discussão e planejamento do trabalho dos agentes.

"Quando a gente está assim meio perdido: Mas como eu vou fazer isso?, eles orientam nós todas. Se a enfermeira está, levo (a dificuldade) para ela; se a enfermeira não está, levo direto para o médico."

"O enfermeiro ajuda bastante e avalia a gente no dia a dia, avalia assim, a gente faz uma reunião todo dia, e na reunião vai falando como que faz, como tem que fazer... suas visitas não pode ser feita correndo, tem que ser assim, assim, tudo (é conversado) com jeitinho."

Sobre o controle do trabalho, os agentes relataram que trabalhavam com bastante autonomia e que o controle seria mesmo desnecessário pelo fato de o trabalho ser em equipe:

"A enfermeira e o médico ajudam em caso de dificuldade... mas hoje em dia não tem como

te acompanhar, como te vigiar. Você trabalha junto, você trabalha unido."

Para casos de dificuldade de aderência do cliente à terapêutica ou ao seguimento, os Agentes achavam que a população não valorizava a sua opinião devido à sua escolaridade e função. Nesses casos, viam no enfermeiro e no médico um poder de convencimento maior:

> *"O povo vê com a mente antiga, que o médico e a enfermeira tem mais entendimento, a gente não. Eu entrei e aprendi muita coisa, eu sei como orientar, tudo, então você orienta, mas precisa às vezes de um reforço, de uma enfermeira, isso ajuda muito."*

A integração dos trabalhos dos membros da equipe aparecia, para o Agente, muitas vezes, como uma ajuda mais pessoal e não da organização técnica do trabalho:

> *"As enfermeiras ajudam muito a gente, porque às vezes a gente tenta falar com as pessoas, ela às vezes recebe, mas não acata, e o enfermeiro indo, ela já vê que é uma pessoa estudada, uma pessoa que fez faculdade, aí elas recebe mais."*

Interação com o indivíduo, com a família, com a comunidade

Conforme apresentado abaixo nos excertos das entrevistas, a imagem geral dos Agentes acerca da área e da população-alvo do Programa era de carência, às vezes ao lado de regiões e famílias com melhores condições de vida. Nos bairros com pior qualidade de vida faltavam recursos como saneamento, asfalto e iluminação. Para a população, muitas vezes, a renda era considerada baixa e faltava emprego. Muitas eram áreas de tráfico de drogas e sem espaços de lazer. Alguns dos Agentes relacionavam as más condições de vida com a emergência de doenças, como as mentais, e a dificuldade de manter o cuidado da saúde.

> *"É área carente."*

> *"O bairro tem lugar, na minha área, na minha microárea 5, eu não tenho problema, porque é asfaltada a rua, tem tudo. Agora tem áreas, realmente tem lugares aqui no bairro que é muito pobre, muito difícil, não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto, não tem água, quando falta água da rua eles ficam uma semana sem água, muitas crianças andam de pé no chão."*

> *"Este é um bairro muito dificultoso, um bairro pobre. Hoje já está até um pouco melhor... Mas mesmo assim tem muita gente desempregada, não temos assim área de lazer... escolas até a gente tem, isso eu não posso reclamar... mas mesmo assim, ainda existem algumas crianças que têm dificuldade de estar arranjando vaga, porque as escolas são superlotadas. Posto de saúde também são poucos: é esse daqui e outro que não é do Qualis. Nós aqui, às vezes a gente fica muito triste porque vem muita procura para nós..."*

> *"O bairro é precário, pessoas muito carentes... não tem muito recurso, não tem diversão, nem alguma coisa para os adolescentes, nada disso."*

> *"O pessoal, por ter casa própria, eles acham que não precisam de mais nada... a gente convida as pessoas e elas não comparecem... mas tem gente que ainda passa fome. É muito difícil fazer trabalho aqui."*

> *"Eu acho que o problema mais grave aqui é o desemprego, são as drogas. Tem hipertensos, depois diabéticos, crianças aqui tem poucas... são mais pessoas da terceira idade."*

> *"O bairro aqui às vezes é bastante agitado, porque aqui tem muito tráfico. Então dificulta um pouco o nosso trabalho por causa disso. O pessoal acha que a gente é da polícia e aí eles ficam um pouco cismados."*

> *"Tem um número muito grande de famílias depressivas. Você percebe que aquele fechamento, aquele medo de violência, aquela falta de confiança, aquela falta de contato humano, estão tornando a família doente."*

> *"Acho que a importância do nosso trabalho está aí na mudança de hábito... mudar mesmo a conscientização."*

Apesar de os agentes valorizarem, no seu trabalho, a importância das orientações, pensavam que a

população valorizava, neles, traços de solidariedade institucionalizada. Acabavam tratando o cliente como parente e tomando para si o seu problema:

> *"Nós tratamos, tanto o auxiliar, como o enfermeiro, como o agente, nós tratamos eles como se eles fossem da família da gente... como se fosse nosso pai, nossa mãe, nosso filho... quanto a esse ponto, eu acho que nós somos bem humanos."*
>
> *"Como a gente diz: problema de casa deixa em casa, problema da unidade deixa na unidade (...) mas tem problema que a gente não consegue deixar... atendimento para doente mental só tem consulta em três meses, gestante não tem vaga em hospital... a gente acaba levando... No final de semana, elas procuram a gente: Olha, fui em um tal lugar e não consegui vaga, fui em outro não consegui... às vezes a gente acaba até saindo com elas, andando com elas para ver se consegue... porque a falta de vaga (em maternidade) está demais."*

A visita domiciliar, entretanto, não deixava de ser uma ingerência na casa e nos afazeres domésticos:

> *"Na maioria das visitas, nós somos atendidas pelas donas de casa... e ela está preocupada se é hora do almoço para fazer o almoço, se é para lavar roupa, se é para passar roupa... e, muitas vezes, ela não sabe que importância aqueles 10-15 minutos tem para ela."*

Na opinião dos Agentes, o significado do seu trabalho para a população

> *"O agente de saúde é o principal (na equipe) porque ele conhece cada família. É tipo assim, se é uma família que o médico chega lá e não pode falar tal coisa, a gente vai e já avisa, essa família é assim, assim; quando chegar, chega com jeitinho. Porque às vezes o vizinho não sabe o que a pessoa passa, mas a gente sabe, porque eles confiam, desabafam tudo..."*
>
> *"Eles têm um apoio, eles acham um apoio, porque você passa confiança para eles... eles se abrem, eles te falam, eles confiam em você."*
>
> *"Eles falam que gostam do trabalho daqui porque as pessoas, eles falam assim: As meninas do Posto se preocupam com a gente (...) eles usam muito esta frase: As meninas do Posto se preocupam com a gente... a gente nunca teve tratamento assim. Quando eles falam, eles não falam só do agente. Eles falam as meninas do Posto, o pessoal do Posto."*
>
> *"Sempre que as pessoas necessitam de alguma coisa, elas sabem onde contar. Não só com a doença, não. As pessoas aqui nos procuram... sempre tem alguém aqui para dar atenção, para conversar. É como a gente fala: nem sempre as coisas dependem só do médico, não é?"*

Como se pôde verificar nesses depoimentos, os Agentes pensavam que, para a população, sobressaía o seu papel de intermediador da relação da família com o mundo exterior e no contato com a equipe de saúde, especialmente com o médico. Por outro lado, aparecia a importância atribuída pela população ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento. No entanto, as atividades de suporte social não eram privilegiadas no trabalho do Agente, nem recebiam destaque nas reuniões de equipe.

O que os Agentes Comunitários de Saúde esperavam do projeto Qualis?

As concepções, as representações, as expectativas

As entrevistas realizadas com os próprios Agentes Comunitários de Saúde, após leitura e elaboração de um resumo sistematizado dirigido para pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa / percepção / posicionamento sobre o Projeto e sobre o seu trabalho.

As concepções, as representações, as expectativas de que eram portadores os Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis, identificadas mediante análise das entrevistas, serão aqui colocadas em termos de:

- O motivo pelo qual resolveram ser Agentes Comunitários de Saúde;

- A visão que possuíam sobre o Projeto;

- Como caracterizavam (reconheciam, se referiam, identificavam) o Programa implantado;

- As principais vantagens / qualidades reconhecidas no Projeto, as quais também eram colocadas como motivos de satisfação;

- As principais dificuldades / problemas identificados no Projeto, algumas também colocadas como expressões de insuficiência;

- As principais sugestões apresentadas para o Programa;

- Os planos individuais e profissionais para o futuro.

Por que ser Agente Comunitário de Saúde?

As razões para a escolha do trabalho de Agente Comunitário de Saúde variaram muito, conforme se pode observar pelos depoimentos a seguir. Ser Agente Comunitário de Saúde apareceu como oportunidade de reingresso no mercado de trabalho para muitos; quase um terço dos agentes referiu o desemprego e a necessidade de trabalhar como os motivos que os levaram a candidatar-se ao posto. Um pequeno número referiu que tornar-se agente representou uma etapa de profissionalização do trabalho já investido em atividades de visita a doentes e contato com a população, nesse caso representando reconhecimento e remuneração de atividade, antes voluntária. Cabe ressaltar que a quase totalidade dos Agentes entrevistados afirmou desconhecer o que era o trabalho e quais seriam as suas funções como Agente Comunitário de Saúde. A grande maioria imaginava que era para trabalhar com pessoas, e essa suposição lhes agradava muito. Seguem as principais expressões dos Agentes sobre esse quesito.

"Porque eu ia continuar fazendo o que quero, continuar visitando as pessoas."

"Eu queria mesmo era montar uma horta comunitária, assim facilitaria (ser ACS)."

"Não deu certo em outro emprego; vim pra cá há dois ou três meses."

"Necessidade de trabalho e opção de vida."

"Era Agente lá na Bahia e vim tentar a vida aqui; eu gosto de estar com as pessoas."

"Vi a placa. Não sabia o que era, mas me candidatei."

"Gostei, mas não sabia o que era quando vim."

"Estava desempregado."

"Queria trabalhar fora e com a população."

"Sempre gostei da área da saúde, mas eu nem imaginava o que era."

"Precisava trabalhar; não sabia o que era."

"Já trabalhava como voluntária, queria ter meu salário também."

"Nem sabia o que era ser ACS, mas queria fazer algo para melhorar."

"Vim de curiosa."

"Vi a plaquinha, desempregada, e me interessei por ser área da saúde."

"Gosto de lidar com pessoas e estava parada."

"Desempregada há 10 anos."

"Necessidade de me sentir útil; estava precisando mesmo."

"Fui ver o emprego e gostei da ideia de estar ajudando."

"Desemprego – não sabia o que era o agente."

"Porque era novidade, nem tinha noção do que era o agente."

"Não sabia o que queria ser."

"Não tinha ideia do trabalho e desemprego."

"Comodidade por ser perto de casa."

"Porque a minha irmã insistiu."

"Achava que o trabalho era temporário."

"Já era voluntária e fui convidada pra esse trabalho."

"Via a inscrição, estava desempregada; ajudar o pessoal."

"Já fazia isso com a população."

O projeto Qualis, na visão dos Agentes Comunitários de Saúde

Ao retratar verbalmente o Projeto no qual estavam inseridos, os Agentes Comunitários de Saúde do Qualis, em geral, expressaram uma oposição entre a concepção de saúde e a de doença: segundo eles, ao contrário da forma de assistência predominante, o Qualis não estaria voltado só para a atenção a doentes, mas incluiria as atividades de prevenção e promoção da saúde. Seu objeto de atuação também não se limitaria ao indivíduo, mas abarcaria a família. Como estratégia de atuação, a assistência não estaria centrada no trabalho do médico e no espaço do consultório, mas envolveria uma equipe na qual estaria incluído o próprio Agente de Saúde e a visita domiciliar. Os depoimentos abaixo são ilustrativos:

> *"O sistema de saúde curativo já existe em todos os lugares. No sistema de saúde do Qualis a gente trabalha muito mais no sentido de prevenir para que no futuro talvez a gente possa ter uma condição de vida melhor. Porque não adianta estar fazendo o programa curativo e a doença permanecer, e retoma um pouco um sistema que antes existia, de conscientização, de (entendimento) que nem tudo depende do médico."*
>
> *"Qualis é um projeto da família, tem que trabalhar com a prevenção, prevenindo tudo..."*
>
> *"O Qualis não espera só as pessoas, a comunidade vir até o posto, nós vamos até eles."*
>
> *"O Qualis veio para tomar conta, para cuidar da população, que não é só saúde, tem a moradia, como a pessoa vive, se está empregada... O Qualis veio para unir todas as pessoas em prol de uma coisa melhor para todas elas, para todos nós que moramos aqui.*"
>
> *"Os outros postos de saúde que a gente tem aqui na região não têm o agente comunitário. Então, essa é a grande diferença que o pessoal sempre fala...*"
>
> *"Nós trabalhamos com cadastramento... cada agente tem no mínimo 200 famílias cadastradas. Para essas pessoas, o agente faz visita domiciliar, trabalha com a visita, com orientações e prevenção. O que vem para o Posto é (a procura de) exames... porque a gente orienta sobre Papanicolau... e a procura por consulta médica... tem algumas pessoas que não entendem a prevenção, que têm a cabeça voltada mais para a consulta médica."*
>
> *"Para muitos, é quase que nem um Pronto Socorro. Porque para as pessoas, além de ter um bom atendimento, parece que se torna amigo dos médicos."*

Outro olhar lançado sobre os depoimentos possibilita a identificação, nas visões expressas sobre o Projeto, de ênfase em, pelo menos, três diferentes dimensões: visões que enfatizavam as dimensões políticas do Programa; visões com maior ênfase em determinadas características ou princípios do modelo de atenção; visões mais voltadas para dimensões relacionadas com as ações profissionais desenvolvidas. Nessa linha de análise, identifica-se que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde demonstrou ter uma visão do Qualis que enfatizava as dimensões políticas. Entre as expressões, as que se seguem:

> *"O Qualis procura ajudar as pessoas necessitadas, carentes..."*
>
> *"Garante qualidade integral de saúde."*
>
> *"Quer melhorar a qualidade de vida das pessoas."*
>
> *"Veio para unir as pessoas do bairro para melhorias."*
>
> *"Cuida não apenas da saúde, mas também da moradia e do emprego."*
>
> *"Veio para conscientizar as pessoas que saúde não é só médico."*
>
> *"Veio para revolucionar."*

Ao mesmo tempo em que enfatizavam as dimensões políticas do Qualis, a maioria dos agentes expressou uma visão relacionada com algumas importantes dimensões do modelo de atenção – inclusive dimensões organizativas – propostas pelo Qualis, algumas expressões muito sugestivas:

> *"Dá ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde."*
>
> *"Garante atendimento a toda a família."*

"Cuida desde a gestação até o vovozinho."

"Ensina as pessoas a se cuidarem melhor."

"O agente é o elo de ligação entre o serviço e a comunidade."

"O agente de saúde é o profissional-chave."

"É uma equipe que cuida, que acompanha as famílias."

"A equipe tem o agente comunitário, o médico de família, a enfermeira de família e o auxiliar de enfermagem."

"É um programa de médico da família, programa de Saúde da Família."

"Traz consolo, esperança para a pessoa."

"Melhorar a saúde das pessoas através do ensinamento."

"Garante continuidade do atendimento com o mesmo médico."

"Não espera as pessoas, vai até elas."

"O treinamento dos agentes é dentro da casa das pessoas."

"Com as ações preventivas, pretende evitar a sobrecarga de outros níveis."

"Programa que se preocupa não apenas com o corpo das pessoas, mas também com o sentimento."

"Veio para acabar com esse negócio de que a gente é só um número e nada mais."

Alguns Agentes Comunitários de Saúde, entretanto, expressaram uma visão do Projeto Qualis que valorizava dimensões mais da prática diária, ou seja, das ações profissionais desenvolvidas, do agir, do ser, pelos membros da equipe:

"É uma palavra de conforto, um sorriso, o ouvir que ajudam."

"Cuida da pressão alta, do diabete, da forma física das pessoas, do peso..."

"Valoriza as anotações."

"O médico conhece as famílias."

"O médico conhece as pessoas e os problemas através do agente."

"Conscientizar as pessoas de que têm que se cuidar, que tomar remédio."

"O agente tem o objetivo de visitar, saber das doenças, fazer prevenção."

"O agente tem que ter ética (não pode ser indiscreto), mas também tem que ter coração, ser humano, ser solidário."

"Quando a pessoa está acamada, o agente vai verificar e a equipe se reúne para ver o que pode fazer por aquela família."

O programa implantado e em funcionamento, segundo os Agentes

Nas entrevistas com os Agentes, identificou-se a percepção de que o Programa implantado era essencialmente diferente do que existia anteriormente nos serviços de atenção básica à saúde da cidade. Segundo eles, as equipes de Saúde da Família e suas respectivas unidades de saúde foram instaladas em áreas consideradas "carentes", muitas com equipamentos de saúde já existentes, mas praticamente desativados pela falta de profissionais. Os Agentes relataram que o funcionamento de unidades de saúde veio, muitas vezes, responder às expectativas da comunidade para atendimento de suas necessidades, expressas na mobilização popular: muitos deles tiveram participação efetiva, pois eram parte da própria "comunidade", conforme se pode observar nos depoimentos:

"O Posto aqui existia há quatro anos, só que com poucos recursos. Vinha médico de vez em quando, às vezes nem vinha, e o bairro é grande e a necessidade é grande. Quando surgiu a oportunidade do Qualis, a gente batalhou para conseguir..."

"Foi através da Igreja que veio o Posto. O Padre... é que correu atrás e também nós todos... Nossa! Nós lutamos três anos, foi assim uma luta forte... uma luta muito boa e vitoriosa. O Padre falou assim: Primeiro a gente entra na luta do Posto, a gente consegue o Posto, depois a gente faz a horta (comunitária)."

"... vacinei meu filho lá, eu nem vinha aqui porque esse posto aqui era muito abandonado, muito sombrio... acho que até por falta de verba mesmo não dava para eles cuidarem direito."

"Esse P Qualis, na minha opinião, foi uma luta da diretora. Porque se não fosse uma luta da diretora, que o Posto já estava quase fecha-

do, ficou dois anos sem atendimento, sem nada, só dentista, e acho que as enfermeiras para dar vacina e tal. Não tinha médico."

Nas entrevistas, os agentes diferenciavam a assistência médica clínica (em consulta ambulatorial ou em Pronto Socorro) do que aparecia como um diferencial positivo do Qualis, a possibilidade de prevenção de problemas de saúde, de fazer diagnóstico precoce e de manter um acompanhamento:

"Quando nós não tínhamos aqui, eles me relatam que iam procurar uma outra unidade, lá no ....., que é perto da linha. É do Estado, só que lá você precisava acordar às três horas da manhã para ficar na fila, para tentar passar em uma consulta. Ou ir ao Pronto Socorro quando estava doente... não existia prevenção da doença."

"Não tinha aquele acompanhamento, não tinha aquela prevenção, não tinha uma orientação... era coisa de Pronto Socorro, sem atendimento."

"Aqui é um trabalho que a Doutora vai na casa... mesmo o trabalho de consultório, demora um pouquinho porque a Doutora conversa bastante, ela vê assim, desde os pais..."

Quase todos os Agentes relataram que, no início da implantação do PSF, os moradores visitados achavam que era uma proposta político-eleitoreira, mas que, com o tempo, foram vendo que era *"uma renovação na saúde"*. Portanto, o PSF era entendido e vivenciado como uma reorganização da assistência à saúde, uma alternativa à prática assistencial hegemônica.

"Acho que o Qualis veio para unir os moradores, unir as famílias no conhecimento. Porque já que o médico atende todo mundo da mesma família, ele passa a conhecer cada membro da família, e não uma... e os problemas de todos. Porque eu acho que muitas vezes a gente pensa que (o problema) está em um e não é: o problema está mais em outra pessoa da família, que acaba acarretando o problema geral. (...) Mas não é só assistência médica, mas eu acho que é apoio... tem pessoas que precisam mesmo de atenção, de alguém para conversar, para desabafar seus problemas."

A diferença entre as formas de concepção dos cuidados da saúde era entendida como relacionada com a oferta de atenção: o Qualis veio implantar-se em muitas áreas onde a oferta anterior de assistência era do tipo atendimento a queixas, baseada em consulta médica. A oferta de orientações para prevenção era nova e não correspondia à experiência anterior da população.

"Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região... Se todo mundo fizesse um pouco o que a gente faz, não teria tanta desinformação. As pessoas, com este trabalho que a gente faz, começaram a valorizar a própria saúde, porque, até então, eles achavam que a saúde deles dependia do médico – o que não é verdade. A saúde nossa é responsabilidade nossa."

"50% são pessoas muito resistentes..."

Ainda, ao enfocar o Qualis, no dia a dia, o Programa em funcionamento, também se observaram ênfases diversas em diferentes aspectos como, por exemplo, em aspectos gerenciais ou, ainda, nas dimensões técnicas do trabalho, relacionadas ao modo de fazer ou ao próprio fazer.

Como pronunciamentos que demonstravam ênfase nas dimensões de gerência:

"O agente é o elo entre a família e a equipe."

"Todo mês passamos nas casas."

"Uma vez por mês, há reunião com a população."

"Tem que anotar tudo o que faz."

"Houve treinamento inicial."

"Tem educação continuada."

"Quando a consulta não está marcada, passa pelo acolhimento."

"Duas vezes por semana, há reunião de equipe."

"Atendimento completo."

"Tem cadastro das famílias."

"Sem o agente, não tem como o médico ou o enfermeiro saber o que está acontecendo na família."

"A enfermeira é chefe dos auxiliares de enfermagem e dos agentes."

Ênfase nas dimensões técnicas do trabalho:

"O médico, além de atender, ele conversa."

"O médico de família entende um pouquinho de cada coisa."

"O médico / enfermeiro / o Posto fica sabendo das doenças, de tudo do bairro, pelo cadastramento que o agente faz."

"O agente vai nas casas, vê as necessidades e traz para discussão, para ser resolvido pela enfermeira / equipe."

"O auxiliar é o profissional, ele faz coisas que o agente não pode fazer: injeção, medir pressão, curativos."

"A enfermeira também participa de grupos, faz consultas, faz visitas domiciliares para quem está acamado, mede pressão."

"Há grupos de adolescentes, gestante, hipertenso, de climatério, de terceira idade."

"O agente faz visitas, participa de grupos, de caminhadas, chama para vacinação."

"Atende principalmente hipertensos, diabéticos e gestantes."

"O médico faz VDs, grupos e vai às reuniões."

"O agente vai nas casas, esclarece as famílias, faz o cadastro."

"O agente faz orientação: na medicação, para não deixar rua suja, o esgoto aberto, ter lazer, saneamento, sobre dietas."

"Trabalho em equipe (um ajuda o outro)."

"Tudo o que faz é anotado."

"O agente faz orientação para conscientizar que pode melhorar."

"O agente faz orientação para ter melhoria no bairro."

"O médico vai às residências, se preciso."

"O agente acompanha as visitas do médico, do enfermeiro e do auxiliar."

"O enfermeiro faz a primeira visita ao recém-nascido para levar orientação à mãe e à criança."

"Acompanhamento de gestantes e crianças."

"A equipe de saúde tem médico, um enfermeiro, um auxiliar."

"A equipe é que diz o que vai ser feito e como vai ser feito."

"No acolhimento, de acordo com o caso, passa pela auxiliar, enfermeira ou médico."

"Uma vez por mês há reunião com a população."

"Há casos que precisa ir três vezes por semana nas casas, e há os que precisa ir todos os dias."

"As atividades mais importantes são, pela ordem: visitas, consultas e grupos."

"Em muitas casas, o agente é considerado da família."

"O enfermeiro tira as dúvidas do agente."

"Agente de saúde é um mobilizador."

"Tem consulta e grupo de esclarecimentos sobre prevenção de doenças."

"O que mais atende é grupo, pressão alta e doença respiratória."

"A enfermeira faz atendimento também, igual ao médico."

"O auxiliar é o que trabalha diretamente com o paciente; o agente só leva comunicação."

"A agente faz o diagnóstico de saúde da população."

"A enfermeira é ajudante do médico."

"O planejamento de trabalho do agente é feito por rua."

"O agente convoca as pessoas para os grupos."

"O agente faz reserva de consulta de odontologia e define quem deve ser atendido primeiro porque conhece as pessoas"

"O médico visita os acamados, passa exames, automaticamente ele passa para a enfermeira, que passa esses exames para o auxiliar para que ele vá na casa fazer a coleta"

Os Agentes Comunitários de Saúde e

a satisfação no trabalho

As principais vantagens / qualidades reconhecidas no Projeto foram também consideradas nas entrevistas, pelos agentes, como motivos de satisfação no trabalho.

Na quase totalidade dos depoimentos, identificaram-se agentes satisfeitos com o trabalho, quer pela sensação de gratificação pela ajuda ao outro e de resolubilidade, quer pela ampliação do conhecimento na área da saúde e reconhecimento da população por esse conhecimento. No entanto, a satisfação não descartava a vivência de situações de angústia e sofrimento.

Nas entrevistas, as vantagens e qualidades que os agentes reconheciam no Projeto Qualis eram, muitas vezes, colocadas como os principais motivos de maior satisfação no trabalho. Assim, os motivos de satisfação expressos pelos agentes foram aqui caracterizados como abrangendo quatro principais dimensões:

- os motivos aqui considerados como relacionados à gestão do Projeto;

- os motivos relacionados à gerência do processo de trabalho;

- os motivos relacionados às dimensões técnicas do trabalho;

- os motivos relacionados às possibilidades do modelo de transformação social.

Como motivos relacionados à Gestão do Projeto, pela ordem:

- 100% dos agentes colocaram, como motivo de satisfação, *o trabalho em equipe, o apoio* que dela recebiam, em especial *do enfermeiro e do médico*; *o trabalho em equipe que permitia aprendizado, alcançar o objetivo;*

- 100% dos agentes também referiram, como motivo de satisfação, a alegria com o reconhecimento pelo seu trabalho, assim expressa: "*a confiança que as pessoas têm no agente comunitário de saúde e na equipe de Saúde da Família; quanto mais o agente vai nas casas, mais as famílias querem que vá";*

- 95% citaram que *"as pessoas não têm que se deslocar do bairro para ter atendimento"*, que *"aumentou o acesso e a facilidade do atendimento para as pessoas"* e que *"é bom / gratificante para os que são atendidos"*;

- 80% evidenciaram a preferência, *"o gosto das pessoas pelo atendimento prestado pelo Qualis (mesmo os que têm convênios)"*, o fato de *"com a implantação do Qualis, ter melhorado o respeito que as pessoas tinham"* pela unidade básica de saúde;

- 80% referiram satisfação com o fato de que, *"com a chegada do Qualis, a situação de saúde do bairro melhorou"*;

- 30% referiram *"o elo com as famílias, o convívio"* que o trabalho proporciona e, finalmente,

- 25% dos 40 agentes entrevistados demonstraram a sua satisfação com o fato de que, *"no Qualis, todo mundo tem nome, as pessoas conhecem o agente, a enfermeira, sabem quem é o diretor da unidade"*.

Como relacionados à Gerência da Unidade de Saúde e do modelo de atenção à saúde, os motivos de satisfação, as vantagens e qualidades do Qualis foram assim e na seguinte frequência expressos:

- Cerca de 50% dos agentes entrevistados referiram como vantagens o fato de o *"treinamento e da educação continuada serem muito bons";*

- Também cerca de 50% referiram como vantagem o fato de o *"médico ir em casa (parecia "coisa do outro mundo"), da equipe de saúde que vai em casa."*

Foram também muito referidos como vantagens do Projeto e motivos de satisfação:

> *"O vínculo paciente / médico / agente."*
>
> *"Fornecer medicamentos."*
>
> *"A equipe (através do médico e do enfermeiro de família) orienta o agente (as dúvidas são tiradas em equipe, em reuniões)."*
>
> *"A continuidade no atendimento."*
>
> *"As reuniões com a comunidade."*
>
> *"O serviço do agente é muito legal, é como se fosse treinamento diário."*

"Os membros da equipe se tratam como iguais."

"Ter a enfermeira para orientar o agente."

"A equipe já se conhece há três anos (dão-se bem, parece um casamento)."

"As reuniões de orientação com a enfermeira para resolver dificuldades."

"O Qualis faz internação em casa."

"Desde o médico, diretor, coordenador, enfermeiro, nós todos somos uma família."

Como vantagens / motivos de satisfação relacionados a dimensões técnicas do Projeto:

"A qualidade do trabalho (do atendimento)."

"O médico faz exame completo (dos pés à cabeça)."

"Ter médico que conhece todas as pessoas."

"Registrar as atividades para não perder."

"O médico dá atenção ao paciente."

"Já houve melhoria com o atendimento dos hipertensos e diabéticos."

"As reuniões de equipe que têm para discutir, conversar."

"Ter dentista."

"O agente não estar sozinho, ter uma equipe."

"Os profissionais da equipe transmitem confiança, passam conhecimento e força de vontade."

"Os agentes que vão nas casas saber o que eles têm."

"As pessoas pegam muita confiança no médico."

"É importante caminhar com eles."

"O médico explica tudo."

"Ter folheto de orientação ao trabalho."

"O controle dos doentes crônicos."

"O mais importante para a saúde são a consulta, a higiene e a dedicação da família com o paciente."

"O fato de o retorno ser sempre com o mesmo médico."

"A situação de saúde melhorou muito porque o médico explica tudo."

"Apesar de não poder fazer muito, o agente se sente prestativo."

Como vantagens / qualidades / motivos de satisfação relacionados à dimensão de transformação social do Projeto:

"Antigamente o médico estava acima de todos; ele ainda tem a última palavra, mas é mais humano."

"Humanização do atendimento."

"Melhorou o nível de informação das pessoas (sobre as doenças também)."

"A troca de conhecimentos entre os agentes e a população."

"As pessoas têm outra alternativa, além do remédio."

"É um bairro de pessoas participantes, solidárias."

"A gente aprende, participa, se emociona."

"Ficou mais fácil as pessoas cuidarem de si mesmas."

"Melhorou a qualidade de vida das pessoas."

"Conseguir mexer e melhorar a vida pessoal do próprio agente."

"O Qualis aumentou a união das pessoas do bairro (eles se conhecem, vêm juntos para reuniões)."

"Você conseguir se doar, se preocupar com o próximo."

"O Qualis tem feito as pessoas gostarem de si próprias."

"O agente resgata as pessoas."

"A importância do nosso trabalho está na mudança de hábitos."

Principais dificuldades / problemas identificados no Projeto, a maioria deles também colocados como expressões de insatisfação

Aqueles relacionados à Gestão, na ordem de frequência de citações:

"O agente só faz levar e trazer informação, mais nada."

"O agente deveria ser capacitado para medir pressão, pesar crianças, testes de diabetes (não somos reconhecidos como profissionais)."

"Ter pessoas que não estão na área do Qualis, que não são atendidas."

"O projeto precisaria ser expandido para dar mais chance a mais pessoas de serem bem atendidas."

"Não é fácil entrar na casa das famílias (no começo não foi fácil)."

"O Qualis está virando um Pronto Socorro, de tanta gente que procura."

"As pessoas que não atendem quando o agente bate na porta."

"O posto deve funcionar 24 horas ou ter um Pronto Socorro."

Dificuldades / motivos de insatisfação relacionados à Gerência:

"Falta de recursos humanos (psicólogo, especialistas)."

"A população reclama que as consultas são demoradas, que a espera é grande para a consulta marcada."

"As pessoas que querem ser atendidas na hora que chegam."

"Falta de medicamentos."

"Os serviços de referência (hospital e outros) nem sempre atendem bem as pessoas."

"No início, foi difícil trabalhar em equipe."

"Muita burocracia, muito papel para preencher (deveria ter mais visitas) quando a gente está acostumando, chega outro."

"O acesso aos especialistas é difícil."

"Falta de espaço físico na unidade."

"O auxiliar de enfermagem fica muito preso na unidade."

"Às vezes chegam no posto e o médico e o enfermeiro saíram para fazer capacitação / reunião – sem avisar antes."

"No começo, ficou insegura, tinha medo de errar."

"O treinamento tem que ser mais prático: não pode ficar só na unidade, tem que ter visita e caminhada."

"Os agentes perdem muito tempo fazendo levantamento."

"A participação dos grupos nas reuniões é pequena."

"Apesar dos treinamentos constantes, aparecem coisas diferentes."

"Não tem material que oriente o trabalho (depende só do pessoal)."

"Falta tempo para fazer tudo o que precisa."

"Falta uniforme."

"Os agentes homens têm dificuldade em serem aceitos."

"Falta de ambulância quando alguém precisa."

"O treinamento deve incluir como lidar com as pessoas, o preparo psicológico (o doente está fragilizado)."

"Quem 'aguenta' mais o trabalho e as reclamações é o agente."

"As pessoas deveriam colaborar mais com a unidade."

"O treinamento inicial foi pequeno."

"A saída de médicos das equipes."

Dificuldades / motivos de insatisfação relacionados a Dimensões Técnicas:

Nesse particular, embora com poucas referências de insatisfação, cerca de 10% dos agentes entrevistados apontaram como insuficiência do Qualis:

- a falta de material para o trabalho do agente;

- o fato de o agente envolver-se com os problemas das famílias e

- haver muito encaminhamento de pacientes.

Motivos relacionados à proposta de mudança do modelo, à transformação social, às características do modelo de reorganização da atenção à saúde:

Se, por um lado, praticamente 100% dos agentes entrevistados referiram, como motivo de insatisfação, questões relacionadas ao comportamento das pessoas em relação ao Projeto,

> *"há pessoas que não seguem as orientações de comparecer na unidade e merecem um 'puxão de orelha'",*
>
> *"há pessoas que não entendem o Programa (como prevenção e tratamento) e querem Pronto Atendimento",*
>
> *"as pessoas do bairro têm mania de vir ao médico, por coisa à toa",*
>
> *"as pessoas querem as coisas prontas, são muito exigentes, querem respostas imediatas",*
>
> *"as pessoas não se dispõem a participar, são muito fechadas, muito desconfiadas",*
>
> *"há pessoas que precisam que o agente fique em cima",*
>
> *"há dificuldade para adesão de algumas pessoas ao Projeto",*
>
> *"há pessoas que discordam, nem Deus agradou a todos",*
>
> *"o agente tem que ter muita paciência."*

Por outro lado, também cerca de 100% dos Agentes expressaram ter consciência da insuficiência do Qualis, do saber e do trabalho do Agente para lidar com questões concretas do dia a dia das famílias, em uma metrópole com específico perfil de morbimortalidade e com específicas condições sociais. Essa consciência orientava a caracterização dessa insuficiência como dificuldades do Programa, o que muitas vezes gerava insatisfação e sensação de impotência por parte dos Agentes.

> *"a insuficiência do trabalho do Qualis para resolver os problemas de todas as pessoas",*
>
> *"o trabalho mexe com a cabeça do agente porque há coisas que não dá para resolver: o desemprego, violência, pobreza",*
>
> *"há pessoas que precisam é de se alimentar",*
>
> *"o agente deveria ser treinado para lidar com problemas como drogas, fome, violência",*
>
> *"problemas difíceis que interferem com a saúde, como o desemprego",*
>
> *"poderia estar fazendo um trabalho de maior orientação aos jovens, em regiões de tráfico de drogas",*
>
> *"a teoria do trabalho é uma coisa e a prática é outra (faz planejamento, mas há imprevistos, às vezes não sabe como agir)",*
>
> *"no fim de semana os casais brigam e segunda- feira é uma tensão."*

Sugestões para o Projeto Qualis

Convidados a emitir sugestões para o Projeto Qualis, os Agentes Comunitários de Saúde referiram, em suas colocações, variados e diferentes aspectos do Projeto, desde as condições de estrutura física das unidades básicas de saúde, muitas vezes alugadas, até a questão das competências do Agente Comunitário de Saúde, passando pela garantia de medicamentos prescritos, humanização do atendimento e ampliação do acesso para os não residentes na área de abrangência e pelo reforço à participação da população.

> *"Que houvesse expansão do programa, mais espaço (físico) na UBS e que todos se doassem 100% ao trabalho."*
>
> *"Que o agente pudesse medir pressão, fazer teste de diabetes, medir e pesar as crianças."*
>
> *"Mais participação da comunidade, resolver a questão do lixão a céu aberto."*
>
> *"Que a UBS tivesse mais espaço físico."*
>
> *"Mais medicação para população aprimorar o trabalho."*
>
> *"Dentista para população."*
>
> *"Mais humanização dos profissionais."*

"Melhorar as referências (hospital não mandar de volta sem resolver)."

"Mais medicação e ambulância."

"Especialização pro agente, tipo auxiliar de enfermagem, para que o agente possa medir pressão; e também aumentar o PSF e diminuir o número de famílias por equipe."

"Galpão para grupos."

"Hospital de referência como o Qualis."

"Mais médicos para atender além do que é a área de abrangência."

"Não ter que avisar: Olha, a sua consulta foi desmarcada!, esse não é o nosso trabalho. Posto maior, dentistas e mais medicamentos."

"Ampliar o número de equipes."

"Qualis tem que ir pra todo mundo."

"Saneamento básico e mais empregos."

"Mais postos, saneamento básico, mais dentistas e ACD e que esse projeto tivesse em outros lugares."

"Mais ações com a juventude e contra uso de drogas."

"Mais computadores na UBS, mais higiene das pessoas (moradores)."

"Mais ACS para dividir as 250 famílias."

"Que a unidade tenha ultrassom."

Planos para o futuro

Apresentam-se, abaixo, as manifestações sobre os planos para o futuro dos 40 Agentes Comunitários de Saúde do Projeto Qualis, em 1999:

"Gravar um CD, ter uma creche, montar uma horta comunitária, continuar trabalhando com a comunidade."

"Continuar como ACS."

"Terminar meus estudos e cursar auxiliar de enfermagem."

"Especialização para ACS; poder medir febre, ver pressão."

"Continuar estudando, terminar auxiliar de enfermagem e meu sonho é fazer faculdade de psicologia ou assistente social."

"Continuar cuidando da comunidade, acabar meu curso de auxiliar e cursar faculdade."

"Me formar como auxiliar de enfermagem e continuar no Qualis."

"Estudar e fazer enfermagem; ver a melhoria do bairro: melhoria da saúde, mais hospitais, medicação."

"Fazer serviço social."

"Continuar ajudando a comunidade."

"Fazer enfermagem e prestar concurso pra trabalhar como tenente na PM."

"Ter uma casa própria e uma vida melhor."

"Voltar a estudar, cursar faculdade de administração e ajudar mais as pessoas."

"Trabalhar mais com ser humano na área da saúde."

"Fazer curso de auxiliar de enfermagem e espero que o Qualis não acabe."

"Estudar mais. Fazer faculdade na área (de saúde) ou curso de auxiliar de enfermagem."

"Ajudar mais as pessoas, dar conselhos para os novos lutarem porque serão o futuro."

"Fazer curso de auxiliar e quem sabe ser também uma médica. Continuar cuidando das pessoas."

"Ser enfermeira do PSF."

"O principal é residência, moradia, melhorar a infraestrutura."

"Ir embora pro nordeste. Ter um emprego melhor."

"Voltei a estudar pra ter maior conhecimento. Me aperfeiçoar."

"Terminar estudos. Fazer auxiliar de enfermagem ou curso para instrumentadora cirúrgica."

Em relação aos planos para o futuro, chama atenção a perspectiva de continuidade de estudos, com destaque para o campo da enfermagem. Apareceram também, em algumas entrevistas, a área de psicologia e assistência social, dois outros campos que lidam com necessidades da população. O estudo representava tanto uma oportunidade de aprofundar conhecimento, mantendo o trabalho de Agente, como de profissiona-

lização, especialmente como auxiliar de enfermagem, demonstrando um entendimento da diferença de atividades e de papéis, no Programa, entre o Agente Comunitário e o auxiliar de enfermagem. Esse assunto – a tendência a áreas como da enfermagem – será abordado posteriormente, quando se tratar dos cursos realizados, no estudo de 2004, pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Sobre a diferença do seu trabalho com relação ao do auxiliar de enfermagem, destacou-se, em algumas entrevistas, a referência ao que o Agente tem **a menos** no âmbito da realização de procedimentos técnicos que envolvem materiais / insumos; no que tange às ações educativas, os Agentes pareciam sentir-se equivalentes aos auxiliares:

> *"Ah, a diferença é que a gente não pode fazer inalação, a gente não pode medicar, a gente não pode... recolher sangue na área. ... É só essa a nossa diferença, porque tudo que eles palestram... as orientações que eles dão, a gente dá a mesma. (...) As visitas também são feitas do mesmo jeito, a não ser curativo, que os auxiliares têm que fazer e nós não podemos."*
>
> *"Uma coisa que o povo conta para nós não conta para o auxiliar; o auxiliar vai nas casas rápido, com pressa porque vai fazer um curativo. Nós temos mais tempo para ouvir as pessoas, assim com calma, orientando... Cada um tem a sua função."*

Nas entrevistas com os Agentes que dispunham de um entendimento mais positivo sobre a sua função — destaque para esse algo **a mais** do trabalho do Agente, que é a relação com a população:

> *"Nós que somos o olho do Projeto Qualis... nós que vamos nas casa, que vemos tudo, as necessidades."*
>
> *"O agente conhece a realidade de toda a sua área, conhece cada pessoa (ou quase todas). O serviço do auxiliar é aplicar injeção, fazer uma vacina, verificação de pressão arterial, um curativo, e vão (nas casas) ver uma pessoa acamada, fazer uma sensibilização. A diferença que eu acho é que o agente conhece tudo assim da área e o auxiliar não. Se você não levar ele até essa família ele não vai saber."*
>
> *"A nossa função é a informação, a orientação... Não só a gente informa a população, mas também traz informação da população para dentro do Posto. (...) A gente não trabalha só no sentido de informar sobre a doença, mas lá a gente está vendo o que precisa: se a família precisa de algum tratamento de água, de esgoto... o tratamento do lixo..."*
>
> *"Eu vou nas casas... eu vejo o meu trabalho como muito importante porque eu posso estar ajudando as pessoa... (por exemplo) sair de uma depressão, sair de uma tristeza... e é gratificante para a gente, não em salário, mas em termos de pessoa... chega em casa e está realizada."*
>
> *"O auxiliar de enfermagem está mais ligado na área de medicamentos. Agora o agente, não, porque ele é mais um mobilizador mesmo. Por maior que seja o vínculo da equipe com as pessoas, o do agente comunitário é sempre maior, porque a gente está ali no dia a dia, sempre indo naquela casa. Porque fora isso, ele é um vizinho, um amigo... não é só a menina do Posto."*

Em termos das características necessárias ao Agente Comunitário de Saúde, eles próprios destacaram as seguintes: coragem, flexibilidade, solidariedade, respeito para com o outro, discrição, disposição para aprendizado e troca de conhecimentos, habilidades para comunicação, condições físicas e mentais. Identificou-se, ainda, uma série de opiniões que conformavam a identidade do sujeito-agente por referência aos outros sujeitos, à população, à equipe, às instituições:

> *"Não que elas comecem a correr junto ao nosso lado, mas que elas comecem engatinhando, depois andando, até elas aprenderem a correr..."*

OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF, 2004

Introdução

A mudança do cenário, em curto espaço de tempo, ocorreu com a inclusão do município ao Sistema Único de Saúde – SUS, em 2001, e ao entendimento do PSF como modelo de reorganização da prática assistencial, na Atenção Básica de São Paulo, seguindo as recomendações da Política Nacional concebida pelo Ministério da Saúde, em 1994, que orientava a implantação do PSF com o *"objetivo de proceder a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital"* (Brasil, 1999).

A partir de 2001, então, a gestão municipal assumiu o PSF como estratégia de estruturação da atenção básica à saúde, no município, e estabeleceu um Plano de Implantação, determinando as áreas prioritárias para estabelecimento das equipes com base, entre outros indicadores, no Mapa de Exclusão / Inclusão Social. Administrativamente, a gestão da saúde passou a ser descentralizada com maior autonomia para os supervisores distritais de saúde.

Nesta secção do Capítulo, cabe referir que as informações aqui utilizadas advieram de duas fontes principais:

- de Documento Descritivo e Analítico elaborado pela Professora Regina Giffoni Marsiglia, com base nos dados levantados sobre os Agentes Comunitários de Saúde, em 2004, pela Secretaria Municipal de Saúde e

- de síntese das conclusões de processo de definição de competências do Agente Comunitário de Saúde do PSF da cidade de São Paulo, desencadeado pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da SMS. Esse documento, a que se teve acesso, foi elaborado, sob consultoria, pela Professora Maria Auxiliadora Córdova Christófaro, em 2004.

Apresentam-se, a seguir, os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que responderam ao questionário, em 2004, segundo a região onde trabalhavam e viviam, e segundo a Instituição Parceira da Secretaria Municipal de Saúde a que estavam vinculados.

Em agosto de 2004, época de realização da coleta de dados dos profissionais do PSF pela Coordenação da Atenção Básica e PSF da SMS, o Programa contava com 4.688 Agentes Comunitários que se organizavam nas equipes de Saúde da Família, segundo duas principais modalidades de inserção. Uma primeira modalidade em equipes completas de Saúde da Família, ou incompletas temporariamente, essa última situação em virtude de afastamento de um dos profissionais, na maioria das vezes o profissional médico. A segunda modalidade em equipes semelhantes às do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em que um número variável de agentes, segundo características da região, se vinculava a um enfermeiro para cobertura de determinadas áreas e população. Essa segunda modalidade surgiu, em caráter inicial e temporário, no início da implantação do PSF como estratégia de Governo Municipal para que se iniciassem as atividades de cadastramento das famílias e de reconhecimento do território, enquanto não eram organizadas as equipes completas e contratados os demais profissionais: médicos, enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem. A adoção dessa segunda alternativa variou segundo orientação da direção do antigo Distrito de Saúde correspondente, o que explica, para a época do Estudo, a existência de muitos "agentes soltos" em determinadas regiões, como nas Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras de M'Boi Mirim e de Campo Limpo; e poucos ou nenhum nessa condição, onde os antigos diretores de Distritos de Saúde não adotaram essa estratégia para implantação do Programa, preferindo fazê-lo, desde o início, com as equipes completas ou com compromisso em relação a isso.

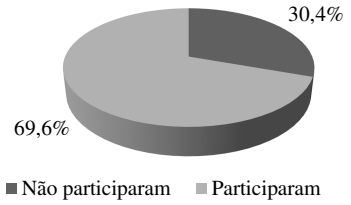
Assim, naquela ocasião, os 4.688 Agentes Comunitários de Saúde integravam 645 equipes do PSF e 128 equipes análogas às equipes "PACS", com número variável de agentes trabalhando em determinadas regiões, acompanhando uma população específica, sob a supervisão de um enfermeiro.

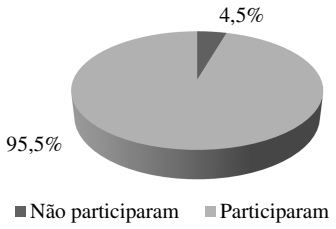
Participação no estudo

Pelos dados abaixo apresentados, evidencia-se que, dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde que se encontravam em atividade, no mês de agosto de 2004, no PSF do município de São Paulo, 3.263 participaram da pesquisa desencadeada pela Secretaria Municipal de Saúde / Coordenação da Atenção Básica e PSF com o objetivo de conhecer os profissionais do PSF, ouvir opiniões e sugestões, tendo em vista a consolidação da estratégia e o fortalecimento da atenção básica para o atendimento à saúde da população da Cidade. Esse contingente que preencheu o questionário representou 69,6% do universo de Agentes Comunitários de Saúde da cidade. Entretanto, 1.425 agentes, conforme evidenciado na Tabela 8, não participaram da pesquisa.

Tabela 8. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
PROFISSIONAIS			
Não participaram	1.425	30,4%	
Participaram	3.263	69,6%	
Totais	**4.688**	**100,0%**	
USB			
Não participaram	9	4,5%	
Participaram	189	95,5%	
Totais	**198**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
3.254	9		





Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Em relação às 189 UBS do município que trabalhavam com a estratégia de Saúde da Família, exclusivamente ou associada ao modelo clássico de atuação, os dados informam que 95,5% dessas unidades estiveram representadas pela participação de seus Agentes Comunitários de Saúde. Apenas os Agentes de nove dessas UBS (4,5%) não responderam ao questionário.

Quando se analisa, entretanto, a participação desses trabalhadores segundo sua vinculação às diferentes Instituições Parceiras da Secretaria Municipal de Saúde para implantação do PSF, e/ou segundo a localização no território ou atendimento à população das diferentes regiões da cidade: Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Leste e Sul, observa-se que o nível de participação se diversifica.

Os Agentes Comunitários de Saúde do PSF da Cidade de São Paulo, segundo região e subprefeitura onde atuavam

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde do Município pelas diferentes Regiões da Cidade, a frequência de preenchimento dos questionários e a participação percentual dos Agentes de cada uma dessas Regiões. À observação da tabela citada, vários aspectos podem ser ressaltados, considerando-se a implantação do PSF na cidade de São Paulo, naquela ocasião, como política pública municipal. Em primeiro lugar, evidenciava-se distribuição muito desigual em relação ao contingente de Agentes atuando em cada uma das cinco regiões: Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Leste e Sul.

A região Sul apresentava o maior número de Agentes Comunitários de Saúde, seguida da região Leste. Na região Centro-Oeste, coerente com a cobertura populacional de PSF menor que 10%, identificava-se um número menor de Agentes Comunitários de Saúde.

Essas evidências, por um lado, parecem confirmar a estratégia relatada pela Secretaria Municipal de Saúde de priorizar, para início da implantação do Programa, as áreas de maior exclusão social, as quais, na ocasião, eram representadas por subdistritos localizados nas regiões Sul e Leste. Nessas regiões, em determinados distritos, conforme pôde ser observado, a cobertura pelo PSF ia de mais de 50% até 100% da população.

Um segundo aspecto digno de nota: à inspeção visual da tabela, evidencia-se, em termos gerais, uma correspondência entre a distribuição percentual dos Agentes em cada uma das cinco regiões da cidade e a participação desses Agentes na frequência de respostas ao questionário, nessas mesmas regiões. Essa evidência é importante na medida em que orienta que, embora não se tenha trabalhado com amostragem calculada, os dados obtidos com a pesquisa e as informações que deles advêm podem ser aplicáveis para todos os Agentes que trabalhavam no conjunto da cidade de São Paulo e nas suas regiões específicas naquele momento.

Quando se consideram, entretanto, as diferentes variáveis em relação aos Agentes e sua apresentação, nas diferentes regiões da cidade, notam-se diferenças às vezes aparentemente importantes de uma região para outra. Essas aparentes diferenças, embora apontadas neste texto, não serão objeto de análise, pois, para isso, ter-se-iam que considerar outras variáveis e características das regiões específicas.

Os Agentes Comunitários de Saúde do PSF da Cidade de São Paulo, por Instituição Parceira da SMS.

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos 4.688 Agentes Comunitários de Saúde do Município, por Instituição Parceira de vinculação, segundo a frequência de preenchimento dos questionários, bem como a participação percentual dos Agentes de cada uma dessas instituições no total de questionários preenchidos. À inspeção visual da tabela, evidencia-se forte correspondência entre a distribuição percentual de Agentes em cada uma das 12 Instituições Parceiras e a participação desses Agentes de cada uma das parceiras na frequência de informantes ao questionário.

Tabela 9. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, por região, no PSF/SMS/SP, 2004.

Região	Subprefeitura	Funcionários			
		Total	%	Ocorrências	%
Norte	Casa Verde / Cachoeirinha	114	18,1%	77	15,3%
	Perus	47	7,5%	40	8,0%
	Pirituba	150	23,8%	120	23,9%
	Freguesia do Ó / Brasilândia	217	34,5%	190	37,8%
	Santana / Tucuruvi	15	2,4%	11	2,2%
	Jaçanã / Tremembé	41	6,5%	39	7,8%
	Vila Maria / Vila Guilherme	45	7,2%	26	5,2%
	TOTAL NORTE	**629**	**13,4%**	**503**	**15,5%**
Centro Oeste	Butantã	108	41,4%	82	45,6%
	Lapa	71	27,2%	57	31,7%
	Pinheiros	15	5,7%	12	6,7%
	Sé / Santa Cecília	67	25,7%	29	16,1%
	TOTAL CENTRO-OESTE	**261**	**5,6%**	**180**	**5,5%**
Sudeste	Aricanduva	57	7,0%	39	7,3%
	Ipiranga	51	6,3%	41	7,7%
	Jabaquara	70	8,6%	52	9,7%
	Mooca	47	5,8%	33	6,2%
	Penha	79	9,7%	68	12,7%
	Vila Mariana	20	2,5%	20	3,7%
	Vila Prudente / Sapopemba	491	60,2%	282	52,7%
	TOTAL SUDESTE	**815**	**17,4%**	**535**	**16,4%**
Leste	Cidade Tiradentes	113	11,6%	84	11,4%
	Guaianazes	150	15,4%	116	15,8%
	Ermelino Matarazzo	98	10,0%	40	5,4%
	Itaquera	99	10,1%	72	9,8%
	Itaim Paulista	264	27,0%	223	30,3%
	São Mateus	97	9,9%	68	9,2%
	São Miguel	156	16,0%	133	18,1%
	TOTAL LESTE	**977**	**20,8%**	**736**	**22,6%**
Sul	Campo Limpo	691	34,4%	430	33,1%
	Capela do Socorro	98	4,9%	54	4,2%
	Cidade Ademar	245	12,2%	174	13,4%
	M' Boi Mirim	894	44,6%	578	44,5%
	Parelheiros	73	3,6%	38	2,9%
	Santo Amaro	5	0,2%	26	2,0%
	TOTAL SUL	**2.006**	**42,8%**	**1.300**	**40,0%**
	TOTAL GERAL	**4.688**	**100,0%**	**3.254**	**100,0%**

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 10. Distribuição percentual de Agentes Comunitários de Saúde, segundo Instituição Parceira da SMS e segundo participação no estudo, no PSF/SMS/SP, 2004.

Instituição Parceira	Funcionários				Frequência	
	Total	%	Ocorrências	%	Funcionários	Pesquisa
1. Casa de Saúde Santa Marcelina	1.030	22,0%	777	23,8%	75,4%	23,8%
2. Associação Saúde da Família	531	11,3%	386	11,8%	72,7%	11,8%
3. Universidade Federal de São Paulo – Unifesp	491	10,5%	362	11,1%	73,7%	11,1%
4. Associação Comunitária Monte Azul	476	10,2%	317	9,7%	66,6%	9,7%
5. Associação Congregação Santa Catarina	349	7,4%	289	8,9%	82,8%	8,9%
6. Instituto Adventista de Ensino	359	7,7%	220	6,8%	61,3%	6,8%
7. Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim – CEJAM	341	7,3%	219	6,7%	64,2%	6,7%
8. Hospital Israelita Albert Einstein	365	7,8%	205	6,3%	56,2%	6,3%
9. Fundação Zerbini	290	6,2%	167	5,1%	57,6%	5,1%
10. Fundação Faculdade de Medicina da USP	194	4,1%	151	4,6%	77,8%	4,6%
11. Organização Santamarense de Educação e Cultura – Unisa	171	3,6%	111	3,4%	64,9%	3,4%
12. Santa Casa de São Paulo	91	1,9%	55	1,7%	60,4%	1,7%
TOTAL GERAL	**4.688**	**100,0%**	**3.259**	**100,0%**		**99,9%**

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Caracterização sócio-demográfica e de inserção do Agente Comunitário de Saúde de São Paulo

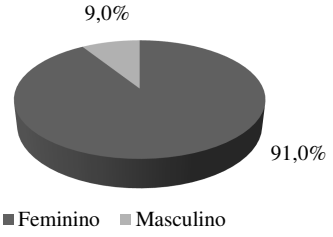
Conforme seria de se esperar, pela história da profissão, a grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo, em 2004, era do sexo feminino (91,0%); apenas 292 Agentes (9,0%) eram do sexo masculino (Tabela 11).

Em relação à idade, 58,9% dos Agentes situavam-se entre 30 e 49 anos, 7,9 % tinham entre 50 e 59 anos e 1,2% tinham 60 anos ou mais. Os Agentes mais jovens, com menos de 30 anos, representavam 32% da categoria: desses, 30,7% tinham entre 20 e 29 anos e 1,3 % (42 agentes) tinham menos de 20 anos (Tabela 12).

Os Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo eram, em sua grande maioria, casados (51,8%) ou viviam em união consensual (10,6%), conforme evidenciado na Tabela 13. Os viúvos representavam 2,9% e os divorciados, 5,5%. Já os solteiros eram um contingente bastante expressivo (29,2%). Essa situação de cerca de 1/3 dos Agentes serem solteiros e jovens remete à discussão sobre o perfil do Agente Comunitário de Saúde, na medida de algumas limitações que os jovens – homens ou mulheres – encontram para visitar as famílias por motivos de diferentes ordens, inclusive culturais, em momentos em que um dos cônjuges não se encontrava presente na residência.

Tabela 11. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo sexo, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Feminino	2.958	91,0%	
Masculino	292	9,0%	
Totais	**3.250**	**100,0%**	

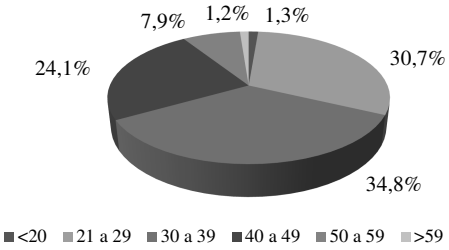


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.250	13

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 12. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Até 20	43	1,3%	
De 21 até 29	998	30,7%	
De 30 até 39	1.130	34,8%	
De 40 até 49	783	24,1%	
De 50 até 59	258	7,9%	
Acima de 59	38	1,2%	
Totais	**3.250**	**100,0%**	

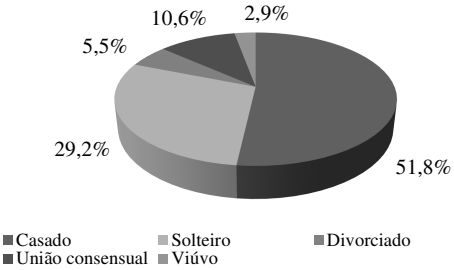


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.250	13

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 13. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Casado	1.649	51,8%	
Solteiro	928	29,2%	
União Consensual	337	10,6%	
Divorciado	176	5,5%	
Viúvo	93	2,9%	
Totais	**3.183**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.183	80

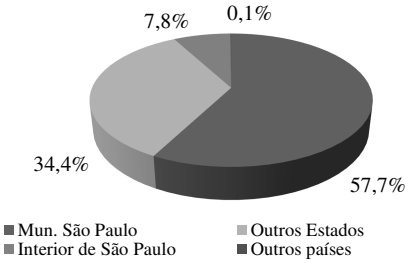
Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

A maioria dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalhava no município de São Paulo (57,7%) nasceu na própria metrópole, situação bastante diferenciada em relação a quando o PSF estava implantado apenas como Projeto Qualis, em três áreas da cidade. Mesmo assim, ainda era expressiva a participação de Agentes naturais de cidades de outros estados da Federação (34,4%). Em outros municípios do estado de São Paulo nasceram 7,8% dos Agentes que, em 2004, aí trabalhavam. Digno de registro é o fato de três Agentes Comunitários de Saúde terem nascido em outros países (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Município de São Paulo	1.811	57,7%
Outros Estados	1.081	34,4%
Interior de São Paulo	245	7,8%
Outros países	3	0,1%
Totais	**3.140**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.140	123

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Dos 3.171 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que responderam a esta questão, em termos de educação geral, 90,5% (2.869) cursaram, no mínimo, até a 8ª série do Ensino Fundamental. Em contrapartida, constata-se que 302 Agentes (9,5%) informaram não ter concluído o Ensino Fundamental. Cabe ressaltar que 92 Agentes não responderam a essa questão.

Ainda em relação à educação geral, à observação da Tabela 15, evidencia-se que 78,2% dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo concluíram o nível médio de educação geral. Em contrapartida, 9,4% dos que informaram ter o Ensino Fundamental completo só conseguiram concluir a 1ª série do Ensino Médio e 12,4%, a 2ª série. Assim, 562 Agentes Comunitários de Saúde (21,8%) possuíam Ensino Médio incompleto.

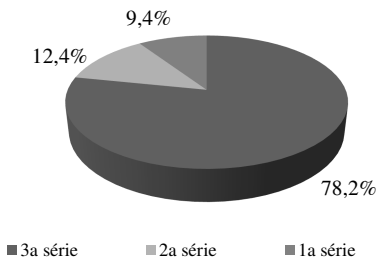
Dos 3.263 agentes comunitários que responderam ao instrumento de coleta de dados, 409, ou seja, 12,5% prosseguiram os estudos após o ensino de nível médio e iniciaram Cursos de Educação Profissional de nível técnico em diferentes áreas. Desses 409 que iniciaram os Cursos Técnicos, 287, isto é, 70,2% conseguiram concluí-los. Cabe ressaltar as áreas de escolha dos Agentes (ou as áreas a que tiveram acesso para profissionalizar-se): em primeiro lugar aparece o Curso Técnico de Enfermagem; logo após, Magistério, Contabilidade, Secretariado, Nutrição, Radiologia, Desenho e Arquitetura, Eletrônica, Turismo, Hotelaria, entre outros, cuja escolha (embora não se saiba em que época foram escolhidos e concluídos, se antes ou depois de trabalharem como Agentes Comunitários de Saúde), certamente, pouco ou nada tem a ver com a expectativa do Programa ou o pendor individual para a ocupação da função de Agente Comunitário de Saúde.

Conforme as fontes consultadas, 153 Agentes Comunitários de Saúde da cidade de São Paulo que informaram a pesquisa (4,7%) iniciaram Cursos de Graduação, também em diferentes áreas. Desses que ingressaram em cursos de nível superior, 45,8% (70

Agentes) já haviam concluído os cursos à época da coleta de dados. Em relação aos outros cursos informados pelos Agentes ressaltam-se, por um lado, aqueles que possibilitariam um instrumental para o desenvolvimento de suas competências de promoção e de proteção da saúde por meio do cadastramento das famílias e da identificação de áreas de risco, como é o caso de cursos de informática, de aleitamento materno, comunicação social e, por outro lado, os que prepararíam para o exercício de competências diversas da esperada para o Agente, com ênfase na recuperação da saúde, como é o caso do auxiliar de enfermagem, do auxiliar de farmácia, entre outros.

Tabela 15. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo frequência ao Ensino Médio, no PSF/SMS/ SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
3ª série	2.017	78,2%
2ª série	320	12,4%
1ª série	242	9,4%
Totais	**2.579**	**100,0%**



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
2.579	684

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Local de moradia, meio de locomoção e tempo de deslocamento para o trabalho

Quase metade dos Agentes Comunitários de Saúde que preencheram o questionário da SMS residia na região Sul da Cidade. Aí moravam 1.370 (42,2%) desses Agentes. Em seguida aparecia a região Leste, onde residiam 1.091 Agentes (33,6%). Cabe ressaltar que essas eram regiões onde se situavam áreas de maior exclusão social do Município. Ainda segundo os dados obtidos, na região Norte residiam 448 Agentes, ou seja, 13,8% do total; 207 Agentes moravam na região Centro-Oeste (6,4%) e 123, na região Sudeste (3,8%). Digno de nota é que sete (7) Agentes informaram residir em outro município, situação não prevista nas normas do Programa.

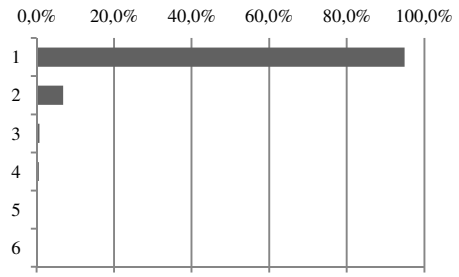
Conforme seria de se esperar, grande maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (94,9%) deslocava-se a pé para ir ao trabalho, conforme os dados apresentados na Tabela16. Chama, entretanto, a atenção o contingente desses trabalhadores que se utilizava de outros meios de locomoção para chegar à sua Unidade Básica de referência, entre os quais ônibus / lotação, carro, metrô e trem, entre outros. Isso pode apontar para o fato de alguns agentes não residirem na área de trabalho.

Ainda em termos de acesso ao trabalho, 86,6% dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo (2.820) utilizavam menos de meia hora para chegar ao trabalho, situação que seria a esperada, em termos gerais, para a totalidade dos Agentes. Em contrapartida, um contingente importante desses trabalhadores – 434 Agentes (quase 10% dos 4.688 que compunham o universo de Agentes Comunitários de Saúde da Cidade) – levava tempo maior para deslocar-se de casa até o trabalho: de 30

minutos à uma hora (420) ou de uma hora a uma hora e meia (12). Mais de duas horas era o tempo gasto por dois Agentes para chegar ao local de trabalho, constatação que pode ser relacionada com residência mais distante do que o previsto nas diretrizes do Programa (Tabela 17).

Tabela 16. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

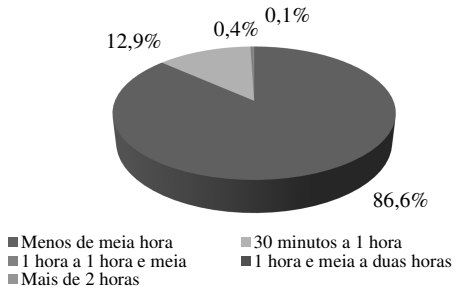
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
A pé	3.078	94,9%	
Ônibus / Lotação	226	6,9%	
Carro	29	0,8%	
Outros	20	0,6%	
Metrô	1	0,0%	
Trem	1	0,0%	
Total	**3.355**		
Mais de uma ocorrência	113		
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
3.242	21		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 17. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Menos de meia hora	2.820	86,6%	
30 minutos a 1 hora	420	12,9%	
1 hora a 1 hora e meia	12	0,4%	
1 hora e meia a 2 horas	0	0,0%	
Mais de 2 horas	2	0,1%	
Totais	**3.254**	**100,0%**	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)		
3.254	9		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Os dados expressos na Tabela 18 informam que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (53,1%) estava vinculada ao Programa havia menos de três anos. Exercendo essa ocupação por três anos completos e por menos de cinco anos se encontravam 43,6% dos Agentes. Assim, 96,7 % dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo tinham menos de cinco anos de trabalho nessa atividade específica.

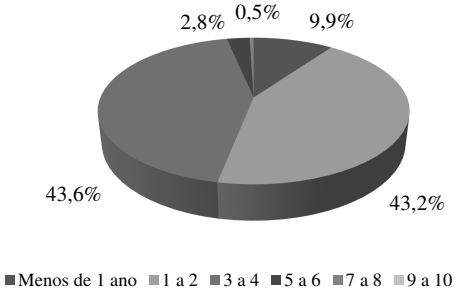
Considerando que o Programa teve início na Cidade em 1996, por meio do Projeto Qualis, e que, em

maio de 2002, após a cidade de São Paulo ter assumido a condição de Gestão Plena da Atenção Básica, as 183 Unidades Básicas de Saúde e as 217 equipes de Saúde da Família gerenciadas pelo Estado (e seus mais de mil Agentes Comunitários) foram transferidas para o Município, esperava-se que houvesse número maior de agentes com mais de cinco anos de vinculação ao Programa.

Tabela 18. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tempo de trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências
QUESTÃO		
Menos de 1 ano	315	9,9%
De 1 a 2 anos	1.38	43,2%
De 3 a 4 anos	1.392	43,6%
De 5 a 6 anos	91	2,8%
De 7 a 8 anos	16	0,5%
De 9 a 10 anos	0	0,0%
Mais de 10 anos	1	0,0%
Totais	**3.193**	**100,0%**

Representação gráfica



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.193	70

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

O Gráfico 1 evidencia a situação de emprego dos Agentes Comunitários de Saúde que trabalhavam no PSF do município de São Paulo em 2004. Como todos os demais membros integrantes das equipes de Saúde da Família – Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, os Agentes Comunitários de Saúde são igualmente contratados, em regime de 40 horas semanais, por uma das 12 Instituições Parceiras da Secretaria Municipal de Saúde para viabilização do Programa. Conforme se observa nos dados apresentados, 96,7%, ou seja, a quase totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde de São Paulo tem o seu vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Na medida em que um dos pontos mais frágeis, um dos grandes desafios, em nível nacional, para consolidação da estratégia diz respeito às formas de contratação dos profissionais da equipe, em especial do Agente Comunitário de Saúde, a situação de São Paulo era bastante favorável no que diz respeito à condição de inserção dos profissionais, na medida em que não existia a precarização do trabalho, pois todos, conforme se verificou, gozavam da totalidade dos

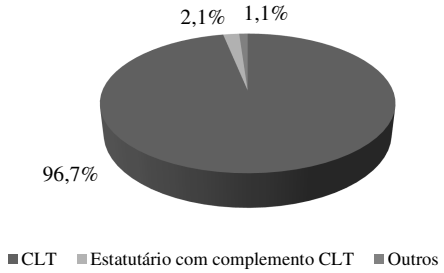


Gráfico 1. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo forma de contratação no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

direitos e garantias previstos na legislação trabalhista brasileira. Sessenta e oito Agentes (2,1% do total) informaram serem servidores municipais e receberem complementação, pela CLT, da Instituição Parceira. Essa evidência pode estar relacionada aos servidores municipais, em especial auxiliar de serviços gerais, que, residindo na mesma área de trabalho e preen-

chendo os demais requisitos, tenham se candidatado e sido aprovados em processo seletivo para o posto de Agentes Comunitários de Saúde. Quanto ao 1,1% restantes, informaram ter outros mecanismos de contratação não previstos nas orientações do PSF municipal. Entretanto, para nenhuma das duas últimas situações referidas – a dos agentes servidores municipais complementados e a de outros mecanismos – pode ser descartada a hipótese de preenchimento incorreto do questionário.

Treinamento para o trabalho

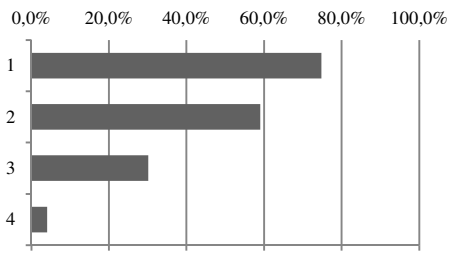
Pela observação da Tabela 19, cuja questão possibilitava mais de uma resposta, conseguem-se identificar os processos de capacitação e os treinamentos para o exercício das atividades que os Agentes Comunitários de Saúde tiveram oportunidade de participar.

Uma primeira evidência importante é que apenas 74,8% dos Agentes participaram do Treinamento Introdutório, considerado o Momento I, obrigatório para todos os integrantes da equipe de Saúde da Família, imediatamente após a contratação. A participação nesse Momento era importante na medida em que contextualizava o profissional no Programa, seus objetivos, princípios e diretrizes e, principalmente, apresentava e discutia as atribuições e responsabilidades de cada um dos membros da equipe. Nessa perspectiva, chama também atenção a referência, por 4,1% dos Agentes, a desenvolverem o trabalho sem ter tido oportunidade de se preparar para o seu desempenho.

Tabela 19. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.

QUESTÃO	Ocorrências	Frequências
Momento I - Introdutório	2.364	74,8%
Outros	1.864	59,0%
Momento II – Ciclos de vida	952	30,1%
Nenhum	130	4,1%
Total	**5.310**	
Mais de uma ocorrência	2.152	
Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)	
3.158	105	

Representação gráfica



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Experiência profissional anterior ao trabalho no PSF

Em relação à experiência de trabalho, 52% referiram experiência profissional anterior ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde (Tabela 20). No entanto, para 48% dos respondentes, não havia experiência anterior, ou seja, o *"ser agente comunitário de saúde"* apareceu como a primeira oportunidade de ingresso no mercado de trabalho.

Dentre os que revelaram experiência anterior ao trabalho de Agente Comunitário de Saúde, 90,1% informaram que essa experiência foi verificada em áreas diferentes da saúde. Apenas para 10,1% dos respondentes a experiência anterior foi na área da saúde, e para 8,9%, em unidades hospitalares (Tabela 21).

Segundo os dados disponíveis, para a quase totalidade (97,9%) dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, o trabalho na UBS em que se encontravam no momento da pesquisa era a primeira experiência de atuação no Programa de Saúde da Família. Ape-

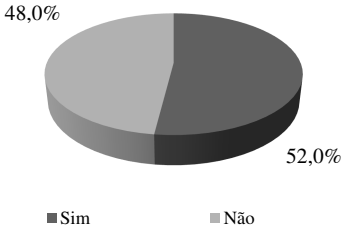
nas 2,1% dos Agentes já haviam trabalhado, anteriormente, em uma ou duas UBS que adotaram, como modelo de organização do trabalho, a estratégia de Saúde da Família (Tabela 22).

Em relação à experiência anterior de trabalho com o PSF, para os Agentes que a referiram foi, em sua grande maioria, dentro do próprio município de São Paulo. Apenas 15,6% indicaram experiência de trabalho em PSF fora da cidade de São Paulo.

Conforme pode ser observado na Tabela 23, 96,7% dos Agentes Comunitários de Saúde trabalhavam em apenas um local, ou seja, no PSF do município. Essa situação seria a esperada, tendo em vista as expectativas e as especificidades do trabalho dessa categoria ocupacional. Duas evidências, entretanto, chamam a atenção quando se observam os dados apresentados nessa tabela e a expectativa colocada para o perfil e para a natureza da atuação desse profissional. A primeira, o fato de 3,3% dos Agentes informarem trabalhar em dois ou mais locais, o que contradiz, e em muito, a dedicação exclusiva ao PSF e o compromisso esperado. O segundo aspecto digno de nota é o fato de 8,6% dos 3.263 Agentes Comunitários de Saúde que preencheram os questionários não terem respondido a essa questão relativa ao número de locais onde trabalhavam atualmente. Esse foi o maior percentual de abstenção de todo o questionário.

Tabela 20. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo experiência profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Sim	1.688	52,0%	
Não	1.539	48,0%	
Totais	**3.207**	**100,0%**	

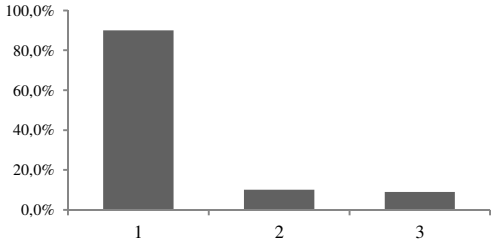


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.207	56

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 21. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

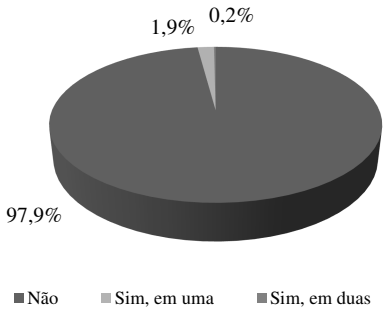
	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
1. Outras áreas	1.503	90,1%	
2. Outros trabalhos na área de saúde	169	10,1%	
3. Hospitais	148	8,9%	
Total	**1.668**		



Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 22. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
Não	3.181	97,9%	
Sim, em uma	61	1,9%	
Sim, em duas	5	0,2%	
Sim, em três	0	0,0%	
Sim, em mais de três	0	0,0%	
Totais	**3.247**	**100,0%**	

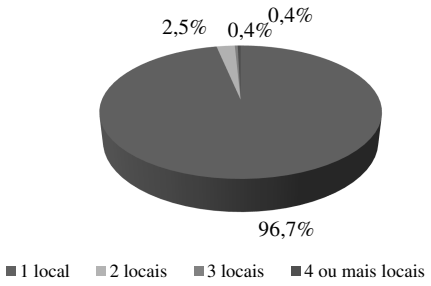


Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
3.247	16

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

Tabela 23. Distribuição percentual dos Agentes Comunitários de Saúde, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

	Ocorrências	Frequências	Representação gráfica
QUESTÃO			
1 local	2.881	96,7%	
2 locais	76	2,5%	
3 locais	13	0,4%	
4 ou mais locais	13	0,4%	
Totais	**2.983**	**100,0%**	



Resposta(s) Válida(s)	Não Respondeu(ram)
2.983	280

Fonte: Levantamento realizado pela SMS / Unesco, 2004.

O Agente Comunitário de Saúde e o seu trabalho

Em 2001 – quando da decisão de organizar o Sistema Municipal de Saúde, tendo no PSF a estratégia para a atenção básica à saúde – o município de São Paulo contava com mais de 200 Equipes Saúde da Família implantadas pelo Qualis que, juntas, somavam mais de 800 Agentes Comunitários de Saúde. Em um período muito curto (de janeiro a abril de 2001), o número de Agentes na rede básica de serviços à saúde ampliou-se para, aproximadamente, 2.000. Foi um processo amplo e intenso.

As competências desse profissional, assim como dos demais membros da equipe nuclear do PSF (auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico), foram objeto de "consensos" que constaram do documento **Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF**, da SMS de São Paulo (2002).

As competências que foram estabelecidas para o agente comunitário, naquele Documento, apresentam-se a seguir:

"- fortalecer o elo entre os indivíduos / famílias / comunidades e os serviços de saúde;

- participar do processo de territorialização realizando o mapeamento da área da UBS;

- cadastrar as famílias de sua microárea de atuação e atualizar os dados mensalmente;

- identificar e priorizar as famílias expostas a condições de risco individual e coletivo sob a orientação da equipe;

- realizar por meio de visita domiciliar acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade na lógica da vigilância à saúde;

- coletar e registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade, para análise da situação das famílias acompanhadas;

- participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, com vistas à superação dos problemas identificados;

- informar aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;

- desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção em todas as fases do ciclo de vida e nos Projetos Prioritários, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, mobilizando as comunidades com vistas à ampliação de autonomia na saúde;

- atuar de forma integrada com os diversos segmentos das comunidades, a exemplo dos clubes de mães, associações de bairros, grupos de teatro etc., na perspectiva de estabelecer canais de diálogo e participação efetiva entre as equipes nucleares e as famílias, criando vínculo de compromissos compartilhados na tarefa de promover a saúde;

- conversar e orientar os indivíduos / famílias / comunidades no que se refere à saúde e sua forma de acesso;

- inserir-se de forma permanente nos processos de formação, capacitação e educação, junto às equipes nucleares e demais profissionais da rede do Sistema Municipal de Saúde e outros setores do governo local;

- participar e contribuir na execução da agenda municipal de saúde, segundo sua qualificação profissional, a exemplo do cartão SUS, controle da Dengue e outras doenças de caráter sazonal ou importância epidemiológica, combate à violência, ação da cidadania em defesa da vida e eliminação da fome, desemprego etc." (SMS, 2002).

Qual é o trabalho do Agente Comunitário de Saúde do Programa de Saúde da Família da Cidade de São Paulo?

Para identificação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, de suas atividades, conforme referido anteriormente, foram utilizados, neste Capítulo, duas fontes: **os questionários preenchidos pelos agentes**, no estudo de 2004, quando eles tiveram oportunidade de relatar suas atividades, e **Relatórios de Oficinas de Trabalho**, promovidas pela SMS, para validação das competências desse profissional.

As informações sobre o trabalho registradas pelos agentes nos questionários

Os agentes, no preenchimento dos questionários, indicaram as atividades mais desenvolvidas nas residências das famílias, na comunidade e na Unidade Básica de Saúde no dia a dia. Entre as citadas, cabe referir:

1) realização de *visitas domiciliares* às famílias, ou seja, o principal meio do Agente para desenvolver o seu trabalho, seja de orientação, de informação, de acompanhamento, em especial aos idosos, aos acamados, às crianças, aos pais sobre como cuidar das crianças, ou alguma outra ação a ser realizada no domicílio ou, ainda, a visita considerada em si mesma, foi referida como importante fator de satisfação;

2) participação em *grupos educativos-assistenciais*, alguns deles orientados por programas de controle de doenças prevalentes – hipertensão, diabetes, entre outras, ou para integrantes de ciclos de vida específicos ou a grupos populacionais mais expostos a riscos para a saúde. Outros grupos eram formados na dependência da criatividade e da habilidade da equipe,

como oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação, dança, futebol, alfabetização, grafite e capoeira, trabalhos manuais para a terceira idade, entre outros. Esses grupos, conforme também já colocado, cobriam uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico, até atividades de lazer e cultura;

3) o desenvolvimento de *ações educativas e de informação*, segundo eles, para promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controle de riscos nas residências, na comunidade ou mesmo na Unidade Básica de Saúde. Na maioria das vezes, as atividades referidas de promoção da saúde representavam ações de prevenção de doenças;

4) ações de conhecimento da microárea, de cadastramento das famílias, de atualização de cadastro, de coleta de dados, de relatórios, de reuniões de equipe de Planejamento e Avaliação do Trabalho para a área e microárea;

5) foram referidas também ações na unidade básica de saúde, para algumas das quais não se conseguiu identificar o significado ou o conteúdo, e qual a participação do Agente Comunitário de Saúde no seu desenvolvimento. Alguns exemplos:

> *"poder fazer atendimento na UBS";*
>
> *"retirar prontuários, o acolhimento e realizar palestras";*
>
> *"sala de vacina, sala de curativo, o acolhimento dos usuários";*
>
> *"cuidar das crianças e entregar exames para pacientes";*
>
> *"atendimento aos idosos, acolhimento diferenciado";*

6) O *registro e a quantificação do trabalho*, pelos depoimentos, pareciam ser também atividades que ocupavam parte importante do tempo do agente. Entretanto, essa atividade era, por eles, considerada como burocrática, como um tempo gasto inutilmente e sem nenhuma finalidade para o trabalho que desenvolviam ou tinham, como atribuição, desenvolver. Havia também uma expectativa de racionalidade do trabalho e, na medida em que pareciam não ver sentido nessa atividade, a diminuição dos *papéis* e eliminação da duplicidade deles foi sugestão colocada por muitos agentes comunitários.

As concepções, as representações,

as expectativas dos agentes em relação ao PSF

Os questionários preenchidos pelos próprios Agentes Comunitários de Saúde, após leitura e sistematização dos achados em relação a pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa / percepção / posicionamento sobre o Projeto e sobre o seu trabalho.

Uma análise mais detalhada será aqui desenvolvida em relação à satisfação no trabalho, a partir da aplicação de Escala de Likert e da análise das respostas às questões abertas: "*o que lhe traz mais satisfação no trabalho?"* e *"o que lhe traz insatisfação no trabalho?."*

Assim, neste Capítulo, será desenvolvida análise em relação a:

- A satisfação dos Agentes Comunitários de Saúde do PSF paulistano: os fatores e sua participação;

- Os motivos pelos quais resolveram ser Agentes Comunitários de Saúde e trabalhar no PSF;

- As principais sugestões apresentadas para o Programa;

- Os planos individuais e profissionais dos agentes comunitários para o futuro.

A satisfação no trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde do PSF de São Paulo

Pelas respostas aos indicadores da Escala de Likert (Marconi e Lakatos, 1988), elaborada na SMS (Campos, 2004) e analisada em consultoria para Unesco (Marsiglia e cols.,2005).

Quando se analisa o posicionamento do total dos Agentes em relação a cada um dos 17 indicadores, evidencia-se que os aspectos que apresentaram percentuais mais favoráveis para o conjunto dos Agentes informantes, diziam respeito às **relações de trabalho**, especificamente com o restante da equipe. Assim, dos quatro indicadores que apresentaram maiores percentuais favoráveis, iguais ou acima de 90%, três relacionavam-se com essa dimensão do trabalho, ou seja, com o relacionamento com a equipe e com a adesão ao Programa expressando, essa última vertente, a expectativa de futuro profissional.

Evidenciaram-se, assim, por um lado, como fatores de maior **satisfação no trabalho**, com percentuais altamente favoráveis, **as relações de trabalho**: em primeiro lugar, o *relacionamento intraequipe* (93,9%); o indicador *crescimento no trabalho como fator de satisfação* (91,8%); outro indicador relacionado com as relações de trabalho no PSF: *as reuniões de equipe*, com percentual favorável de 90,6%. A *adesão ao Programa* apareceu como fator de satisfação com percentual favorável de 90,0%.

Por outro lado, como seria de se esperar, apareceram fatores considerados pelo total dos agentes de **menor satisfação**, os quais podem ser considerados como indicadores de insatisfação no trabalho. Nesse contexto, as principais manifestações **de insatisfação**, ou com os cinco menores percentuais favoráveis, referiam-se a um conjunto de condições e situações que foram consideradas como indicadores de **condições de trabalho**. Assim, o estresse, indicador de muita tensão no trabalho, apareceu como o indicador de menor percentual favorável (32,6%). Na sequência, outras condições pouco relacionadas como fatores de satisfação ou com menores percentuais favoráveis, pela ordem, referiam-se aos indicadores **ambiente físico** (43,7%), disponibilidade de **materiais para realizar o trabalho** (50,1%) e suficiência do **treinamento** para o exercício do trabalho (61,4%).

A **interface equipe / comunidade**, classificada no grupo de **relações do trabalho** apareceu também com baixo percentual favorável (56,5%) para os Agentes Comunitários de Saúde do PSF de São Paulo.

Se, por um lado, a maioria dos indicadores relacionados com as **relações de trabalho** e com as **condições de trabalho**, no geral, entre os Agentes Comunitários de Saúde, apresentou-se como indicadores de satisfação e de insatisfação no trabalho, respectivamente, por outro lado, a grande maioria dos indicadores classificados como relacionados ao **processo de trabalho** do PSF apresentou percentuais favoráveis intermediários, variando entre 79,7% e 85,0%.

Entretanto, quando se consideram os resultados obtidos com a análise do conjunto das respostas da pesquisa sobre satisfação no trabalho, identifica-se, no geral, percentual bastante favorável ou de satisfação em relação ao conjunto do trabalho no PSF; **o escore total evidenciando** o posicionamento para os 17 indicadores colocados corresponde a 75,9%, percentual de satisfação que, embora a partir de resposta induzida, pode ser considerado extremamente positivo em termos de avaliação do trabalho em saúde pelos seus sujeitos.

Essa evidência foi confirmada pela resposta à questão 18, *"qual o seu grau de satisfação no trabalho?"*, cujo parecer favorável, em geral, ficou em 74,4%.

Fatores de satisfação e de insatisfação apontados em resposta às questões abertas: "*o que lhe traz mais satisfação no trabalho*?" e *"o que lhe traz insatisfação no trabalho?"*

Os motivos de satisfação

Solicitados a expressar livremente até três motivos de maior satisfação no trabalho, os Agentes Comunitários de Saúde tiveram oportunidade de indicar os principais motivos, sendo os mais citados aqui apresentados. A forma de expressão dessas motivações, como era de se esperar, variou bastante entre os

Agentes Comunitários de Saúde. Pode-se atribuir essa variação, observando-se o registro dos depoimentos, às diferentes concepções que tinham esses agentes acerca do Programa e do sentido de sua prática. Proceder-se-á, aqui, a um reconhecimento dessas concepções e percepções e representações sociais lançando mão da própria palavra dos Agentes. Esse reconhecimento geral objetiva complementar a caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde, as manifestações de satisfação, no sentido de ampliar o quadro de informações sobre os Agentes, o qual será, certamente, enriquecido com a análise das perguntas abertas.

Ao referirem, livremente, por questões abertas, os motivos de satisfação no trabalho, os agentes enfatizaram várias dimensões relacionadas com valores subjetivos de valorização pessoal, como a autoestima, a autonomia, a responsabilidade, o sentir-se útil, prestativo, o reconhecimento pessoal e profissional, a possibilidade de ascensão pessoal e profissional, a importância atribuída ao seu trabalho, a ampliação de conhecimentos e de experiência e o processo e as condições de trabalho.

Assim, identificam-se, em **primeiro lugar,** como os motivos mais referidos, aqueles ligados ao sentido do seu trabalho, na realidade, a razões humanitárias, de ajuda solidária a pessoas, a famílias, à comunidade. Os agentes enfatizaram também a satisfação por ajudar pessoas e a identidade com um trabalho dirigido a *famílias necessitadas e a pessoas carentes.*

> *"Me sentir útil ajudando aqueles mais necessitados, as pessoas carentes, saber que sou valorizado, que sou útil. Trabalhar com pessoas mais carentes."*
>
> *"Prazer de ajudar alguns, alegria de entrar nas casas e fazer alguém sorrir; a maneira que sou tratada."*
>
> *"Poder ajudar a comunidade, novas amizades feitas, o espírito de equipe que faço parte."*
>
> *"Poder ser útil às pessoas que sofrem de doenças, a sensação de ainda ser produtiva, receber meu salário com dignidade."*

Em **segundo lugar**, em frequência de manifestações, apareceu, como fator de satisfação no PSF, a união da equipe, ter o apoio da equipe, pertencer a uma equipe, ser aceito e respeitado na equipe, pelos colegas, com outros agentes, com outros profissionais, a hierarquia.

> *"Poder contar com a cooperação dos colegas de trabalho; realizar os procedimentos com técnicas e ética; ser reconhecido pela minha competência e dedicação."*
>
> *"O bom relacionamento com os profissionais e Auxiliares de Enfermagem; o contato direto com os cadastrados (clientes); trabalho na área que gosto."*
>
> *"A união da equipe e bom relacionamento com toda comunidade e, principalmente, a diminuição do tamanho das filas nos postos de saúde."*
>
> *"Poder conviver em hierarquia, pois a convivência nos proporciona grande satisfação."*

Em **terceiro lugar**, expressiva quantidade de afirmativas que evidenciaram, como o principal motivo de satisfação no trabalho, a aprovação, a valorização, o reconhecimento da população.

> *"Agradecimento e satisfação dos pacientes, poder salvar algumas vidas com minhas orientações e resolver os problemas."*
>
> *"Ver as pessoas lutando para valorizar nosso trabalho, ver a satisfação das pessoas ao nos receber, poder dar informações corretas a elas."*
>
> *"Quando a comunidade reconhece o nosso esforço, a nossa dedicação, ser ouvida quando escutam nossa opinião, ser respeitado como agente e cidadão."*

Em **quarto lugar** em frequência de citações, um expressivo contingente dos agentes referiu, como fator de satisfação e prazer, o fato de, com o seu trabalho, conseguir resolver os problemas dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

> *"Sair para visita, encontrar um problema e poder voltar com a solução, uma solução aos*

problemas de Saúde da Família, seja positiva ou negativa, levar o problema à equipe e trazer a solução."

"Quando eu consigo uma consulta, pelo que fazemos pela comunidade, garantimos um plano familiar."

"Garantir consulta médica em casa."

"Conseguir marcar dentista."

Nesse grupo, outra citação bastante frequente: a satisfação em ver *"os resultados"* do seu trabalho e do Programa, embora, algumas vezes, as percepções e as concepções expressas sobre o trabalho e sobre o Programa fossem heterogêneas e até divergentes.

"Poder salvar vidas."

"Ver a comunidade feliz por ter ganhado um plano de saúde domiciliar."

"Conseguir reduzir a mortalidade infantil."

"Ver a melhoria da vida da comunidade, diminuição da patologia da região."

"Ver diminuir as filas das UBS."

Em **quinto lugar**, foram indicados como razões de satisfação alguns fatores que se poderiam considerar como relacionados a **condições de trabalho**: condições de inserção, como vínculo, salário, horário de trabalho, a proximidade do trabalho com a residência; a estrutura e o funcionamento do trabalho, isto é, ambiente de trabalho, material, equipamentos e normas, oportunidades de treinamento, supervisão e orientação.

"Oportunidade de trabalho."

"Ter um emprego, visitar famílias, fazer novos amigos."

"Salário em dia, dinheiro, emprego, salário no final do mês."

"Ter carteira assinada."

"Finais de semana livres."

"Trabalhar perto de casa, não precisar de ônibus."

*"Aprendizado e novos conhecimentos com outros profissionais sabendo que posso ajudar **meu paciente** em algo."*

Em **sexto lugar**, a satisfação dos agentes se dava por referência ao processo de trabalho, ao desenvolvimento propriamente das atividades que faziam parte da proposta e de outras, que nem tanto. Também em ordem de frequência, foram indicados:

- O desenvolvimento de ações educativas e de informação para promoção da saúde, a prevenção de doenças e o controle de riscos, embora, na maioria das vezes, as atividades referidas de promoção da saúde representassem ações de prevenção de doenças.

"Orientar os menos esclarecidos, dar melhor condição de saúde às famílias e contato com mais necessitados."

"Levar saúde e informação, prevenção."

"Falar do PSF orientando, prevenindo e agindo, quando preciso."

"Portas abertas para o exame de Papanicolau."

"Poder orientar um paciente, ajudar na orientação sobre o risco saúde."

"Orientação e auxílio de famílias; resolução de problemas de saúde antes esquecidos; felicidade que as famílias têm para solucionar e esclarecer dúvidas conosco."

"Conviver com as pessoas levando esperança, satisfação pessoal e enriquecimento espiritual."

"Ter 90% das crianças com a vacina em dia, poder ajudar os idosos da comunidade, gestante com apoio durante toda gravidez."

"Mostrar ao paciente o lado bom de viver; mostrar que é muito mais fácil cuidar da saúde do que da doença."

Ainda nessa perspectiva, a constituição, a participação em atividades de grupos também foi referida como fator importante de satisfação.

"Participar de grupos de diabetes e hipertensão, gravidez."

"Grupos com crianças e poder ajudar ao próximo independente de cor, raça ou religião."

"Reuniões com a população, palestras com os grupos."

"Trabalhar com a terceira idade, desenvolver projetos de ajuda a comunidade como palestras de prevenção, grupos etc.."

"Dar bom atendimento com grupos de taichi, caminhadas, palestras levando saúde e ligando a comunidade com o posto."

- A realização de visitas às famílias, ou seja, o principal meio do Agente para desenvolver o seu trabalho, seja de orientação, de informação, de acompanhamento ou alguma outra ação ou, ainda, a visita considerada em si mesma, foi fator importante relatado de satisfação.

"A satisfação do cliente na visita domiciliar, quando posso ajudar o cliente totalmente na sua necessidade; a alegria das crianças quando participam dos grupos e atividades."

"Quando estou visitando as famílias; quando vamos visitar os acamados e sentir sua felicidade; quando estou nos grupos de hipertensão arterial."

"Visitas domiciliares; trabalho com a comunidade; grupos e palestras."

- Já as ações de conhecimento da microárea, de cadastramento das famílias, de atualização de cadastro, de coleta de dados, de relatórios, de reuniões de equipe e as oportunidades de Planejamento e Avaliação do Trabalho para a área e microárea tiveram raríssimas referências como motivos de satisfação:

"Quando juntos elaboramos grupos ou estratégias para melhorar as condições da saúde ou da vida da nossa comunidade."

"Estar com a responsabilidade das famílias cadastradas."

"Trabalho em cima de diagnostico em saúde, grupos educativos; visita domiciliar."

Outros motivos de satisfação, embora tenham aparecido em menor frequência, merecem ser ressaltados.

- Razões de satisfação relacionadas com especificidades do Programa, com suas vantagens, com os seus atrativos e com o fato de contribuir com um Projeto / Programa inovador, gratificante, que ajudava e satisfazia às pessoas, que conduzia a uma saúde melhor.

"Ajudar minha comunidade com o trabalho oferecido pelo PSF."

"Ver as pessoas felizes com o atendimento que não tinham antes."

"Ver a comunidade acreditando no PSF."

- Um grupamento de "*fazer o que gosta*", identidade com a tarefa, trabalhar na área da saúde:

"Ser agente foi a melhor coisa que me aconteceu, pois faço o que gosto e vejo o quanto é importante o trabalho na vida de cada pessoa da minha área."

"Fazer meu trabalho com gosto, poder mudar minha comunidade, ver sorriso das pessoas."

"Trabalho no que gosto e, nessa profissão no PSF, encontrei condições de ajudar o próximo, vejo qualidade de trabalho técnico, satisfação dos usuários e gosto do trabalho em equipe."

- A autonomia no trabalho, a liberdade para opinar:

"Ter autonomia no trabalho."

"Ter a liberdade de pôr em prática os meus projetos, gratidão por mim e equipe e saber que a população reconhece o novo trabalho."

- Fazer parte da comunidade, trabalhar com e na comunidade, conhecer melhor a comunidade, ser o elo entre a comunidade e a equipe:

"Estar na minha comunidade e poder participar de seu progresso na área da saúde."

"Ser um veículo entre paciente e equipe."

"Ser o elo da população com o resto do Sistema, com a UBS, com a equipe."

Os motivos de insatisfação

Diferentemente dos motivos relacionados à satisfação, os quais envolveram uma enorme diversificação de razões, os principais motivos de insatisfação referidos podem ser agrupados em quatro grandes categorias ou dimensões. Também aqui, considerando o fato de que foram pedidos três fatores, considerou-se aquele explicitado em primeiro lugar.

Em primeiro lugar, como motivo de **insatisfação**, foram apontadas, pelos Agentes Comunitários de Saúde, razões referentes à dificuldade em marcar consultas médicas e exames e em conseguir os medicamentos indicados. Essas manifestações podiam sugerir grande valorização, pelo agente, de sua função assistencial, ou refletir as dificuldades que enfrentavam, por ocasião da atuação na comunidade e das visitas domiciliares, com as queixas dos usuários. Os depoimentos abaixo são bastante sugestivos:

"Quando não conseguimos referências para encaminhamentos, como psiquiatras, dentistas, ultrassom de coluna, ortopedistas e outros."

"Falta de hospital na região, falta de referências e especialistas."

"Demora nas consultas e exames, falta de referências e descaso na solução de problemas."

"Marcar consulta para muito longe, benefícios, diferença de salários."

"Falta de remédio, médico e espaço na unidade."

"Agenda cheia já no começo do mês."

"Falta de médicos, ambulâncias, PA."

Talvez a expressão seguinte, de um Agente, possa ajudar a entender o lado do Agente e as suas dificuldades e esclarecer uma parte das dúvidas acima referidas:

"Nas áreas de especialidades a demora é grande, a cobrança é muito grande em cima do agente."

Um dos primeiros motivos de satisfação tornou-se, aqui, a **segunda razão de insatisfação: as relações de trabalho intraequipe e com os demais profissionais da Unidade Básica de Saúde, com a direção da Unidade, e com a população usuária dos serviços**.

Muitas foram as manifestações dos Agentes que aqui se colocam com o objetivo de permitir um entendimento das múltiplas faces dessa **relação do Agente com a equipe** e com os profissionais da unidade, de um lado gerando satisfação e promovendo a autoestima e, de outro, evidenciando os conflitos do dia a dia.

"A arrogância das enfermeiras, às vezes não consigo satisfazer as necessidades de alimentação de algumas pessoas necessitadas."

"O tratamento dado aos pacientes na Unidade por parte do auxiliar de enfermagem; a prepotência e arrogância dos profissionais da equipe técnica."

"Falta de respeito dos técnicos com a profissão; o fato de o Agente Comunitário de Saúde ser o faz tudo, o tapa todos os buracos da equipe; o horário de trabalho sem limites."

"Mau humor dos profissionais, dedo-duros, incompetência."

"Preconceito contra os agentes dentro da Unidade, divisão da equipe, discriminação em relação ao nosso trabalho."

"Incompreensão dos ACS uns com os outros, falta de diálogo, ninguém ajuda ninguém, fofoca, discriminação."

"Falta de comunicação dentro da equipe."

"Quando há preguiça por parte dos médicos; quando você sabe que tem que fazer um grupo de orientação e não tem apoio."

"Falta de comprometimento da equipe, espaço físico insuficiente, falta de resposta às necessidades da população."

"Ingratidão das pessoas, má qualidade dos uniformes, desvalorização do nosso salário."

"Falta de treinamento."

"Cobrança, não reconhecimento dos ACS pelos médicos e enfermeiros, excesso de trabalho, UBS gerando estresse."

"Falsidade, falta de autonomia, trabalho não reconhecido."

"Fuxico, fofoca dentro da UBS, falta de respeito com os agentes nos postos."

"Saber que as UBS só funcionam por causa dos agentes e quando a corda arrebenta, sobra para nós."

Da mesma forma que os motivos mais referidos de satisfação, os de insatisfação evidenciavam a importância, para os Agentes, da autoestima, da aprovação pela equipem, mas, também, pela população.

"Nosso trabalho não ser reconhecido pelas famílias."

"Ser abordado pelos pacientes no final de semana, não ter benefícios e diferença de salários."

"Algumas pessoas não nos dão valor, certas coisas que ouço dos chefes."

"Ser maltratada pela comunidade, não ser ouvida na equipe e não poder resolver alguns problemas."

Como **terceiro motivo de insatisfação** mais citado pelos agentes, apareceram razões que podem ser consideradas como relacionadas às **condições de trabalho**.

Colocam-se aqui vários exemplos que expressam as diferentes dimensões e os aspectos da insatisfação e, provavelmente, explicam melhor o **estresse** referido como fator de menor satisfação entre os Agentes Comunitários de Saúde, quando da Escala de Satisfação, item 5 do instrumento de pesquisa.

"Ter que trabalhar embaixo de chuva, prometer e não poder cumprir, o mau atendimento na unidade."

"A burocracia criada pelos órgãos públicos, um gasto em papelada que, em resumo, não seria preciso."

"Quando recebemos muito papel sem saber a finalidade; quando, antes de concluir uma tarefa, já ter outra para cumprir; a falta de reconhecimento do nosso trabalho."

"A lonjura do Posto no qual trabalhamos, falta de especialistas na nossa região, falta de alguns medicamentos, também."

"Distância entre a UBS e a comunidade, discórdia, o que dificulta ainda mais o nosso trabalho."

"Falta de espaço físico, remédios e especialistas nas UBS."

"Falta de material de trabalho."

"Ser da Parceira, falta de medicação e tantas horas de trabalho para os agentes."

"Salários baixos, falta de médicos e recursos."

"Salário péssimo, grave desorganização e descompromisso, ser tratada, muitas vezes, como a miserável do Ângela ou como a garota de recados."

"A palavra do Agente não ter peso e não ser levada a sério, ter que aceitar tudo sem expor a nossa opinião."

"Falta de uniformes, poucos cursos de capacitação e desigualdade entre parceiros."

"Ainda ser PACS, não ter médico, nem auxiliar, o que torna o trabalho muito difícil."

Em quarto lugar apareceram aqueles que foram mais relacionados pelos agentes, na questão anterior (6.1), como fatores de satisfação: aqueles ligados **ao sentido do seu trabalho**, na realidade, a razões humanitárias, de ajuda solidária às pessoas, às famílias, à comunidade.

"Não conseguir ajudar, resolver os problemas das pessoas."

"Deixar de ser útil, falta de especialidades para a comunidade, agilidade nos exames."

"Não poder ajudar mais a comunidade e salário baixo."

"Quando não posso resolver os problemas do usuário e ter que chegar neles sem saber o que dizer."

"Não poder resolver alguns casos por pura burocracia."

Pouquíssimos Agentes referiram questões de planejamento e avaliação do trabalho realizado. Entre as raras citações em relação a esse aspecto do trabalho, apareceu *"não ter retorno do trabalho que você desenvolveu."*

Finalmente, para poucos agentes, **tudo**, no trabalho, trazia insatisfação.

Os motivos pelos quais resolveram ser

Agentes Comunitários de Saúde

Chama a atenção o primeiro motivo referido pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF da cidade de São Paulo para escolha da profissão e/ou do trabalho no PSF: **O desemprego**, citado dessa forma por quase um terço dos agentes informantes da pesquisa, e por mais de um terço, ao se considerar outras manifestações semelhantes, como **oportunidade de trabalho**, **a necessidade**, **a falta de opção.** Essas manifestações que indicam como principais motivos de procura do PSF, pelo Agente Comunitário de Saúde, aqueles relacionados com a dinâmica do mercado de trabalho, associadas aos achados no processo de caracterização desses agentes, revestem-se de grande importância para a gestão do Sistema Único de Saúde no município.

Em segundo lugar, em termos de frequência de manifestações, os Agentes Comunitários de Saúde vieram para o PSF porque:

"Gosto de ser útil, de ajudar e de trabalhar com as pessoas, a população, a comunidade."

"S*empre gostei das pessoas e trabalhar com elas é muito bom."*

"Tinha a oportunidade de ajudar as pessoas não só na saúde, mas nas dificuldades do dia a dia."

Ainda, nessa dimensão, a vontade de ajudar ao próximo, o amor ao próximo:

"Poder ajudar aqueles que estão mais necessitados."

"Vontade de ajudar ao próximo."

"Poder servir os necessitados e excluídos da sociedade."

Em terceiro lugar, os agentes também escolheram o PSF porque acreditavam na proposta do Programa, ou seja, pelos atrativos do próprio Programa: inovador, gratificante, que conduzia a uma saúde melhor.

"Porque é uma das saídas para tentar arrumar a saúde no Brasil."

"A possibilidade de ser parte da mudança em nossa periferia tão esquecida ajudando as pessoas acreditar em si e cobrar seus direitos."

"Por acreditar estar fazendo o melhor pela minha comunidade."

As **condições de trabalho** também foram apontadas em quarto lugar como motivo para escolha da profissão: proximidade de casa, aprimorar conhecimentos no trabalho, estabilidade profissional, registro em carteira, entre outros.

"Poder trabalhar perto de casa sem ter que pegar condução ou levantar de madrugada."

"Porque era um serviço fixo e eu estou próximo da minha casa."

"Trabalhar de segunda a sexta."

Em quinto lugar, apareceu o desejo anterior de trabalhar na área da saúde como opção para escolha da profissão.

"Porque sempre quis trabalhar na área da saúde e graças a Deus eu consegui."

O ***"acaso"*** foi apontado, a seguir, por um contingente importante dos Agentes, como responsável pela escolha do PSF.

As principais sugestões apresentadas para o Programa

Chamados a colocar sugestões para o PSF, os Agentes Comunitários de Saúde, em sua grande maioria, sugeriram medidas ou providências relacionadas a três principais dimensões do Programa. Em primeiro lugar sugeriram providências em relação às condições de trabalho, em especial a questões salariais e sobre a necessidade de capacitação e de profissionalização da ocupação de Agente Comunitário de Saúde, além de apoio psicológico, entre outros aspectos. A motivação para o grande número de manifestações dos Agentes, aqui transcritas, prende-se à riqueza das expressões e à diversidade de aspectos sugeridos pelos Agentes, o que certamente será de grande utilidade para a gestão da estratégia de Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde.

"Diminuir a burocracia que amarra nossas mãos, tem que nos dar mais autonomia para tomada de decisões."

"Todos os agentes trabalharem com igualdade de um piso salarial compatível com a nossa profissão, pois o PSF depende do agente e não só do médico, auxiliar de enfermagem e enfermeira que são bem mais remunerados que nós."

"Piso salarial igual a três salários mínimos, educação continuada para os agentes, formação técnica."

"Melhorar o salário do ACS, dar melhores condições de trabalho, ter sempre o apoio e que esses eventos sejam durante a semana."

"Que pagassem um salário justo para os agentes, tirando as parcerias e efetivando os mesmos."

"Pagar insalubridade, vale transporte, ter liberdade de expressão, liberdade para fazer um trabalho melhor, porque dá para fazer."

"Filtro solar, guarda-chuva, bolsa de ombro, convênio médico e psicólogos para os agentes."

"Mais materiais como: lápis, caneta e, principalmente, filtro solar, porque tomamos muito sol na pele todos os dias."

"Que o agente comunitário de saúde seja tratado emocionalmente, que as consultas de especialidades sejam atendidas, pois há muita demora, filtro solar."

"Cursos de capacitação para os agentes e rever os agentes que já trabalharam, se eles têm capacidade para continuar como agentes; se não tiver, trocar de agente."

"Capacitação para melhora do atendimento, mais profissionais comprometidos com a proposta PSF, remédios, equipes, uniformes."

"Reduzir o número de famílias por agente para que o atendimento tenha mais qualidade."

"Acabar com a lei em que o agente tem que morar na microárea."

Em segundo lugar apareceram sugestões relacionadas com a expansão do Programa, com aumento do número de equipes, com a transformação das equipes PACS em equipes completas de PSF, entre outras.

"Que o Programa cresça e possa abrir novas unidades de saúde para que venha a crescer o número de agentes."

"Que todas as equipes sejam completas, que não faltem medicamentos e que tenha mais especialidades na área da saúde."

"Contratação de funcionários para que os agentes não desviem de suas funções. O agente deve ficar somente na rua."

"Cada UBS deveria ter seu templo próprio, pois o dinheiro dos aluguéis poderia ser investido em melhorias para a comunidade."

"Mandar mais médicos com ideais PSF para as unidades, um olhar atento para nós que somos excluídos profissionalmente."

Finalmente, em terceiro lugar, apareceram as sugestões relacionadas com as dificuldades apontadas em relação à marcação de consultas, de exames, ao encaminhamento para especialistas e hospitais.

"Ter mais especialistas nas UBS."

"Dentista, salas com ultrassom e raios-X, equipe especializada com oftalmologista."

"Ter um posto de qualidade com médicos especialistas (pediatra, ginecologista, dentista)."

"Contratação de médicos especialistas para as equipes."

"Que cada unidade tenha médicos qualificados, equipe completa com ambulância para primeiro socorros."

"Mais especialidades e agilidade na marcação e resultados de exames, mais respeito pelo ser humano por parte de alguns profissionais."

Os planos individuais e profissionais dos Agentes Comunitários para o futuro

A **primeira expectativa** quanto ao futuro profissional do Agente Comunitário de Saúde foi a continuidade dos estudos, seja concluindo o Ensino Médio, realizando um curso técnico ou, ainda, cursando uma faculdade. A grande maioria dos agentes informantes que desejavam a continuidade dos estudos apontou a conclusão de um curso de nível superior como expectativa. Assim, "*fazer uma faculdade"* foi uma resposta que ocorreu na maioria das vezes.

Quanto aos cursos de graduação que foram mencionados, a distribuição, por ordem de frequência, foi a seguinte: Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Administração, Fisioterapia, Pedagogia, Turismo e Terapia Ocupacional.

Conforme se observa, os Agentes Comunitários de Saúde que desejavam realizar um curso superior em sua maioria apontaram a Enfermagem como principal escolha. É interessante apontar que, em algumas respostas, além de concluir a graduação, os Agentes almejavam continuar no PSF, exercendo sua nova função:

"Fazer faculdade e atuar na área, de preferência no PSF."

"Fazer Enfermagem e ser Enfermeira do PSF."

Em relação à realização de cursos técnicos, significativo contingente dos agentes apontou o desejo de realizar ou concluir, principalmente, o curso de Auxiliar de Enfermagem, o curso de Técnico de Enfermagem e, alguns, o curso de Auxiliar de Laboratório. Aqui também, os Agentes manifestaram o desejo de continuidade no PSF, exercendo a nova função, o que, em alguns casos, era visto como ascensão profissional:

"Concluir o curso de auxiliar e ser promovida nessa função no PSF."

"Fazer auxiliar de enfermagem e continuar no PSF."

Para os agentes que não concluíram o Ensino Fundamental ou o Ensino Médio, foi apontada a expectativa de concluir esse nível de ensino. Outra categoria de respostas muito frequentes foi a necessidade de aperfeiçoar-se, de aprimorar seu trabalho de Agente Comunitário de Saúde.

"Que eu possa ter mais conhecimentos para atender melhor o povo."

"Fazer cursos que me qualifiquem ainda mais na área da saúde para saber tratar os idosos com mais sabedoria."

A necessidade de ações que resultassem na qualificação profissional foi apontada em número significativo de respostas.

"Fazer um curso de qualificação profissional que valorize ainda mais os agentes."

"Cursos profissionalizantes para o agente desempenhar melhor."

"Ser mais capacitado para exercer a minha profissão com a seriedade e qualidade que ela merece."

Outra categoria de planos para o futuro profissional dos Agentes Comunitários de Saúde dizia respeito a continuar ajudando a comunidade no seu crescimento e contribuir com o crescimento do PSF.

"Estudar e me aprimorar em ajudar a população e que nossos governantes invistam mais no PSF, para que a população tenha igualdade de vida."

"Os meus planos são crescer na unidade Saúde da Família com minha equipe, a fim de melhorar o meu trabalho."

"Continuar como ACS e divulgar aquilo para que fui capacitada."

Finalmente, outros planos para o futuro profissional incluíam:

- o reconhecimento profissional;

- a mudança de vida e de profissão: "***não quero morrer agente comunitário de saúde***";

- a saída do PSF;

- a luta por melhores condições de trabalho e salário.

Finalmente, encerrando este Capítulo "OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO QUALIS E NO PSF, NA CIDADE DE SÃO PAULO", ainda como contribuição à discussão do tema e à conformação da identidade profissional desse sujeito fundamental para a viabilização da atenção básica à saúde, relatam-se o processo e as definições de Oficinas de Trabalho organizadas pela Coordenação da Atenção Básica e PSF/SMS, entre agosto e setembro de 2004, para validação das competências dos Agentes Comunitários de Saúde, na cidade de São Paulo.

A Oficina de Trabalho:

programação, desenvolvimento e participantes

A Oficina de Trabalho para discussão e pactuação das competências do Agente Comunitário de Saúde comportou dois importantes momentos.

No **primeiro momento** (período de 30 de agosto a 3 de setembro de 2004), a programação desenvolvida teve como eixo o trabalho do Agente nas UBS municipais. A intenção foi construir um "retrato", o mais nítido e fiel possível, desse trabalho. Por motivos operacionais, a Oficina desdobrou-se em cinco dias. Em cada um desses dias, contou com diferentes participantes, indicados conforme critérios estabelecidos pela SMS/CAB-PSF e Coordenadores do PSF, a saber: cada Coordenadoria de Saúde (31 no total) das Subprefeituras indicou um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um gerente de UBS com PSF, um coordenador de PSF, um Agente do PSF e um do PACS / UBS.

Além dos participantes indicados pelas Coordenadorias de Saúde, também participaram da Oficina:

- Agentes Comunitários de Saúde indicados pelas organizações da categoria (Federação, Associação);

- Representantes de instituições de ensino e de prestação de serviços em saúde que mantêm parceria com a SMS no PSF.

Obedecendo a uma programação única, esse primeiro conjunto de oficinas, cujo foco foi o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas UBS da rede de saúde municipal, desenvolveu-se seguindo os mesmos passos e atividades:

- Informações sobre o esquema de trabalho do dia, apresentação dos coordenadores / facilitadores dos grupos e apresentação da coordenadora geral dos trabalhos;

- Trabalho em grupos e plenárias (duas por dia), como definido na "sequência de atividades das Oficinas".

Os grupos foram constituídos heterogeneamente, tanto em relação à categoria profissional, como ao local de trabalho dos participantes. A cada dia, os participantes foram distribuídos em quatro grupos, o que resultou, após os cinco dias de trabalho, em um total de 20 grupos. Cada grupo contou com um coordenador / facilitador e um relator (indicados pela organização da Oficina), cabendo a cada grupo escolher, entre seus membros, um apresentador e mais um relator.

Conforme previsto na sequência de atividades, à apresentação dos participantes em cada grupo se seguia um levantamento das atividades que estavam sendo executadas pelos ACS nas UBS. Pautando-se na realidade e na demanda da região e/ou microrregião de inserção dos participantes, cada grupo indicava, entre as atividades listadas, aquelas que não deveriam ser realizadas pelo ACS, e, se fosse o caso, propunha outras que poderiam ser incluídas no rol de ações a serem desempenhadas por esse trabalhador.

Na continuidade, o resultado dessa fase do trabalho dos grupos foi comparado com o "Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde". Esse documento, na sua versão preliminar, (apresentado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde / DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde / SGTES do MS), foi tomado como referência dessa comparação por entender que a especificidade a ser conferida à formação do ACS no município de São Paulo deveria considerar os parâmetros nacionais, estruturando-se, entretanto, nas peculiaridades sociais, epidemiológicas, sanitárias e demográficas do município / regiões / microrregiões.

O total de participantes do conjunto das oficinas, nesse primeiro momento, foi de 414, somando-se todas as categorias e representações (Tabela 24).

Tabela 24. Demonstrativo dos participantes da Oficina de Trabalho, por categoria profissional ou função / cargo, São Paulo, 2004.

Categoria Profissional, função / cargo	Quantidade	%
Agente Comunitário de Saúde	251	60,6
Auxiliar de Enfermagem	27	6,5
Coordenador PSF	17	4,1
Enfermeiro	39	9,4
Gerente de UBS	32	7,7
Médico	26	6,2
Outros representantes de Coordenadorias	10	2,5
Representantes de Instituições Parceiras	12	3,0
TOTAL	**414**	**100.0**

Fonte: Lista de Presença da Oficina, 30/08 a 03/09.

Cabe destacar que o total de participantes incluiu profissionais de quase todas as UBS do município que contavam com o trabalho do Agente.

Dessa primeira etapa, fez-se um relatório que foi o objeto do trabalho do **segundo momento da oficina**.

Considerando que a expectativa, com o segundo momento, incluía uma análise crítica e propositiva do trabalho do Agente nas UBS-SP, tendo como referência o resultado da etapa anterior, os grupos foram orientados a discutir o conteúdo do relatório, com destaque às ações do Agente na cidade de São Paulo. Isso feito, os grupos deveriam tomar o referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, estabelecido pelo MEC e MS, e compará-lo com o trabalho do Agente, assim como fazer sugestões, propor encaminhamentos, estratégias e recomendações referentes à qualificação do Agente do município de São Paulo.

O trabalho do ACS nas UBS do Município de São Paulo

Como o trabalho do Agente acontecia e sob quais condições foi a tônica da Oficina. Identificar e sintetizar o farto material registrado daquilo que o Agente fazia, o que não deveria fazer, e o que poderia / deveria fazer foi, no mínimo, um exercício de garimpagem em meio à diversidade de questões referentes às condições e circunstâncias que emolduravam e conformavam o cotidiano de trabalho do Agente.

A organização e consolidação dos dados e informações dos 20 grupos orientaram a identificação das atividades realizadas pelo Agente nas UBS. Consolidar e organizar os dados e informações dos 20 grupos foi uma tarefa complexa. As ações do Agente foram categorizadas, pelos grupos, em:

A) Atividades realizadas dentro das UBS (atividades internas);

B) Atividades realizadas fora das UBS (atividades externas).

Antes, porém, de listar as atividades assim categorizadas, um recorte da apresentação de um dos grupos é emblemático.

> *"O que faz o ACS? É para falar tudo que o grupo anotou? Então vamos lá: visita domiciliar: nesta visita, a gente identifica a situação domiciliar; orientação sobre alimentação e higiene, independente da idade, da doença e do problema que encontra; planejamento familiar; orientação de DST; dengue; prevenção de acidentes domésticos; funcionamento da unidade versus PSF; gestantes; busca ativa de TB; orientação de zoonoses; orientação de vacina; destino do lixo; diabéticos; hipertensos; encaminhamento de especialidades; tratamento supervisionado de TB; vaporização de problemas respiratórios; balcão ambulante de informações de todo tipo; autocuidado; responsabilização do paciente sobre sua saúde; acolhimento na casa; recebemos todos os problemas da casa – somos uma escuta. Nós somos várias profissões dentro do agente comunitário: nós somos assistente social, somos psicólogas, somos vendedoras, nós fazemos vaquinha, atrizes, cantoras, faxineira de casa, dançarinas... Então, nós somos multifuncionais. Falamos sobre a importância de não perder a consulta, os exames etc. Falamos sobre os acamados, orientação sobre os cuidados, dar orientação sobre curativos, orientação sobre saúde bucal, desde o nascimento de bebês. Prevenção de enchentes (avisa quando vai chover e o que fazer nessa chuva). Orientamos a criança que está fora da escola e os adultos também sobre alfabetização; encaminhamos paciente – geralmente o paciente mora sozinho e a gente vai levar até o hospital, e até buscamos também se necessário. Nós somos uma escuta muito grande dentro da comunidade. Fazemos levantamento de hiperdia, cartão SUS, cadastramento, janela de oportunidades, autoexame da mama, plateia, saco de pancada, somos o estepe de tudo aquilo que falta na unidade (sempre que falta um funcionário, chama o agente comunitário). Fazemos terapia comunitária; estimulamos a participação nos conselhos; reuniões de microárea para explicar o que é a função do ACS. Hospital: nós somos o comunicante. Sempre que tem um paciente lá, e esse paciente não tem uma pessoa, uma família, um responsável, geralmente a gente dá o número do telefone pra esse hospital entrar em contato conosco. Nós fazemos orientação sobre grupo educativo e para que serve. A burocracia: tudo o que tem de burocrático na unidade, chama lá o agente comunitário – para relatório, assinar ponto, tudo isso. Reunião de equipe, papel das zoonoses, olhar caixa d'água, fazer palestras; tem agente comunitário que faz aferição de PA; grupos que fazem revezamento no acolhimento, recebem o paciente, o porquê, indica a sala, preenche dados para fichas, levanta e arquiva prontuários; substitui os ATA da unidade. Identifica recursos da comunidade para articular parcerias; digita ficha A do SIAB; faz alterações e SIS pré-natal; entrega tudo quanto é de coisa: exames, remédios; faz café na unidade (faz café na unidade; mas só pode tomar quando participa da vaquinha). Fazemos artesanato, lazer, cinema, caminhada, grupo de saúde mental, massagem, grupo de adolescentes, terapia ocupacional; teatro; somos escritores de livros; fazemos a semana da mulher; dia da beleza; identificação dos grupos de risco."*

Atividades que o ACS não deveria realizar

Aqui, os grupos foram unânimes: o Agente não deveria realizar atividades que são próprias do ATA (agente técnico administrativo); preencher fichas (exceto a Ficha A do SIAB) e formulários (zoonose, dengue); fazer cadastro do Cartão SUS; fazer limpeza da UBS; definir sozinho prioridades de atendimento nas UBS. Outras, como medir PA, dar banho em pessoas acamadas, entregar medicamentos, fazer compras, acompanhar transporte de pessoas em ambulância, fazer registros e anotações no prontuário, dividiram as opiniões.

Mais uma vez, neste ponto, questões relativas às circunstâncias e às condições do trabalho deram o "tom" das discussões, e os destaques apresentados representaram, com muita pertinência, o quadro das atividades que não deveriam ser atribuídas aos Agen-

tes. Foi também reiterado que a falta de funcionários administrativos, unidades com e sem PSF, somados à disparidade entre a demanda e a capacidade instalada em parte das UBS, geravam essa "utilização circunstancial" da força de trabalho do Agente Comunitário. Também foi apontado, como gerador de uma série de atividades solicitadas ao Agente, o fato de a UBS receber incumbências e demandas de programas sociais, como de IBGE, Serviço de Zoonose, dentre outros.

Em termos gerais, apresentam-se nas Tabelas 25 e 26 (páginas 249 e 250) os resultados das discussões e, mais do que isso, as ações para as quais houve "**consenso**", entre os participantes, se integrariam ou não a função do Agente Comunitário de Saúde no PSF da cidade de São Paulo.

Obviamente essa forma (marcações pontuais) pode, em um primeiro momento, parecer linear, contudo, através dessa marcação, pelo menos duas observações podem ser consideradas: uma, que havia diferentes percepções (ou experiências) com o trabalho do Agente; a outra é que essas marcações significavam que a expectativa (ou a demanda) em relação ao trabalho do Agente era diferente do que estava, realmente, acontecendo nas UBS da cidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

Brasil. Lei 10.507, de 10 de julho de 2002.

Campos CVA. Escala de Satisfação com o trabalho no PSF. In: Silva JA. Caracterização dos profissionais do PSF no município de São Paulo: Levantamento da Coordenação da Atenção Básica e PSF. São Paulo: SMS/SP; 2004.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marconi MA e Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1988.

Marsiglia, RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079-Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. Relatório de Pesquisa).

Nogueira R [coord]. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde [Texto para Discussão 735]. 2000. Disponível em www.ipea.gov.br [2000 Jun].

Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Públ 2000; 34(5):547-59.

Peduzzi M. O trabalho multiprofissional em saúde: Questões teóricas e conceituais. In: I Encontro dos Programas de Aprimoramento Profissional, Fundação do Desenvolvimento Administrativo – Fundap. São Paulo, 1999.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF. São Paulo: SMS; 2002.

Schraiber LB. Prefácio. In: Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva, JA. O agente comunitário de saúde do programa Qualis: Agente institucional ou agente de comunidade? [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: O ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Silva JA, Oliveira FR, Barbosa E. Atenção básica à saúde no município de São Paulo: Caracterização das unidades básicas de saúde. São Paulo: SMS, Coordenadoria de Atenção Básica e Programa Saúde da Família; 2004. (Mímeo).

Tabela 25. A opinião de grupo de trabalho da oficina sobre a listagem das **atividades internas /** o que FAZ o Agente dentro da UBS.

Acolhimento ***SIM***	*Arquiva exames, prontuários* ***Interrogação***
Atende telefone/Orelhão ***NÃO***	*Orienta o usuário: gestantes, RN; crianças de zero a 5 anos; planejamento familiar;* ***SIM***
Faz as atividades do ATA ***NÃO***	*Preenche SIAB / estatística, faz cartão do SUS* ***dos cadastrados****,* ***Ficha B*** *(**SIM**) ficha de Papanicolau (**NÃO**)*
Faz limpeza de consultórios e da UBS ***NÃO***	*Faz triagem e encaminha* ***NÃO***
*Faz trabalho burocrático **próprio;*** ***SIM***	*Acompanha para consulta médica* ***Interrogação***
Lê pedidos médicos e lança na pasta ***NÃO***	*Organiza e cuida da brinquedoteca* ***NÃO***
Levanta os exames alterados e convoca os usuários para reunião. ***NÃO***	*Mede PA, temperatura, peso (para adiantar o trabalho do auxiliar de enfermagem)* ***NÃO***
Levanta os prontuários com exames, leva o prontuário e o exame para o médico ***NÃO***	*organiza a coleta de sangue* ***NÃO***
Marca e agenda consultas ***Interrogação***	*Alfabetiza adultos* ***NÃO***
Organiza campanhas, salas de reunião ***NÃO***	*Prioriza quem vai passar na consulta* ***NÃO***
Organiza fluxo, fila ***NÃO***	*Pede e orienta exame de TB* ***NÃO***
Orienta / coordena grupos: gestantes, adolescentes, diabéticos, hipertensos ***SIM***	*Faz terapia comunitária; grupo de autoajuda* ***SIM***
Participa de reunião da equipe; ***SIM***	*Trabalha na recepção* ***NÃO***
Participa de reunião de avaliação do trabalho; ***SIM***	*Digita dados em fichas várias* ***NÃO***
Plantão do balcão e do acolhimento; ***NÃO***	*Cobre férias de ATA* ***NÃO***
Promove festas e faz decoração da Unidade ? ***sem marcação***	*Orienta e auxilia no exame de Papanicolau* ***NÃO***
Remarca consulta de faltosos. ***NÃO***	*Distribui senhas/laboratório* ***NÃO***
Toma conta dos filhos dos usuários que estão na consulta ***NÃO***	*Faz palestras (no corredor)* ***NÃO***
Cuida dos problemas para evitar tumulto na UBS ***NÃO***	*Faz agendamento de cadastro, pessoas que precisam de bilhete do metrô, outros programas sociais da prefeitura.* ***NÃO***
Faz cadastro para a assistência social ***NÃO***	*Acompanhamento de pré-natal* ***(somente fora da UBS)***
Faz lanches, café ***(sem marcação)***	*Controle material (almoxarifado) e medicamentos (farmácia)* ***NÃO***

Tabela 26. A opinião de grupo de trabalho da oficina sobre a listagem das **atividades externas** / o que FAZ o Agente fora da UBS.

Ações educativas, preventivas, promoção à saúde ***SIM***	*Acompanha o transporte de pessoas para outros serviços (ambulância)* ***NÃO***
Faz visita domiciliar (cadastra família, orienta alimentação, cuidados com pessoas acamadas, RN, hipertensos, diabéticos, vacinas, problemas mentais, tuberculose, hanseníase, desnutrição, DST, dengue, animais domésticos) ***SIM***	*Identifica e articula parceiros e apoios (organizações, escolas instituições, comerciantes, grupos sociais)* ***SIM***
Realiza atividades para reconhecer o território ***SIM***	*Participa, coordena e orienta atividades para idosos, crianças, adolescentes, moradores de rua, estrangeiros, (caminhadas, excursões, passeios, atividades físicas, artesanato)* ***(interrogação)***
Estipula prioridades ***(interrogação)***	*Dar banho em pessoas acamadas* ***NÃO***
Organiza e participa de teatro nas escolas e nas creches. ***SIM***	*Prepara corpo após óbito* ***NÃO***
Faz visita supervisionada de TB; orienta sobre os medicamentos, alimentação, exames ***SIM***	*Acompanha usuário em consulta com especialista quando não tem quem acompanhe.* ***(sem interrogação)***
Participa de reuniões do Conselho Gestor. ***SIM***	*Trabalha com grupos nas escolas DST e AIDS* ***NÃO***
Faz visita de acompanhamento aos alunos da Liga de PSF – mostra o território, equipamentos de saúde ***SIM***	*Acompanha pessoas em ambulâncias* ***NÃO***
Busca ativa ***SIM***	*Entrega correspondência; cesta básica* ***NÃO***
Cadastra áreas, moradias e famílias vivendo em situação de risco ***SIM***	*Acompanha as VD feitas pelos médicos, enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, estagiários;* ***(sem marcação)***
Entrega medicação em domicílio ***(sem marcação)***	*Faz caminhadas, passeios e grupos* ***SIM***
Faz atividades do serviço da zoonose ***SIM***	*Orienta ginástica e grupos* ***SIM***
Participa e organiza festas na comunidade, bazares, vaquinha para arrecadar dinheiro para atividades e ajuda com as pessoas e grupos; ***(sem interrogação)***	*Faz acompanhamento de pessoas que estão em casa em tratamento psiquiátrico e informa ao médico para a troca de receita* ***SIM***
Coleta dados ***SIM***	*Levantamentos na microrregião* ***SIM***
Faz a ligação entre a comunidade e o serviço (informações, consultas com especialistas) ***SIM***	*Preenche fichas e formulários* ***SIM***
Acompanhamento de pacientes no hospital ***(interrogação)***	*Estimula a participação da comunidade nos Conselhos* ***SIM***

CAPÍTULO 5
Os Sujeitos de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família na Cidade de São Paulo

Áurea Maria Zollner Ianni

INTRODUÇÃO

Este Capítulo apresenta e discute os resultados da pesquisa realizada, no período de 1999 a 2000, sobre os profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do Programa Qualis, implantado no município de São Paulo, em 1996, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Algumas questões merecem menção para que se compreenda o contexto no qual foi realizada a pesquisa e, em decorrência, também se possa compreender a relevância de determinados aspectos abordados, sejam os que se referem ao roteiro das entrevistas, sejam os que se referem às respostas dos informantes.

O primeiro deles é que o Qualis, implantado na cidade de São Paulo, consistiu numa estratégia pioneira, tanto no que diz respeito ao **modelo de atenção proposto** quanto à **modalidade de gestão** de um programa de atenção básica. Tomando-se a rede de atenção básica do município de São Paulo que era, até então, servida por equipamentos próprios (as Unidades Básicas de Saúde) e, portanto, municipais, e por equipamentos do governo do Estado, havia o predomínio da administração direta do **poder público estatal** (Cohn, 1992). O Qualis introduziu, nesse cenário, a gestão partilhada dos equipamentos de saúde com as organizações sociais (as "parceiras"), abrindo um caminho desafiador quanto à gestão em saúde em seus aspectos financeiro, administrativo e propriamente gerencial.

Em relação à atenção odontológica, foi o Qualis que introduziu, pela primeira vez, em âmbito da atenção básica do município de São Paulo, um programa de saúde bucal para adultos. Até então, a atenção odontológica restringia-se às crianças em idade escolar e, aos adultos, oferecia-se um serviço de Pronto Atendimento, de caráter emergencial, em algumas Unidades da rede e em Pronto Socorros.

Essas características do Programa Qualis – objeto do presente texto – fizeram com que as respostas dos profissionais entrevistados fossem mais extensas nos aspectos que dizem respeito ao processo de instalação do Programa, à composição e à articulação das equipes (suas atribuições, processo de trabalho etc.) e à inserção dos profissionais no trabalho (satisfação, insatisfação, dentre outros), pois elas abriram espaço para que os informantes pudessem expressar mais

claramente suas ideias, percepções e avaliações sobre uma iniciativa, à época, diferenciada e inovadora.

Os dados da pesquisa confirmam que a avaliação sobre a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na atenção básica foi bastante pertinente, sendo que a análise da experiência do Qualis pôde ser referência para o desdobramento de iniciativas nessa direção. A partir da época de instalação do programa, houve expansão do modelo de atenção centrado na Saúde da Família, no estado de São Paulo. Há, na atualidade, grande número de profissionais da Saúde Bucal trabalhando, em equipes completas ou não, desenvolvendo suas atividades dentro de estratégias que foram delineadas, a princípio, na experiência Qualis.

Segundo dados de 2005, extraídos da pesquisa de Zilbovicius (2005), 97,6% dos municípios paulistas declararam ter Cirurgiões Dentistas trabalhando, num total de 1.763 Unidades Básicas de Saúde distribuídas pelo Estado, o que significa que a grande maioria dos serviços da rede básica mantinha algum tipo de assistência odontológica. Cerca de 77% dos municípios declarou ter dentistas prestando assistência em escolas públicas.

Quanto aos profissionais de nível médio, havia, na rede estadual, 2.906 Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) distribuídos em 52,7% dos municípios – número que varia de um a cinco ACDs, conforme o quadro profissional. Dezessete por cento dos municípios não tinham nenhum ACD em seu quadro de profissionais. Os Técnicos de Higiene Dental eram apenas 232 no estado, o que correspondia a 91,2% dos municípios sem esse profissional em suas ESB.

Esse cenário mostra que, apesar do aumento do número de profissionais da área da odontologia na rede básica dos municípios paulistas, ainda era baixo o número de equipes multiprofissionais no estado, o que dificultava a estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), já que as modalidades previstas requeriam esses profissionais.

Outra evidência dos dados é que o quadro de RH em Saúde Bucal, no Estado, refletia uma centralidade na figura do dentista. Segundo Zilbovicius (2005), a grande maioria deles era contratada em regime de 20 horas semanais (82,7%), e somente 13,6% trabalhavam em regime de 40 horas semanais. Essa jornada provocou um impasse, a ser resolvido pelos municípios, quanto à inserção das ESB na estratégia do PSF, já que o Ministério da Saúde repassava os recursos prevendo o regime de 40 horas.

Nesse contexto, o presente trabalho pode contribuir muito para a readequação da política de RH em Saúde Bucal, na rede básica dos serviços, mais especialmente na implantação e expansão do PSF no estado de São Paulo.

Cabe esclarecer que, na época da coleta de dados para a pesquisa desenvolvida sobre o Qualis, apenas o Qualis montado em parceria com a Fundação Zerbini dispunha de equipes de saúde bucal ligadas às equipes de Saúde da Família. A Casa de Saúde Santa Marcelina ainda estava preparando a implantação das ESB nas Unidades sob sua responsabilidade. Assim, apenas os profissionais de saúde bucal que atuavam em UBS sob a administração da Fundação Zerbini foram entrevistados.

OS CIRURGIÕES DENTISTAS

Foram entrevistados cinco cirurgiões dentistas, todos nascidos no estado de São Paulo: quatro na capital e um em Santo André.

Além do Curso Superior em Odontologia, dois apresentaram Especialização em Saúde Pública, sendo que um deles tinha Especialização em Buco-Maxilofacial.

Dois cirurgiões dentistas já haviam trabalhado em equipamentos públicos anteriormente (Estado e Prefeitura) e todos mantinham vínculo com consultório particular.

Ações no bairro

Não houve referências de ações que os entrevistados desenvolvessem no bairro, apenas que o *"Qualis tenta movimentar a comunidade e ela participar dentro do Qualis"*. Um dos informantes apenas sinalizou que tinha notícia de mobilização de líderes da comunidade.

Processo de instalação / implantação

A opinião dos informantes em relação a esse tema, no geral, foi muito positiva.

> *"O Qualis tem uma proposta de trabalho muito boa."*
>
> *"O Qualis é uma proposta boa que vai ter que ser avaliada e melhorada."*

As questões que, do ponto de vista dos informantes, eram as mais relevantes ao analisar a implantação do programa podem ser agrupadas em alguns aspectos principais: as condições sócio-econômicas da população atendida e das regiões de implantação, o acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, as estratégias de prevenção e de promoção envolvidas no programa e o pioneirismo da atenção odontológica nessa modalidade de atenção.

Quanto às condições sócio-econômicas, a maioria relacionava a implantação do programa à **carência** da população. Importante ressaltar que a ideia de carência se relacionava ao ideário de pobreza e escassez, tendo por referência os estados do Nordeste ou Centro-Oeste do país, regiões onde programas de atenção básica, semelhantes ou iguais ao Qualis, tinham sido implantados e, por isso mesmo, eram considerados "modelos" inspiradores. A ideia de pobreza, ainda que reconhecida em sua configuração urbana, estava, para os dentistas do Qualis, intrinsecamente associada ao fenômeno da migração nordestina para São Paulo.

> *"(...) porque tem muitas áreas aqui de São Paulo, principalmente aqui na periferia, que se assemelham muito a essas regiões mais carentes do Nordeste. (...) Na periferia o pessoal é muito pobre, muito carente."*
>
> *"É um projeto que existia em outras regiões do país (refere-se a Goiânia). A gente tem bolsões de pobreza, com peculiaridades muito próprias que se enquadram na filosofia do projeto. Experiências felizes em outros locais."*
>
> *"Dividiram as microáreas por dentista, cada dentista é responsável por dois ou três, pra entrada da população. O Qualis veio pra dar resposta pra toda essa carência."*

Ainda que houvesse uma percepção sobre os condicionantes urbanos ou metropolitanos de acesso aos serviços de saúde que determinaram a implantação do programa, eles apareciam de forma secundária em relação à concepção predominante, acima referida.

> *"Um programa como este em São Paulo é complicado porque é uma cidade grande, tem muitas áreas carentes. Se fosse pra abrir um posto para cada 2.200 pessoas, o custo eu acho que ia ser muito alto."*
>
> *"O programa, ele está próximo de área de risco, violência muito grande, onde as pessoas não têm um serviço próximo."*

O Qualis era visto, sobretudo, como um programa resolutivo no que se referia ao acesso da população aos serviços de saúde e, para os dentistas, isso se articulava claramente ao modelo de atenção em saúde, à concepção de saúde.

> *"O Qualis deu acesso a todas as pessoas, a entrada do sistema de saúde, eu acho que isso foi um avanço muito grande."*
>
> *"Baseou-se no modelo cubano, do médico generalista."*
>
> *"A resolução dos problemas de saúde acaba sendo muito mais fácil pra quem acessa a unidade. Reorganização do trabalho, reorganização do que é saúde."*

Sobre o acesso aos serviços, a situação urbana era vista como um dos aspectos mais relevantes. As barreiras geográficas, as dificuldades de transporte e o caos relacionado à malha urbana de comunicação constituíam, segundo os informantes, os fatores determinantes na decisão de implantação do programa e na definição dos locais escolhidos. Acreditavam que a proximidade da residência dos moradores ao "Posto Saúde", ou seja, a possibilidade de locomoção a pé, era fator determinante para a adesão ao serviço.

"Aqui em São Paulo tem um crescimento desordenado, sem planejamento, tem bolsões de pobreza e essa população não tem acesso aos serviços que a cidade pode oferecer."

"Apesar de a cidade ter muitos recursos, esses recursos chegam muito pouco às pessoas."

"(as pessoas) utilizam muito pouco o serviço público, estadual ou municipal. Talvez seja pela distância física."

Os dentistas tinham bastante clareza do papel dos Agentes Comunitários de Saúde no que se referia à acessibilidade aos serviços; reconheciam no agente o elo população-serviços. Esse papel era reconhecido tanto na estratégia pró-ativa do programa, ou seja, na busca ativa das famílias, quanto na ação de colher e trazer as demandas da população para a Equipe de Saúde da Família. Consideravam que a marcação de consultas pelo ACS era uma comodidade para o paciente e garantia de maior aderência ao serviço.

"O ACS vê a situação de saúde de baixo para cima, das necessidades para o que se vai implantar, sanar os problemas em função da estrutura da região."

"O Qualis se propõe atuar nos problemas de saúde que a comunidade tem. O ACS dá a base de sustentação ao projeto, respalda todos na pirâmide."

"A ESF é a pedra fundamental do Qualis, é a porta de entrada que facilita o acesso. Colocar o dentista é bom, tem uma demanda reprimida."

No entanto, ainda que a opinião sobre o papel do ACS fosse positiva em relação à aproximação dos serviços e população, a percepção da dimensão real desse papel e de seu desempenho na prática era, em certa medida, verticalizada, autoritária.

"O Qualis tenta se diferenciar dos modelos de saúde antigos... Maior controle sobre a população, maior controle sobre a população que se atende. Qualquer problema que aconteça com o paciente eu tenho controle, através do ACS."

Aparecia, claramente, a ideia de que o desempenho do ACS devia estar direcionado pelo saber técnico da ESB, visão essa reforçada pela concepção tradicional de funcionamento das UBS, ou seja, aquela da lógica da Programação em Saúde, tal como foi praticada na rede básica de serviços. Tratava-se, evidentemente, de um conflito entre modalidades de atenção presentes não apenas na mentalidade dos profissionais, mas também na realidade do sistema de saúde à época. Outro aspecto relacionado ao acesso aos serviços referia-se ao pioneirismo da implantação da atenção em saúde bucal à população adulta.

"O adulto não tinha uma porta de entrada no sistema. Quem procura o serviço de Saúde, é quem tem necessidade."

"Aqui em São Paulo o atendimento em odontologia é pioneiro, porque nos outros estados não é incorporada a saúde bucal."

"Na saúde bucal aqui, a gente está entrando num sistema pioneiro."

A grande crítica dos profissionais, com respeito à implantação do Programa, referia-se a um fator que consideravam ser limitante ao acesso da população aos serviços: a adscrição da clientela. Esse critério foi, naquele momento, adotado de forma rígida pelo Qualis, em virtude do caráter experimental do programa no município. Tratava-se de restringir a clientela para que o conjunto das equipes e unidades implantadas não sofresse invasão de demanda.

"O ideal seria que tivesse um Qualis em cada unidade pra que não tivesse esse problema: você pode ser atendido aqui, você não pode ser. O ideal seria que tivesse respaldo pra que ninguém fosse barrado."

O princípio da integralidade não só estava incorporado à concepção do trabalho, como foi unânime entre os informantes.

"O Qualis é diferenciado, como estrutura física e como filosofia de trabalho, é um processo em construção. O Qualis se propõe a atuar nos problemas de saúde que a comunidade tem."

"Como é um tratando da família, você consegue pegar todas as pessoas."

"O Qualis é um projeto que visa integrar a Saúde da Família. Então, todos os profissionais estão voltados para a saúde daquela família... Aí a gente acaba conhecendo a família como um todo. E não se preocupando só com a boca do paciente, como ele se insere assim... O paciente mais a família, aquele conjunto, aquela harmonia."

"É um processo, até chegar a uma condição boa de saúde da população."

A integralidade também foi mencionada do ponto de vista do modelo de atenção, sua inserção locorregional na cidade e quanto ao perfil demográfico e epidemiológico da população.

"O Qualis funciona de acordo com características de cada região, que vão ditar as atitudes de cada profissional."

"Na Saúde Bucal a gente tem linhas mestras, cada região tem características próprias."

Muito claras, também, estavam as estratégias de prevenção e promoção que o programa adotava.

"Tem que ir adequando às condições que se tem (excesso de demanda)*, daí melhorar a parte preventiva, mudar hábitos. A proposta seria a gente não ter cáries, esquema preventivo."*

"Quem procura o serviço de Saúde é quem tem necessidade. E não é esse o enfoque, porque você só começa a tratar da doença. Ir até a população e procurar prevenir e promover a saúde como um todo, não só a saúde bucal, a geral do indivíduo, da família, dar orientações pra aquela comunidade. Promoção da saúde, tentar resolver antes que os problemas apareçam. Mais abrangente que a atenção, não só as necessidades, mas outros fatores."

"O Qualis se propõe a atuar em todos os problemas que podem ser evitados, prevenção. O projeto é amplo porque ele tem uma associação com a Secretaria de Cultura, lazer e cultura faz parte da saúde do cidadão."

"Trabalho preventivo, extramuros, educar em saúde. Promoção da saúde, no geral."

"Procurou-se cuidar da saúde do cidadão, não através de medicamentos, mas através de atividade física, o mais próximo de medicina natural..."

"Ir pra prevenção dos problemas, ir nas escolas, fazer bochechos, ensinar escovar os dentes, dar orientação alimentar, fazer palestras, prevenir os problemas."

Equipe: componentes e atribuições

As ESB do Qualis eram compostas, em sua maioria, por Cirurgiões Dentistas (CD), Auxiliares de Cirurgião Dentista (ACD) e Técnicos de Higiene Dental (THD). O que variava era o número de profissionais por equipe e o tempo de ingresso desses profissionais no programa. Havia tanta variabilidade entre as equipes quanto a esses aspectos e ao próprio número de equipes das Unidades, que se mostrou inadequado fazer quadros comparativos.

Havia clareza muito grande, entre os profissionais, sobre o papel e o desempenho propostos para as ESB e sobre as funções que cada um dos seus membros deveria desempenhar, tanto no que se referia às atividades desenvolvidas dentro dos consultórios dentários quanto às atividades educativas, às ações coletivas desenvolvidas junto às comunidades locais.

*"O ACD é o quadro instrumental, lava, embala (...) junto com isso (*o dentista*) faz o programa curativo também, restaurações, extrações etc."*

"O THD faz algumas restaurações, raspagem..."

"A ACD faz distribuição de estojos, pasta de dente, escovas. Faz evidenciação de placas, mostra pra criança onde não está escovando direito, ensina a escovar."

Isso ocorria, provavelmente, em função da alta especialização do trabalho na área odontológica. As ESB assumiam e reconheciam a especificidade técnica de seu trabalho e das atividades a serem desenvol-

vidas, mesmo aquelas desenvolvidas junto à população e instituições locais.

> *"As ações coletivas são desempenhadas pelos ACDs e THDs. Sem essa equipe é impossível chegar a um número muito grande de usuários, porque o profissional dentista não pode sair do consultório odontológico pra desempenhar uma ação que pode ser realizada por um auxiliar ou técnico. É muito caro ter um dentista dentro do consultório."*
>
> *"A gente se programa, uma turma vai pra escola, outra continua no atendimento."*
>
> *"O atendimento aqui, nós fazemos um trabalho de ações coletivas que é nas escolas, nas creches. Aqui no consultório é a parte curativa, que é o clínico."*
>
> *"ACD, auxiliar de consultório, faz orientação aos usuários, apoio, prevenção nas escolas."*
>
> *"O THD faz tudo isso e auxilia no acompanhamento epidemiológico, mais os procedimentos técnicos. Registram tudo, as informações, dados epidemiológicos, fazem planejamento de trabalho, dividem as responsabilidades."*

A composição da equipe e suas atribuições não se desvinculavam, como se vê, do processo de trabalho implícito no modelo de atenção.

Processo de trabalho

O fato de o programa ser inovador no âmbito dos serviços de saúde do município de São Paulo (à época), tanto com relação ao modelo de atenção adotado – a ideia da atenção integral voltada para a família e a comunidade, a adscrição da clientela etc. – quanto com relação à organização do trabalho no interior da própria ESB, fez suscitar uma diversidade de questões levantadas pelos CDs sobre o seu processo de trabalho.

Houve aspectos mencionados, simultaneamente, como dificultadores e facilitadores do trabalho em equipe. Por exemplo, aqueles relacionados à divisão de trabalho, no interior da equipe:

> *"No começo não tinha THD, o paciente era só meu, agora estamos dividindo as tarefas (...) no início é complicado porque você não está acostumado a passar as coisas pra outra pessoa, mas com o tempo você vai vendo que é legal, que agiliza."*
>
> *"Há o trabalho dos ACDs que auxiliam o trabalho do dentista, tanto no consultório como com a parte das ações coletivas. As pessoas já vêm com noções de higiene bucal, são atividades programadas em equipe."*

Outro aspecto que os dentistas mencionaram como contradição vivenciada em seu processo de trabalho foi aquela entre o que era preconizado pelo programa – a ida à comunidade, às famílias – e a real disponibilidade em executar essa atividade. Como o atendimento odontológico necessita de um arsenal tecnológico pesado, que permanece fixo nas Unidades, e como o volume da demanda para consultório era muito alto, não havia como esses profissionais se ausentarem da Unidade e, quando o faziam, eram saídas rápidas e muito raras. A ESB vivia, portanto, cotidianamente, a contradição entre o modelo de atenção tradicional, de demanda espontânea (e no caso da SB, como já mencionado, uma demanda reprimida em virtude da inexistência, à época, de atendimento ao adulto na rede básica de saúde), e o modelo substitutivo da Saúde da Família, integral, programático, pró-ativo (serviço-usuário). Isso sem contar as estratégias educativas de natureza epidemiológica, as denominadas **ações coletivas**, que também consumiam parte do tempo dos profissionais, extramuros da Unidade.

> *"Eu não conheço a região."*
>
> *"Nunca fui a uma residência (... a ESB) não tem tempo pra ficar saindo. Fico mais fechado em consultório* (este mesmo informante refere-se ao Agente Comunitário de Saúde como um correio, como a ponte população-posto)."
>
> *"O dentista, ele pouco sai da Unidade pra fazer um trabalho preventivo."*
>
> *"O trabalho é em equipe e 'todo interligado'. O dentista, dentro do programa, ele se comporta diferente de outros modelos de assistência odontológica (...) eu tenho facilidade de entrar na casa das pessoas. Não perde contato com esse paciente."*

"Quando um grupo de pacientes começava um tratamento e abandonava, eu não podia avaliar se a falha era profissional ou havia desinteresse das pessoas, com o acesso à casa das pessoas... Trabalho 95% em consultório e 5% trabalhos relacionados a ações coletivas."

"A única forma de tocar o esquema é se envolvendo, o envolvimento com a Unidade. Conhecer a população que você trabalha (cita como exemplo o uso coletivo da escova que os familiares fazem depois da distribuição feita durante atividade educativa do programa). *Qualquer pessoa que não trabalhou em serviço público e não conhece isso, ele não consegue montar nada."*

Outra característica que pareceu marcante da ESB foi o grau de planejamento do trabalho. Talvez a organização e o planejamento do trabalho decorressem não apenas das características das práticas odontológicas, como a artesania que envolve o cuidado dos dentes, o grau de incorporação tecnológica exigido, a especialização do trabalho dos profissionais envolvidos, como também pelo fato de que foi pioneira a implantação desse atendimento na rede básica dos serviços. Esse "pioneirismo" pode ter sido um dos fatores fundamentais no evidente planejamento das atividades: mapas (das arcadas e dentes para restauro) dos pacientes, controle e acompanhamento pelo conjunto da equipe, reuniões mensais de equipe e em conjunto com a coordenação geral do programa.

"Tem uma agenda diária de trabalho, fechada com seus auxiliares. Caso algum paciente falte, entram em contato com o ACS."

"Têm o odontograma, ficha do paciente que fica junto com o prontuário médico."

"Têm ficha clínica do paciente, anotam tudo, odontograma. Tem mapa mensal do trabalho a ser desenvolvido (este material serve para o planejamento do trabalho, solicitação de material etc.)."

"A gente tem um cronograma nosso de atendimento, de saída pras escolas. Atendimento dos agendados e emergências."

"A gente se programa, uma turma vai pra escola, outra continua no atendimento."

"Reuniões mensais, em que são apresentados os problemas para ver como vamos agir, o que vamos fazer."

"Mapa, ficha do paciente, controle de produtividade. A coordenação da odontologia dita a regra, mais ou menos, pra gente."

"O pessoal da odonto é tudo padronizado, a coordenadora vem aqui uma vez por mês, faz reunião, passa as informações a respeito do que deve ser feito, vê o que está faltando, como está indo o agendamento, distribuem as vagas (crianças, adultos, gestantes). A marcação de consulta pelo ACS agiliza o tratamento que acaba rápido. O trabalho em equipe é 'uma interligação grande'."

"São realizadas reuniões de dois em dois meses para avaliar o desempenho individual e coletivo planejado. Temos uma coordenação ótima."

A triagem dos pacientes obedecia a critério de risco, a partir de levantamento epidemiológico junto à população da área de abrangência da Unidade. Esses levantamentos resultavam numa classificação da clientela em três níveis, 1, 2 e 3, conforme a gravidade e a urgência dos problemas odontológicos para tratamento.

"A bucal é muito fechada. Fazem levantamento e classificam a população de acordo com uma escala 1, 2, 3 (risco epidemiológico) *de tratamento necessário, aí vão agendando. No esquema antigo a demanda vinha, aqui a gente tenta mudar a cabeça da pessoa, corrigir o paciente, só aparecia no Pronto Socorro... Saúde da Família, microárea, chama o pessoal das microáreas pra fazer atendimento."*

"Tem uma agenda de trabalho; o profissional tem um livre arbítrio dentro das normas para poder se individualizar. Criaram um critério para realizar os tratamentos, estão cumprindo."

"Levantamento epidemiológico, avalia a boca da criançada, esquema de escovação, agendamento."

"Todos os pacientes realizaram uma avaliação, separados em três grupos, conforme as necessidades. Aí o ACS marca conforme essa indicação. Os que não necessitam de tratamento participam de palestras, encontros, filmes educativos."

Satisfação da população

Não se tem nenhuma avaliação realizada de forma planejada nem sistemática do serviço oferecido ou da atuação da ESB. As opiniões manifestadas foram, portanto, da percepção que os dentistas tinham do trabalho, do que lhes chegava por meio dos pacientes ou da observação da dinâmica dos serviços. Predominaram os elogios ao atendimento odontológico, principalmente decorrentes da introdução do serviço na rede e a marcação prévia e garantia da realização das consultas. Houve queixas sobre a adscrição da clientela, acentuada em função da resolutividade que o serviço se propunha a oferecer e, de fato, oferecia.

> *"Eu acho que eles gostam muito, pelo que me falaram. O Qualis aumentou muito o número de atendimentos odontológicos. A população fica contente, vendo que está rendendo. Atendimento pro adulto (muita mãe deixa de trazer o filho pra pegar vaga pra ela). A população queixa por mais vagas..."*
>
> *"Eles adoram a Unidade de Saúde, fazem mil elogios. Você não ouve críticas. O pessoal que não é da área e quer ser atendido critica."*
>
> *"Pelo menos até agora não teve nenhuma reclamação. O que eles gostaram é de não ter aquela espera. Agora não se tem atraso, os pontos positivos são esses."*
>
> *"Nós temos uma demanda muito grande, o número de profissionais é pequeno. Os pacientes demoram pra ser chamados. Talvez aí esteja a reclamação."*

Houve, também, referência ao acolhimento que o Qualis propiciava:

> *"Chegar aqui, falar que está com dor e poder entrar no consultório, nem que não esteja com dor... o médico atender e falar, só isso."*
>
> *"Está estampada no rosto, pelo menos daqueles que tem acesso aos serviços. Não foi só o serviço que chegou a essas pessoas, mas o relacionamento, o compromisso e o respeito. Eles gostam do tratamento."*

Motivos para trabalhar:

grau e motivos de satisfação

Os dentistas relacionaram a sua satisfação com o trabalho à disponibilidade de recursos que o Qualis oferecia aos profissionais: a remuneração (no geral, bastante superior ao padrão salarial dos servidores públicos da administração direta), os equipamentos e materiais – considerados fartos e de boa qualidade. Também foi destacado, como motivo de satisfação, poder atender de forma adequada e de maneira "integral" a população. Nota-se, assim, que a satisfação dos profissionais estava relacionada não apenas a fatores como os insumos disponíveis, mas também a aspectos constitutivos do modelo assistencial proposto pelo Qualis.

> *"Eu achei a proposta do Qualis superlegal, vi que realmente a gente ia conseguir atender, ia tocar o serviço, ter os materiais."*
>
> *"Salas grandes, equipamentos, material, as pessoas da equipe."*
>
> *"Material, equipamentos. Pelo salário, respeito ao profissional e ao paciente."*
>
> *"Estar sendo útil pra alguma coisa. Tem aqueles que nem conseguem comer, boca inchada, abscesso* (refere-se ao fato de que, no consultório particular, eles fazem principalmente restauração estética). *Conhecer a família da pessoa, a integração do serviço."*
>
> *"Eu gosto de ir nas escolas. Aqui eu faço praticamente o que eu gosto."*

Motivos de insatisfação

Sobre a insatisfação no serviço, os profissionais mencionaram aspectos sobre as condições de trabalho e o modelo de atenção. Era o caso da insatisfação decorrente do fato de o programa ter aberto uma alternativa assistencial que não conseguia, em função de seu caráter experimental e restrito a determinadas áreas da cidade, estender-se a outras áreas do município, o que provocava excesso de demanda nas Unidades em funcionamento e sobrecarga de trabalho para as equipes instaladas.

"É ouvir o que as pessoas que não são da área reclamarem: por que eu não posso ser atendido?"

"É pouca gente pra muita população, tem que trabalhar bastante."

"Cobrança de produtividade na cadeira e pouco espaço pra trabalhar fora da cadeira. Eu acho que a gente ia ter aproveitamento melhor se trabalhasse mais essa parte preventiva."

"Não tenho tempo para fazer aquilo que eu gostaria de fazer (dentista da família, sair da Unidade ir à casa da família). *Gostaria de ter mais tempo para participar das atividades da Unidade."*

Capacitação

Os treinamentos foram feitos em serviço na maioria dos casos e, segundo expressão de vários deles, *"a quatro mãos"*, quer dizer, junto com os ACDs e THDs. Receberam, no entanto, atualizações de diferentes formas: palestras esporádicas, cursos de qualificação etc.

"Os primeiros meses de trabalho foram assim, bastante conversa, sentir como era o ambiente, a direção, com outros profissionais, pra estruturar os outros serviços que a gente ia implantar. Os ACDs e THDs estão sendo treinados em serviço."

"Tivemos treinamento a quatro mãos. Há palestras de atualização em medicação, segurança, teórico e prático. A gente aprende todo dia uma coisa diferente."

"O treinamento veio depois. Estão tendo alguns cursos. Cursos fornecidos por outras instituições universitárias, para suprir carências pontuais. As fitas que o MS editou sobre o PSF e Saúde Bucal ."

"A gente gostaria de ter dentro da parte odontológica aquela coisa, capacitação constante."

Dificuldades no trabalho

As dificuldades referiam-se, principalmente, à pressão da demanda – o que imprimia um ritmo de trabalho árduo, segundo alguns deles, e ao próprio desafio de superar a contradição da implantação de um programa de caráter generalista, de integralidade, com a inserção da atenção em saúde bucal que não prescindia de atividades extremamente especializadas.

"O ritmo de trabalho é bem grande. A carga de trabalhar com adulto e criança, essa diferença..."

"Regime de trabalho duro, mas funciona bem. Muita demanda, a capacidade operacional é pequena. Falta um sistema de referência e contra referência para os serviços de maior complexidade."

"A parte odontológica ficou meio fora... a dificuldade que a gente está tendo é enquadrar o nosso sistema dentro da Equipe de Saúde da Família. A ESF ameniza o que o médico pegava, a bucal está sob pressão da demanda com a implantação do atendimento ao adulto. Tem dificuldade no esquema de implantação, você experimenta uma coisa, não corresponde da maneira que você esperava."

Condições de trabalho

As opiniões sobre as condições de trabalho eram, no geral, positivas. Relacionavam-se às concepções e às proposta do programa.

"A gente só começa a mudar essa visão que a gente tem de Saúde Pública, trabalhando, vendo as dificuldades das pessoas."

"Trabalho no Qualis pela filosofia de trabalho. Poder propor ideias, participar e ter maior envolvimento no serviço, contribuindo para ele."

Sugestões

Ainda que houvesse sugestões sobre o funcionamento do programa, predominaram sugestões relativas aos serviços de apoio à prática clínica, ou seja, à implantação de serviços de especialidades para referência e contrarreferência dos pacientes atendidos pelas equipes.

> *"Trabalho nas casas seria interessante, a gente teria que treinar o ACS pra ensinar uma escovação."*
>
> *"A gente sempre tem que melhorar mais, implantar o serviço de especialidades, um processo em construção."*
>
> *"Oferecer aparelho ortodôntico, prótese. Se colocasse fono, psicólogo."*

Planos para o futuro

A totalidade dos dentistas pretendia permanecer no Qualis, vislumbrando, no programa, uma alternativa muito boa, considerando-se o contexto do mercado de trabalho, seja pela remuneração oferecida, pela estabilidade do vínculo ou, ainda, pelo tipo de trabalho que esse modelo assistencial propunha: inovador e desafiador e, por isso mesmo, instigante para vários deles.

> *"Espero continuar aqui, permanecer nesta unidade."*
>
> *"Dúvidas. Insegurança com o consultório particular pelos altos custos, a alternativa é manter são os empregos públicos. Manter os dois, o público e o particular."*
>
> *"Continuar a fazer o que está fazendo e, daqui a alguns anos, comparar os perfis epidemiológicos* (após o trabalho)*, aguardando melhora."*

AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO

Foram entrevistados, na pesquisa, cinco ACDs, todos do sexo feminino.

A idade variou de 33 a 48 anos: três na faixa dos 30 anos, e dois na dos quarenta anos.

Em termos de naturalidade, três informantes eram nascidas em São Paulo, capital; uma, em Osasco; e apenas uma, em outro estado, na Bahia.

Sobre o nível de escolaridade: uma tinha primeiro grau completo; uma, segundo grau completo e formação de THD; e uma, superior completo. Uma das entrevistadas não informou.

Apenas duas referiram seu estado civil: casadas.

Desenvolveram atividade profissional anterior em diferentes setores: consultório particular e ACD na Prefeitura do Município de São Paulo, empacotadeira da Besni, três Auxiliares de Enfermagem e/ou atendente enfermagem.

Nenhuma delas morava próximo à UBS de trabalho.

Ações no bairro

Não houve referências a ações propriamente desenvolvidas no bairro. As ACD relacionavam a adequação e a pertinência de implantação do programa ao contexto do bairro, da área de abrangência e ao perfil sócio-econômico da população residente.

Destacaram a **carência** da população, tanto no nível sócio-econômico quanto com relação à qualidade da atenção em saúde a que essa população vinha tendo acesso anteriormente à implantação do Qualis.

> *"Elas* (as pessoas do bairro) *são muito carentes, precisam de amor, atenção."*

"O Posto aqui só funcionava odonto. Tinha vacinas, mas não tinha médico, filas enormes..."

"Porque a população está meio castigada. Nós aqui somos privilegiados de favela. Ela não tem um nível de escolaridade muito alta. O Qualis é um projeto bem elaborado."

*"Geralmente eles (*a população*) gostam. São bem acolhidas, bem tratadas. Acolhimento, porque a população está meio castigada."*

"O objetivo é atender a família inteira daquela comunidade. Atender o paciente de forma única, ele inteiro, desde problemas psicológicos. (O Qualis) *Acompanha desde o nascimento até o idoso."*

Processo de instalação

Tomado em seu conjunto, o discurso das ACDs sobre o processo de instalação do Qualis na região era bastante articulado. Elas associavam a precariedade das condições de vida da população local e a exiguidade dos serviços de saúde existentes às reivindicações da população para a instalação do serviço. Articulavam também as necessidades da população de saúde em geral e as psicossociais ao modelo de atenção proposto pelo Qualis que, a seu ver, vinha ao encontro dessas carências.

"A população precisava de um Posto porque aqui não tinha. Este prédio já estava montado e fizeram uma reforma para instalarem o Qualis."

"A diretora, ela lutou: Mas aqui também precisa! Aqui tem uma comunidade, um conselho comunitário da região. Eles lutaram junto com a diretora pra instalar o Qualis."

"O bairro é muito precário, são pessoas muito carentes, eu acho que foi bem escolhido essa implantação do Qualis aqui, não tem condições nenhuma em outro atendimento, ir pra longe não tem condições financeira."

"O Qualis é uma continuidade do SUS."

"Saúde da família como um todo (a gente só via a boca). O agente sabe qual é o problema."

"É uma preocupação mais ampla. O Posto vira um referencial de saúde e uma coisa que eles contam."

"Aqui a gente trata o paciente com mais carinho. O Qualis quer dar bastante atenção à população, tratando de seus problemas físicos, psicológicos. Tratar a família em si."

"No Qualis há ênfase pela prevenção, embora o tratamento clínico exista. Prevenção é importantíssimo, mas tratar é imprescindível."

"O único problema dele (do Qualis) *é verba. Por exemplo, essa parte de restringir a população. Não é porque está restringindo a população que está excluindo as outras... até aqui, vai, atende essa rua; daqui pra lá, já não atende mais. Se for atender todo mundo sem nenhum limite, a gente perde totalmente o controle."*

Equipe: componentes

Havia uma variedade muito grande, de dois a oito, no número de ACD por equipe, em função da fase de implantação do programa, momento em que foi realizada a pesquisa. Havia equipes completas e equipes em formação, com profissionais em fase de contratação. Algumas das informantes referiram flutuação da mão de obra, contratados que não permaneciam ou sequer assumiam o cargo.

Processo de trabalho

As ACD concentraram os seus comentários no processo de divisão do trabalho. Sobre a divisão do trabalho entre os membros da própria equipe e sobre a divisão do tipo de trabalho a ser realizado junto à comunidade, o clínico – do consultório – e o preventivo / educativo – das ações educativas, coletivas. Percebe-se que para as ACD o processo de trabalho estava estreitamente vinculado às suas responsabilidades e atribuições profissionais, ao seu desempenho.

Os temas sobre processo de trabalho relativos à dinâmica interna da equipe estavam relacionados à hierarquia entre os membros, o desafio do trabalho conjunto (a "quatro mãos"), o rodízio nas atividades e o isolamento da ESB dentro do contexto da Unidade.

"O dentista supervisiona. Há divisão de trabalho na equipe. O trabalho em equipe é difícil, mas, a partir do momento que tem o mesmo objetivo, fica mais fácil. Discute-se muito, toma decisão, dar uma melhorada, melhora o atendimento. Tudo dentro da hierarquia na Unidade. O dentista faz o controle, a supervisão da equipe. O THD e o ACD ministram palestras (prevenção, aprender a escovar) *trabalham em rodízio: balcão, cadeira, bancada, administrativo."*

"Há um planejamento semanal; eu sei o que eu vou fazer semana que vem. O dentista é que diz o que eu vou fazer."

"Trabalhamos a quatro mãos."

"Trabalhar em equipe é melhor do que como eu trabalhava antes. Você sabe o que cada um faz... tem tudo nos seus devidos lugares."

"O ACD não tem tempo de se movimentar pela Unidade."

Sobre a divisão do trabalho intra e extramuros da Unidade, e que se traduzia nas atividades clínicas e educativas, também aparecia, claramente, a dinâmica entre os membros da equipe.

"(O ACD) *trabalha na clínica e fora daqui, é nas escolas."*

"As ações coletivas, as palestras. Trabalhar em equipe... tem mais conhecimento. A nossa equipe a gente já se dividiu, fazemos rodízio, pra não ficar monótono. Então cada semana cada uma está num lugar, com um profissional, na bancada..."

"O dentista faz prevenção, curativo, tratamento. Nas escolas também, reuniões, alertam, faz escovação. O ACD auxilia a odonto, materiais, papelada, escovação, nas escolas. Nós estamos também tentando fazer nosso grupo da odonto (realizam na Unidade, junto com a ESF, orientação odontológica a grupos de usuários)."

"Até o ano passado o dentista fazia algo fora da unidade... só que verificou que a falta do dentista aqui atrapalha. São as THDs que fazem palestra (escolas). A gente ensina também (escovação)."

*"Primeiro (*o paciente*) passa pela palestra, a gente ensina a escovar o dente, aí ele começa o tratamento até terminar."*

Ainda que predominassem questões relativas à divisão de trabalho, as ACD comentaram, também, alguns aspectos relacionando processo de trabalho e modelo de atenção. Foi o caso dos agendamentos que obedeciam à lógica pró-ativa do programa, e o quanto essa pró-atividade exigia do profissional, colocando-o diante de novos desafios. Tratava-se de um trabalho que exigia mais responsabilidade por estabelecer vínculo com a população usuária.

"Primeiro a ACS tem uma relação de nomes da área dela, aí ela marca, chegou na classificação, é garantido."

"Serviço público era assim. Presta serviço e vai embora. Hoje é diferente; você vai pra casa e dependendo do acontecimento você tem uma opinião formada, uma ideia nova... amanhã vai ter uma ação coletiva, uma atividade na escola, na igreja, envolve muito, você não consegue ir embora e esquecer."

Motivos para trabalhar:

grau de satisfação com o trabalho

As manifestações de satisfação com o trabalho relacionavam-se mais às possibilidades que o modelo de atenção proposto pelo Qualis propicia do que aos aspectos concretos ou vantagens oferecidas. O grau de compromisso que o trabalho exigia, num programa como o Qualis, fazia com que os ACD sentissem sua própria importância não apenas quanto ao desempenho técnico, mas como sujeitos de mudança, sujeitos de seu próprio processo de trabalho.

"Aqui é muito serviço, mas eu gosto do que eu faço."

"Acho que quem bolou o agente de saúde, criou uma coisa muito boa, um elo de ligação com a Unidade das pessoas lá fora, pra ser uma coisa só. Aqui é diferente, todo mundo é importante, todo mundo tem direito a dar sua opinião, eu tenho que estar engajada."

Motivos de satisfação

A aprendizagem apareceu como o grande estímulo ao trabalho.

> *"Cursos: é muito bom, está sempre renovando, se aprimorando."*
>
> *"Aqui a gente aprende bastante."*

Capacitação

Foram referidos muitos treinamentos em serviço, predominantemente técnicos, nas atividades clínicas de bancada ou na cadeira do dentista. Apenas uma referência ao conteúdo das capacitações.

> *"Depois da implantação, a gente teve treinamento a quatro mãos, vamos ter outro treinamento. O treinamento é sempre contínuo."*
>
> *"Recebemos reciclagem, tentando engajar todo mundo. Treinamento a quatro mãos. Fizemos também em educação em saúde bucal, mudar os modos de prevenção."*

Sobre **dificuldades no trabalho**, a referência sugeriu sobrecarga em função do excesso de demanda.

> *"A parte de odonto é muito disputada, o tratamento é difícil e caro."*

Condições de trabalho

Predominaram referências elogiosas à dinâmica coletiva do trabalho, ao trabalho em equipe.

> *"Eu nunca tinha trabalhado em equipe e é muito bom."*
>
> *"A nossa equipe é muito experiente, a gente praticamente não tem problemas, são coisas que podem ser contornadas."*
>
> *"Aqui nós somos uma grande família, a gente tem uma grande interligação dos funcionários."*

Sugestões

Houve muitas sugestões para o desenvolvimento do Programa, vislumbrando o seu potencial inovador. Houve apenas uma referência de sugestão na ótica do próprio funcionário, a de capacitação.

> *"Expandir mais o Qualis. Eu gostaria que expandisse mais a área de odonto, o serviço de odonto."*
>
> *"Mais profissionais, é muita gente. Outra sala de odonto seria ótimo. Às vezes a pessoa vem ela não tem problema, ela vem buscar acolhimento."*
>
> *"O trabalho na Unidade é importante, mas na escola também (prevenção)."*
>
> *"Estar sempre ligada, fazer bastante curso, interligada na saúde bucal."*

Planos para o futuro

Apareceram planos relacionados à expansão do programa, mas, principalmente, vocalizaram desejos em relação às suas carreiras. As ACD pretendiam, ou gostariam, de continuar os estudos.

> *"Que continue o Qualis se expandindo cada vez mais, onde as pessoas precisam mesmo. Continuar minha caminhada."*
>
> *"Minha perspectiva é que o projeto cresça, que possa estar participando mais do andamento do projeto."*
>
> *"Eu não fiz odontologia porque é um curso caro, caríssimo. Eu não tenho poder aquisitivo. Depois de formada eu não ia ter dinheiro pra montar um consultório. Aí eu pensei, a enfermagem é um curso mais barato. O meu sonho é trabalhar no Vila Nova Cacheirinha, que é perto da minha casa."*
>
> *"Se eu pudesse, eu só estudava. Tenho vontade de prestar vestibular pra enfermagem."*

TÉCNICOS EM HIGIENE DENTAL

Caracterização dos profissionais entrevistados

Foram entrevistados quatro Técnicos em Higiene Dental. Também entre os THD, todos os informantes eram do sexo feminino.

Três THD eram naturais de São Paulo, capital, e um deles, de Adamantina.

Quanto ao item escolaridade, três possuíam o Segundo Grau completo. Além da formação em THD, dois possuíam curso de Auxiliar de Enfermagem. Uma tinha, além do THD, Curso Universitário em Biologia.

Duas moravam próximo à sua área de trabalho e duas, distante.

Todas já haviam trabalhado em serviço público de saúde municipal ou estadual, e apenas duas haviam trabalhado em consultório dentário particular.

Ações no bairro

As referências às ações no bairro foram vagas. Houve apenas uma sobre reivindicação dos moradores pela implantação do programa que, no entanto, pareceu mais uma suposição da entrevistada do que referência a um fato ocorrido.

> *"A comunidade lutando para abrir o Qualis."*

As THD referiram-se a um estudo que teria sido feito para a implantação do Qualis local e reconheceram o papel fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde na vinculação do programa com a população e o bairro.

> *"Eu acho que eles estudaram a área."*

> *"Os ACS, eles conhecem muito bem os problemas; a demanda procura os ACS, os ACS vêm e agendam. Aqui não existem aquelas filas enormes porque eles agendam e marcam consultas* (descreve o trabalho do programa, adscrição etc.). *Estamos no processo, acho que 98% da população, aqui, tem problema de saúde bucal, é um trabalho que tá indo muito bem, mas ainda não foi feito."*

> *"Cada um tem sua área, o ACS cadastra sua área. Se você é do bairro você recebe tratamento."*

Também manifestaram extrema clareza sobre os objetivos e o ideário do programa.

> *"O Qualis é um projeto de saúde e qualidade de vida da família. Cuidar da família, ver uma pessoa, não só a boca, ou a saúde do indivíduo. Desde o idoso até a criança. Atenção em saúde bucal ao adulto, que antes não tinha. Também atinge a área preventiva (controlar a doença)."*

> *"Programa da Família com qualidade na saúde. Melhorar a Saúde da Família em geral. Ter o antigo médico da família. Atender a todos com melhor qualidade. Dar atenção às pessoas, pra melhorar a condição de vida das pessoas."*

Processo de instalação

Para as THD, a implantação do programa esteve relacionada às condições de vida das pessoas: "*o bairro é muito carente*". Mas o principal motivo, segundo uma das informantes, foi a contenção da demanda, ou seja, implantou-se o serviço odontológico na atenção básica com o objetivo de segurar uma demanda espontânea que se deslocava para os serviços de nível secundário ou terciário, sem necessidade.

> *"Antes tudo ia para o Hospital Vila Nova Cachoeirinha, no Mandaqui, por causa da deficiência do lugar* (refere-se a sobrecarregar os outros lugares e a necessidade de um sistema de referência e contrarreferência)."

Equipe: componentes e atribuições

Elas descreveram a composição das equipes: cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental. As atribuições eram definidas segundo o trabalho desenvolvido nos consultórios e as atividades educativas fora da Unidade.

> *"O THD faz a limpeza, aplica selante, o controle da placa bacteriana, ensina escovar dentes, aplica flúor, e ações coletivas nas escolas: as orientações. Auxilia o dentista, prepara a sala, recebe os pacientes, cuida do instrumental permanente etc."*
>
> *"O THD faz os procedimentos simples (restaurações, limpeza de dentes) não definitivos, e a prevenção (reuniões, escolas, palestras, teatrinho)."*

Processo e organização do trabalho

No que se refere à divisão e ao processo de trabalho, o THD se via como a figura cuja função era de otimizar e potencializar o trabalho do dentista e, consequentemente, o atendimento odontológico da Unidade, ampliando, assim, a capacidade de resposta à demanda. Ao descrever o processo de trabalho da equipe, elas mencionaram, também, seu desempenho, tendo em vista a consecução mais eficaz do trabalho da ESB.

> *"THD existe para o dentista não perder tempo, ter uma clínica melhor e mais rápida."*
>
> *"A minha ajuda no consultório implica agilizar."*

O papel de potencializar o trabalho da ESB refletia-se em todas as atividades por eles desenvolvidas: a triagem dos pacientes, a realização de alguns procedimentos odontológicos mais simples, o apoio às atividades de ordem burocrática como a organização da rotina da equipe, o planejamento do trabalho e a sua avaliação e, até, a articulação do trabalho em equipe, que era visto por eles como propulsor de eficácia e agilidade.

> *"A ACS faz pré-triagem, THD a triagem."*
>
> *"Várias pessoas procuram o serviço, mas eles orientam que façam a triagem (uma vez ao mês). Cada agente traz 10 pessoas e marca-se um dia pra triagem. Esclarece as dúvidas com o dentista ou com apostila."*
>
> *"A gente faz uma avaliação, classificação 1, 2, 3, é o estado mais grave. Segunda é área 1, terça a área 2... Na sexta a gente pega crianças do abrigo, creche. Urgência e grávida também."*
>
> *"Se for uma boquinha que tá em ordem, ele (*o dentista*) passa pro THD. O dentista faz o curativo, não fazemos nada sem a avaliação dele. Ele supervisiona o trabalho."*
>
> *"A sala de odonto, é tão burocrático que sem planejamento você se perde!"*
>
> *"Planejamento de trabalho. Anual, nas escolas; semanal, no consultório, dia a dia vai acontecendo..."*
>
> *"Os THDs são responsáveis, também, pelo trabalho educativo junto à comunidade."*
>
> *"O THD tem duas partes do trabalho: cadeira, fazendo procedimentos e olhando a sala de material, e a parte das escolas."*
>
> *"O THD faz restaurações, organização das vagas, estatística, a parte burocrática do serviço e prevenção (palestras, escovação, evidenciação de placas)."*
>
> *"O trabalho em equipe é muito bom... aprendendo mais, agiliza o trabalho, mais eficiente. Às vezes, se escapa alguma coisa da minha visão, um outro da equipe percebe, resulta em melhor atendimento, um trabalho mais perfeito."*

Satisfação da população

A avaliação foi de que a população estava satisfeita com o serviço em virtude da sua proximidade em relação às suas casas, da qualidade do serviço oferecido e do acolhimento que o modelo do Qualis propiciava. Essas, no entanto, são as percepções dos THD, não representando nenhuma avaliação sistemática, de fato, do serviço.

"Pelo menos não tem reclamação. Tá dando o retorno que eles queriam. Quem mora aqui na região tá privilegiado, que ainda tem."

"Eu sempre ouço dizer que estão satisfeitos. O que eu ouço é que com a implantação do projeto melhorou muito."

"Sabem que tem posto de saúde, que tem obrigação de atender. Elas têm informação (sabem de seus direitos e procurar o serviço). Todos adoram. Equipe presente, mais atenção, bem atendidos, a pessoa é conhecida. A pessoa é vem como uma pessoa (humanização)."

Motivos para trabalhar

Aqui apareceram os aspectos relacionados aos motivos para serem THD e os motivos e/ou grau de satisfação com o trabalho.

Todas referiram ter formação na área de odontologia porque gostavam de trabalhar com isso. Nesse sentido, o trabalho junto à ESB do Qualis era uma forma de exercer essa vocação, o que as deixava bastante satisfeitas.

Também se sentiam estimuladas pelas condições de trabalho que o programa oferecia, como a quantidade e a qualidade de materiais disponíveis. Aqui, mais uma vez, aparecia a comparação com o PAS, apresentado como um projeto que não oferecia condições de trabalho adequadas e/ou satisfatórias.

Por fim, mencionaram o modelo de atenção proposto como estímulo e satisfação pelo trabalho; o aspecto coletivo e preventivo das ações do programa.

"Sempre gostei de trabalhar com saúde. Eu gosto de odontologia."

"Gosto da área de saúde e odontologia. É uma profissão nova."

"Sem falta de material, material de boa qualidade. Acho importante dizer: eu faço o que eu gosto."

"Vou aproveitar, vou fazer alguma coisa que eu sei fazer." (A informante veio do PAS).

"Como eu te disse, eu adoro trabalhar com prevenção."

"Poder trabalhar com a população, orientar as pessoas."

Apenas uma explicitou um motivo de insatisfação: *"não é fácil não. Acho que mais atividades iria me sobrecarregar"*.

Capacitação

As profissionais mencionaram diferentes tipos de capacitação: em serviço, treinamentos de conteúdo técnico e teórico, formação sobre os princípios e objetivos do Qualis.

"A gente tem capacitação. Cada coisa acontece... trabalho a quatro mãos, foi uma capacitação."

*"De início não; depois houve. Parte técnica, parte teórica (*queixa que a dinâmica precisava melhorar*)."*

Segundo elas, ocorreram reuniões, na Secretaria, sobre como o Qualis funcionava. A parte técnica era toda estruturada, havia um curso organizado (treinamento orientando como lidar com diferentes pessoas, diferentes idades), além de um curso de ações coletivas.

Dificuldades no trabalho

As referências às dificuldades encontradas diziam respeito mais à insegurança no trabalho, à inserção em uma atividade nova, desafiadora para algumas delas, do que propriamente às dificuldades encontradas no trabalho. Ou seja, o medo do novo, o desafio de processos de trabalho diferentes causava receio, medo, vocalizado como dificuldade. Eram inseguranças psicoadaptativas. Houve apenas uma referência a limitações objetivas e falta de recursos.

"Eu acho que a parte educacional é mais difícil, você criar hábitos na população. Eu vim

com certo receio, estar começando como THD nessa parte preventiva."

"Eu vou e pergunto; converso com os dentistas."

"Trabalhar em equipe: às vezes complica, diverge."

Dificuldades: falta de sala para atividades de prevenção.

Condições de trabalho

Os comentários sobre as condições de trabalho foram variados: consideradas boas ou ruins, relativas a material disponível, relação com o público etc.

"Boas. Boa relação em equipe e não falta material. Eu acho que o nosso trabalho está sendo feito de maneira bem competente. Temos serviço!"

"Trabalhando num lugar público, tem que saber conversar, saber entender. Tem que gostar. Trabalhar com boca, tem boca limpa... tem boca suja... de qualquer jeito."

Sugestões

As sugestões apresentadas foram no sentido da manutenção e ampliação desse tipo de atenção em saúde para a população.

"Poderia ter mais investimento na saúde. Sem dinheiro não há como melhorar as condições de saúde e também as pessoas terem mais empregos, melhores condições de moradia."

"Se pudesse ampliar o trabalho, mais profissionais qualificados. Tudo que você puder oferecer em matéria de saúde na parte clínica, odontológica, pediatria, trabalhos para jovens, drogas, psicólogas, alcoolismo é um tipo de trabalho que deve ser feito."

Planos para o futuro

Todas desejavam continuar estudando. Vislumbravam, no curso universitário, possibilidades melhores de inserção profissional.

"Se eu pudesse, eu faria odonto. Eu gosto de aprender. Continuar meu trabalho aqui, que é muito importante e eu gosto."

"Fazer faculdade de enfermagem."

"Eu gostaria de melhorar profissionalmente, inclusive eu gostaria de exercer outra coisa, em laboratório, na área de meio ambiente."

COORDENADORES DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL

Cabe novamente referir que as entrevistas com membros das ESB foram realizadas com profissionais da parceira Fundação Zerbini, pois a Santa Marcelina ainda estava preparando a implantação das ESB nas Unidades sob sua responsabilidade.

Foram entrevistados dois Coordenadores de Saúde Bucal. Os dois tinham curso superior de Odontologia e um deles, Especialização em Saúde Pública.

Os dois já tinham exercido atividades de coordenação na área de Saúde Bucal: um deles, em Diadema e Mauá, o outro no ERSA-12, CRT AIDS PMSP.

Processo de instalação

Havia clareza sobre os princípios e objetivos do Programa: a história de sua implantação, o foco na família e o princípio da integralidade, as estratégias preventivas – clínicas e epidemiológicas – a pró-atividade do modelo e o princípio da programação por meio dos ACS, o barateamento dos custos da atenção implícito na reestruturação da assistência primária etc. Viam também a ESF como o *"cartão de visitas do Qualis"*, papel fundamental no forte vínculo com a população e na humanização do atendimento.

"Qualis é o nome fantasia do PSF, que vem sendo implantado no Brasil, em outros lugares. É uma estratégia de implantação do SUS. Prevê que as famílias sejam acompanhadas mais de perto, não só pelos ACS, como também por toda equipe de Saúde da Família. Prevê que seja dada atenção integral à saúde das famílias numa área adscrita. É uma proposta nova, mas já foi implantada em alguns municípios Norte e Nordeste, Niterói..."

"O Qualis se propõe a intervir em todos os problemas de saúde da população adscrita."

"As ações se desenvolvem no espaço da Unidade, na área da Unidade. Prioritariamente a gente tenta resolver os problemas de saúde de maior risco de adoecer, mas também tenta dar conta dos problemas de saúde já instalados na população."

"Há um cadastro por microrregião (condições de vida, moradia, econômica) das famílias que subsidia o suporte técnico e teórico do trabalho. Cada família é vista no seu todo, uma equipe toda preocupada com o seu viver."

"O Qualis é um modelo de atenção que privilegia as atividades coletivas, a prevenção de doenças. Modelo mais barato, mais eficiente, mais eficaz (...) calcado na visão da coletividade."

"O trabalho extraunidade é fundamental, e pra isso precisa de pessoas que não vão fazer falta no consultório. Pra isso a gente conta com os agentes comunitários."

Tinham clareza, também, sobre os desafios do programa. Na função de coordenadores, não apenas apresentavam os objetivos do Qualis como, simultaneamente, faziam a leitura crítica de sua implantação como um todo e, em especial, os desafios postos à Saúde Bucal.

"O Qualis é um desafio muito grande porque, quando ele foi pensado, a ESB não foi pensada originalmente. E fazer o casamento, inserir os profissionais de saúde bucal dentro das ESF é o grande desafio. É uma proposta de modelo de atenção totalmente novo. Baseada em outras experiências do Brasil, nordeste. A diferença é conseguir fazer essa proposta dentro de área densamente povoada, metropolitana, como São Paulo."

"Tem muita gente que acha inviável em área metropolitana, até por desconhecer nossas atividades, consideram nosso projeto caro, já fomos taxados de eleitoreiros. Cabe sim, porque são muitos os recursos, mas o acesso é totalmente inviabilizado pra maioria da população. Hospitais, por exemplo. A medicina de família ainda é uma boa alternativa."

"Na Bucal o que a gente tem são modelos completamente ultrapassados. Na Bucal se alia a falta de recursos mais esses modelos ultrapassados (contrapondo-os à estratégia inovadora das ações coletivas)."

"Na Bucal, a diferença é que o Qualis garante atendimento ao adulto."

Achavam que existiam dificuldades com a incorporação do profissional da bucal, que *"em alguns momentos torna difícil a integração com a equipe de Saúde da Família (peculiaridades: o dentista tem apenas 20 horas, há dificuldade do CD trabalhar de forma mais integrada, a dificuldade da ESF trabalhar incorporando seu papel na saúde bucal)"*.

O desafio, para eles, era a SB trabalhar dentro da ESF e com domicílios adscritos, fazer com que cada núcleo fosse de prevenção de SB.

Os comentários revelaram que os coordenadores já tinham, à época, extrema clareza dos desafios postos à incorporação da ESB no modelo da Saúde da Família.

Equipe: componentes e atribuições

Havia, como era de se esperar, clareza nas atribuições dos membros das equipes tendo, inclusive, condicionado as contratações.

"O THD é habilitado para fazer procedimentos clínicos básicos. O ACD, instrumentação, suprimento de material, preparação de material etc. Os dois fazem o trabalho extramuros da Unidade, educativo, ações coletivas."

"O CD fecha o diagnóstico familiar e visita domiciliar quando o paciente está acamado."

"A seleção dos profissionais obedeceu formação técnica e querer crescer, se envolver, ousadia, experiência em Saúde Pública."

Processo de trabalho

As questões relativas ao processo de trabalho mostraram muito claramente todos os aspectos com os quais eles deviam trabalhar, desde o planejamento e organização do processo de implantação e das atividades rotineiras, até o abastecimento das Unidades e equipes com materiais e insumos. Apareceram, também, as preocupações dos coordenadores quanto ao ajuste do programa, na perspectiva da garantia de seus princípios básicos.

"O desafio de compartilhar as atividades, tanto as curativas como as preventivas com a ESF, e compartilhar com as famílias as atividades todas. Compartilhar responsabilidades. Cada dentista fica responsável por uma microárea (ou mais). Foram trocando experiência com outras equipes Qualis e ajustando o trabalho."

*"A gente discute (*implantação, expansão*) quantas equipes vai incorporar, equipamentos, por quais espaços da região devem ter trabalho mais educativo."*

Sobre planejamento e o papel da coordenação:

"Tem uma coordenação geral do projeto, um coordenador adjunto, e existe uma coordenação regional também, médico e enfermeira, mais alguém para a parte administrativa. Aí vêm as coordenações em Bucal, Mental..."

*"O coordenador participa de todas as decisões maiores relacionadas ao projeto, têm reunião mensal com a coordenação geral, reuniões semanais com as unidades. A coordenação tem feito relatórios das atividades e procurado discutir com as unidades (*dados de produção*)."*

"Assessorar tecnicamente a equipe de coordenação, os diretores das unidades, os profissionais, no sentido de pensar o trabalho, o modelo de atenção, o dia a dia, incluir as questões de SB."

"Todo dia a gente tem uma reunião assim, obrigatória. Quem deve priorizar o sistema de informação são as próprias equipes, nesse caminhar, nesse planejar e replanejar as atividades. São feitos relatórios e estabelecidas metas."

A equipe de coordenação do Qualis Santa Marcelina era multiprofissional e estava recentemente formada. Faziam reuniões para decisão. Quando havia conflito (que a coordenação menor não resolvia), quem resolvia era a coordenadora de SB da SES.

A gestão do programa era feita pela coordenação, gerentes das ESF e das Unidades, o sistema de informação, mais supervisão.

"Estamos buscando parcerias para dar conta do atendimento (instalação de serviços). Há parcerias com instituições para a atenção em SB e intersetoriais, por exemplo, profissionalização de adolescentes."

O planejamento do trabalho das ESB deve, segundo os coordenadores, obedecer a critérios epidemiológicos que norteiam a priorização das ações junto à comunidade e a organização da demanda. Esse levantamento articula-se à ação do ACS, numa direção pró-ativa, pressuposto do modelo de atenção:

*"Cadastro das famílias em situação de risco (saudável, doente, sequela). Trazem para a clínica para diagnóstico e estabilização do processo do paciente (aplicação de flúor), tratamento. O planejamento é feito em função disso. Fazemos um pouquinho de periodontia (gengivas), endodontia (canal), restaurações. Privilegiamos o risco, quem tem mais risco de adoecer, gestante, que é prioridade do Qualis, menor de um ano, hipertensos, diabéticos (*segundo eles decisão referendada pelos conselhos de gestores, com a população*). Onde não é possível instalar clínicas odontológicas, estamos treinando os ACS que podem desenvolver um mundo de ações preventivas e que tenham condições de, junto com a ESB, identificar doenças de SB."*

"A gente parte do nosso profissional mais importante, o ACS, que não está correndo só

atrás da doença, mas está verificando as condições que interferem nesse processo. O enfermeiro é o grande coordenador da equipe (planejamento, acompanha o trabalho dos ACS)."

A ESB tinha que dar conta do atendimento (clínicas modulares – espaços onde eram instalados três cadeiras, uma equipe, trabalho a quatro mãos e permitia aumentar a cobertura, pois tornava o trabalho mais rápido; tinha também o argumento ergonômico, redução do esforço físico, estresse) como também do trabalho educativo, das ações coletivas *("desenvolvidas em espaços sociais, na área de abrangência das unidades, escolas, centros de juventude, creches, EMEIs")* e escovação supervisionada.

Eles se referiram ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) como o sistema que deveria servir para o planejamento, organização e avaliação das ações do programa. Ocorre que a Saúde Bucal, por não ter sido implantada como clínica básica nas outras experiências de Saúde da Família, fora a do Qualis, também não estava incorporada ao SIAB. Nesse sentido, eles se preocupavam em desenvolver um sistema de informação em SB próprio e capacitar as equipes para a coleta e análise dos dados.

"Existe um sistema de informação do Projeto que é o SIAB, ele se inicia ali no cadastro... Não tem como realizar registro odontológico, pois não foi pensado isso."

"Há um sistema de informação que é o SIAB. Dentro do SIAB não está previsto o registro das informações de SB. A gente tem começado a criar uma rotina de estar desenvolvendo esses dados pras Unidades, pra que elas mesmas interpretem os dados."

Sobre contratações de RH, abastecimento e insumos:

"O trabalho tem uma interface muito grande com vários setores, como o RH, seleção de pessoal, treinamento. Suprir as necessidades das unidades, material de consumo, equipamentos, manutenção."

Satisfação da população

As referências à satisfação da população eram muito positivas e relacionavam-se a um dos principais aspectos do programa, o potencial de **acolhimento** oferecido pelas ESF, diferentemente do modelo tradicional de atenção à saúde; acolhimento que se traduzia na escuta do médico, no papel desempenhado pelos ACS e pela visão integral da saúde, preconizados pelo programa.

A população via o Qualis como uma grande alternativa em relação aos serviços de saúde que estava acostumada a utilizar, pela possibilidade de ter um atendimento mais humanizado, de perceber que os seus problemas de saúde estavam sendo resolvidos, estavam sendo acompanhados com critério por uma equipe, e que existia retaguarda para dar suporte aos seus problemas de saúde mais complexos.

"A população sente e exprime segurança sobre a proposta (médico perto, o ACS, a forma de atenção, a preocupação não só com a doença, mas com a situação de vida)."

"O agendamento tem uma pré-condição que é o acolhimento. Uma grande quantidade de dúvidas, procedimentos e encaminhamentos se resolve no acolhimento. Tenho certeza que há reconhecimento da população."

Mencionavam também a mobilização da população na defesa do programa e participação nele como elementos importantes de adesão e satisfação com o projeto.

"Acho que a população, representada pelos ACS, foi o grande fermento. A população se organizando."

A população participava por meio de seus representantes nos Conselhos de Saúde. Quando necessário, se reuniam com a coordenação do Santa Marcelina. Trabalhavam muito perto do projeto, nos eventos, nas promoções. A equipe incentivava a participação da população, dava espaço para os conselhos, representação.

Motivos para trabalhar: grau e motivos de satisfação com o trabalho

Foram relacionados motivos de ordem ideológica, em consonância com os princípios do programa. Para os coordenadores, a adesão ao projeto significava um projeto não apenas profissional, como também político.

> *"Eu estou satisfeita. Acho que ele (*o Qualis*) é considerado uma alternativa na questão da viabilização do SUS. Acho que a gente trabalha com um monte de problemas, mas eu acredito no projeto. Trabalhar com a equipe de coordenação, que eu acho que tem alguns problemas, mas é uma equipe muito coesa na forma de pensar a questão da saúde, de pessoas extremamente envolvidas no trabalho. Outra questão que me agrada muito é a possibilidade da gente ser criativo."*
>
> *"Pra mim sanitarista é quase um prêmio por ser tudo que ele sempre buscou, nas suas programações, nos seus estudos epidemiológicos, sempre buscou a questão fundamental que é a adscrição da população, trabalhar com território definido, população cadastrada. Casar a SB nessa proposta e poder fundamentar um modelo de atenção."*

Motivos de insatisfação

Mais do que motivos de insatisfação, os coordenadores da SB do Qualis revelaram **insegurança** sobre os rumos e a continuidade do programa.

> *"Tinha toda uma expectativa de que a velocidade da ampliação do projeto seria muito mais rápido do que hoje se está percebendo que é. Acho que o Qualis não está atingido todos os objetivos a que tem se proposto porque não tem conseguido ampliar. É a vulnerabilidade que o projeto ainda tem, ainda não está claro o papel das parceiras, como essas instituições se relacionam entre si. Há vulnerabilidade às mudanças de percurso no meio do caminho."*

Outra queixa: *"Morosidade administrativa"*.

Capacitação

Falaram dos treinamentos e capacitações que organizavam e desenvolviam para os profissionais da SB, dentistas, ACDs e THDs. Descreveram como eram e as dificuldades da formação para um modelo de atenção inovador.

> *"Os dentistas têm um pouco de dificuldade de entendimento da proposta, do que é esse novo modelo de atenção. A gente tem que formá-los, no próprio projeto, já em trabalho, é um pouco difícil até que entendam, mas alguns passam a comprar e realmente incorporar* (tem os que se adaptam e os que não)."
>
> *"Os treinamentos, a gente considera que os treinamentos devem ser um processo permanente. A gente tem feito várias atividades de capacitação. Pra ACD e THD está começando em treinamentos específicos. Uma atividade que a gente desenvolveu, a gente chamou de 'treinamento a quatro mãos', voltada pras ESB de cada Unidade, pra trabalhar a questão da importância do trabalho em equipe, da divisão de tarefas... foi uma atividade superinteressante! Estamos preparando uma atividade grande, que é o levantamento epidemiológico em SB."*
>
> *"Há um treinamento mais geral, para todas as categorias, introdutório. Depois cada segmento tem os seus. Quem prepara os treinamentos é a coordenação. Ele treina as questões técnicas dos dentistas / proposta problematizadora e vão enquadrando essa experiência (*Qualis*). Os treinamentos obedecem, também, ao perfil epidemiológico da área. Em nível micro as equipes são muito autônomas, se enfatiza isso."*

Dificuldades no trabalho

Referiram-se à capacidade deles em consolidarem os princípios do programa:

> *"A nossa dificuldade é transportar todo esse modelo de atenção, sempre voltado pro indivíduo, pras famílias, conseguir um envolvimento familiar. Compartilhar nossa atividade com os membros da família."*

"Que as ESF reconheçam que uma criança com dente cariado pode ser uma criança que vá ter um problema de nutrição, por exemplo (integração de equipes)."

Condições de trabalho

As opiniões relacionaram-se a aspectos muito diferentes, intra e extra Qualis:

"Acho que a gente tem um equipe de coordenação muito enxuta, um suporte administrativo muito precário (...) e a gente acaba fazendo papel de recepcionista, recebendo pessoas. Acho que a gente tem uma estrutura bem pobre ainda, em termos de coordenação. Acho grande as atividades da coordenação, e de muita responsabilidade para a jornada de trabalho."

"O desafio é ter essa base territorial e aparecem surpresas, como enchentes."

Planos para o futuro

As perspectivas estavam relacionadas ao projeto "ideológico" com o qual partilhavam:

"Não consigo nem imaginar meu futuro profissional, por causa da crise no Brasil. Desde que me formei eu fiz minha opção em Saúde Pública, construí minha trajetória em Saúde Pública, porque eu realmente acredito. A possibilidade de estar trabalhando dentro de um programa de SF, pra mim eu acho que isso está dando uma experiência muito grande, que possa ser aproveitada no dia que eu sair do projeto."

"No Qualis. Eu acho que eu não sou mais capaz de voltar aos modelos de atenção desses mais tradicionais."

Sobre planos de trabalho no programa, apareceu uma demanda generalizada nas ESB, o sistema de referenciamento da demanda: desejo de expansão da clínica especializada para referência e contrarreferência do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral, todos os profissionais entrevistados manifestaram bastante clareza sobre os princípios e diretrizes do programa. Reconheciam nele a clara reorientação do modelo assistencial até então vigente: a pró-atividade, com a atuação dos ACS e da ESF que, segundo eles, faziam o **elo** dos serviços com a população; o princípio da integralidade da atenção, com o médico de família e as equipes multiprofissionais olhando para o conjunto dos membros da família; a acessibilidade, em função da proximidade dos serviços e usuários (adscrição de clientela); e a humanização da atenção, com a escuta médica, o acolhimento dos profissionais e a Unidade Básica de referência.

Em função da estratégia adotada pela coordenação de Saúde Bucal do Qualis, havia clara percepção da necessária articulação entre o modelo de atenção e a construção do perfil epidemiológico da população, que servia como elemento norteador de planejamento das ações, organização e atendimento da demanda, ou seja, um componente fundamental, se o objetivo é o de atingir a pró-atividade proposta pelo programa, e que ela seja efetiva e eficaz (Roncalli, 2006).

Sobre os motivos de implantação do Qualis, a opinião dos profissionais das ESB teve pequena diferença da dos coordenadores. Esses últimos enfatizaram o modelo de atenção como fator fundamental para a implantação do programa, ou seja, a resolutividade no nível da atenção primária e a melhoria no sistema de referência e contrarreferência (na medida em que se organizava e se continha a demanda), chegando, inclusive, a mencionar o barateamento dos custos da atenção (pois, com as estratégias de prevenção e promoção – clínico-individuais e coletivas, evitava-se que problemas simples se complicassem ou recaíssem nos níveis secundário ou terciário de atenção, desorganizando a racionalidade do sistema).

Para os profissionais das ESB, Cirurgiões Dentistas, ACD e THD, o principal motivo de implantação do Qualis estava relacionado à carência da população, no que se refere tanto ao seu nível sócio-econômico quanto à carência de equipamentos de saúde nas áreas pauperizadas da cidade, escolhidas para a instalação do programa. Nesse aspecto, a situ-

ação urbana foi lembrada como fator dificultador de acesso aos serviços de saúde em função das longas distâncias a serem percorridas e dos elevados custos dos transportes.

O contexto metropolitano apareceu, também, como elemento desafiador. Para os coordenadores, em especial, tratava-se de um grande desafio implantar o programa em área metropolitana, visto que as experiências anteriores ocorreram em localidades de menor complexidade urbanística e sócio-cultural. Nesse sentido, a descrição de clientela apareceu como um problema a ser enfrentado pelas ESB. A delimitação da população a ser atendida, como forma de melhorar o atendimento, tornou-se fonte de desgaste para as ESB, pois a imensa demanda reprimida pressionava as áreas onde foi implantado o programa e, consequentemente, suas equipes.

No entanto, todos os profissionais sentiam-se orgulhosos a respeito do pioneirismo da implantação da Saúde Bucal na atenção básica, com abertura para o atendimento à população adulta. Alguns mencionaram a luta da comunidade como fator desencadeante da instalação do programa, nas áreas definidas.

A Equipe e o processo de trabalho

Os profissionais da Saúde Bucal tinham extrema clareza sobre as suas atribuições e funções junto à própria equipe e ao programa; desde as atividades clínicas, de consultório, até as atividades educativas, as ações coletivas desenvolvidas fora da Unidade. Compreendiam claramente, também, quais eram as atividades de prevenção e as de promoção. Essa clareza das funções e atribuições dos membros e equipes talvez decorra do pioneirismo da implantação da Saúde Bucal num contexto de Saúde da Família, pois isso requereu desses profissionais empenho em delinear, claramente, os objetivos do trabalho, as metas a serem cumpridas e, em decorrência, as formas de sua execução: a divisão e o processo de trabalho. Outro aspecto a ser considerado quanto à clareza com que os profissionais identificavam suas atribuições pode ser o alto grau de especialização do trabalho na área odontológica, que desenvolveria nesses profissionais essa cultura da especialização (Santos e Assis, 2006).

A clareza quanto à divisão do trabalho e à dinâmica do trabalho em equipe apareceram, também, em respostas que remetiam à hierarquização e ao planejamento do trabalho na Saúde Bucal como um todo; planejamento e hierarquização do trabalho em equipe e das equipes com relação à coordenação geral da Unidade e do programa. Uma questão que fica em aberto é saber se essa hierarquização e esse alto grau de planejamento na Saúde Bucal não correspondiam, também, ao momento de instalação do programa. Vários informantes sinalizaram que as equipes se encontravam em fase de formação e que havia fluxo de mão de obra.

Ainda na perspectiva do planejamento, apareceu, aqui, a iniciativa da construção do perfil epidemiológico em saúde bucal da população local, pois o SIAB não contemplava essa cobertura. Colocava-se, então, para as ESB a tarefa de construírem seu próprio sistema de informação na perspectiva, inclusive, de consolidar a ação pró-ativa que o modelo de atenção propunha. Nesse trabalho, eles contavam com os ACS que, sob a orientação da ESB, faziam um rastreamento dos casos que, posteriormente, eram classificados pela equipe de acordo com o nível de gravidade e risco.

Outro aspecto relacionado ao trabalho era que os membros das equipes, em especial os ACD e os THD, mas também, e secundariamente, os CD, estavam preocupados com o seu desempenho. Questionados sobre as tarefas, eles as situaram quanto ao desempenho que lhes era preconizado no contexto da divisão do trabalho da equipe. Os THD, por exemplo, se viam na função de otimizar e potencializar o trabalho do dentista, ampliando a capacidade de resposta da UBS. A divisão de trabalho era vista, portanto, como fator potencializador e agilizador do processo de atendimento ou das atividades educativas junto à comunidade.

Mencionaram aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe ressaltando, em especial, a forma nova que o modelo da Saúde da Família propunha. Alguns viam o trabalho em equipe como potencializador e criativo, permitindo troca de saberes; outros ainda demonstravam insegurança quanto a dividir "a quatro mãos" as tarefas (Araújo e Dimenstein, 2006). E aqui apareceram algumas das contradi-

ções, dentre tantas outras, para os profissionais da Saúde Bucal inseridos no Qualis, no modelo de Saúde da Família. A contradição maior ocorria entre o que o programa preconizava – a pró-atividade, o foco no domicílio, na família, o acolhimento etc. – e o que, de fato, a ESB tinha condições de realizar, ou seja, a odontologia requer um aparato tecnológico, uma tecnologia dura que inviabiliza certa flexibilidade das equipes. Também concorria para isso a pressão da demanda reprimida (Santos e Asis, 2006; Pucca Jr., 2006). Nesse sentido, as ESB atuavam no espaço de uma contradição intrínseca: o modelo tradicional (demanda espontânea) *versus* o modelo substitutivo (Saúde da Família), contradição essa que interferia e determinava a inserção desses RH e o seu processo de trabalho.

A população

Sobre a satisfação da população, não houve nenhum dado objetivo a que os informantes se referissem. No geral, eram suas opiniões, em função do que ouviram da população, do que receberam de críticas, ou de sua impressão.

Eles referiram elogios da população devido à introdução do serviço na rede e da resolutividade do programa – mais especialmente à qualidade da assistência. Houve menções positivas a aspectos que se relacionavam ao modelo de atenção proposto, como a marcação prévia das consultas pelos ACS, a proximidade do serviço das casas dos moradores, o acolhimento e a visão integral do paciente.

O trabalho

- Motivos para trabalhar;
- satisfação / insatisfação;
- capacitações;
- dificuldades;
- condições de trabalho.

No geral, os profissionais tinham uma visão positiva do seu trabalho. A primeira razão era porque, como quase todos referiram, estavam atuando em sua área de formação e, com isso, sentiam poder desenvolver sua vocação, quer dizer, trabalhavam no que gostavam.

Como o modelo da Saúde da Família propunha práticas inovadoras, os profissionais viam também, nessa inovação, um estímulo à aprendizagem. Esse desafio – a inovação – era tanto fonte de angústia (insegurança quanto ao "novo", dificuldades psicoadaptativas) como fonte de satisfação, na medida em que conseguiam realizar seu trabalho a contento.

Consideravam, ainda, estimulante o desafio de desenvolver as atividades de promoção e prevenção extramuros da Unidade, as ações coletivas junto às comunidades.

Apresentaram os recursos de trabalho que o Qualis oferecia como fatores estimuladores: os salários (acima da média dos serviços públicos), a estabilidade do emprego, os equipamentos e materiais considerados de boa qualidade que, se não fartos, eram suficientes.

Outro fator importante para a satisfação com o trabalho foi a adesão mais propriamente política ao programa, ao projeto "ideológico" implícito no Qualis, quer dizer, o escopo focado na atenção primária e na reestruturação do modelo assistencial. A compreensão da dimensão mais global do programa os estimulava a permanecer e crescer nele. Os profissionais, no Qualis, sentiam-se **sujeitos** do próprio trabalho, apropriavam-se (em boa medida) do processo de trabalho, seja pela perspectiva da integralidade que podiam oferecer aos pacientes, pelo orgulho por oferecer um atendimento que *"respeita"* a população, seja pela própria dinâmica do trabalho na Unidade e na equipe.

A grande queixa recaía na sobrecarga de trabalho, relacionada ao excesso de demanda.

Em capacitação, referiram, principalmente, àquela realizada **em serviço**, além de palestras, cursos etc. esporádicos. Havia grande demanda de capacitação permanente, em função dos desafios encontrados na rotina de trabalho do programa, e que confrontava com a formação básica das graduações – que ainda se encontravam focadas na abordagem eminentemente odontológica (Roncalli, 2006). O modelo inovador

do Qualis demandava, segundo eles, diferentes tipos de capacitação.

Sugestões e planos para o futuro

As sugestões foram relativas à manutenção e à expansão do Qualis, já que presenciavam, no programa, a efetividade dos objetivos propostos e a eficácia do trabalho deles.

Reafirmaram o desejo de, na continuidade do programa, a Saúde Bucal conseguir instituir um sistema de referência e contrarreferência para que se conseguisse concluir todas as etapas da integralidade da atenção. Como já mencionado, esse era um fator de angústia dos profissionais: atender pacientes que eles não tinham como referenciar no sistema, correndo o risco de ver seu trabalho perdido.

Sobre os planos para o futuro, a grande maioria falou nos estudos. Os que não tinham graduação pensavam em fazê-la, os que já a tinham pensavam em especializações, pós-graduações, sempre na área, o que demonstrava afinidade com o trabalho.

REFERÊNCIAS

Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):219-27.

Cohn A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: O desafio permanente. Saúde e Sociedade 1992; 1(2):97-109.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Relatório Final – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 2002. (Mímeo).

Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda nacional. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):243-6.

Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: Um caminhar partilhado. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):105-14.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: Construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciência & Saúde Coletiva 2006; 11(1):53-61.

Zilbovicius CA. Saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: Integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Áurea Maria Zollner Ianni, Cássio Silveira, Joana Azevedo da Silva, Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Regina Maria Giffoni Marsiglia

O Projeto Qualidade Integral em Saúde – Qualis, implantado na cidade de São Paulo em 1996, consistiu numa estratégia pioneira, no que diz respeito tanto ao modelo de atenção proposto quanto à modalidade de gestão de um programa de atenção básica.

Tomando-se a rede de atenção básica do município de São Paulo que era, até então, servida por equipamentos próprios municipais e por equipamentos do governo do Estado, havia o predomínio da administração direta do poder público estatal (Cohn, 1992). O Qualis introduziu, nesse cenário, a gestão partilhada dos equipamentos de saúde com as organizações sociais (as "parceiras"), abrindo um caminho desafiador quanto à gestão em saúde em seus aspectos financeiro, administrativo e propriamente gerencial.

Outra "novidade" que o Projeto trouxe para o município foi a introdução da modalidade da Saúde da Família na rede básica de atenção. Ainda que essa modalidade assistencial tivesse sido adotada em muitos outros municípios brasileiros e que seu desenvolvimento tivesse sido objeto de avaliação na cidade de São Paulo, o Qualis constituiu a primeira iniciativa. Tais características fizeram com que fosse implantado, em caráter experimental, em algumas áreas restritas da cidade, mais especificamente nas zonas Leste, Norte e Sudeste.

Em relação à atenção odontológica também foi o Qualis que introduziu, pela primeira vez, no âmbito da atenção básica do município de São Paulo, um programa de saúde bucal para adultos. Até então, a atenção odontológica restringia-se às crianças em idade escolar e, aos adultos, oferecia-se um serviço de Pronto Atendimento, de caráter emergencial, em algumas Unidades da rede básica e em Pronto Socorros.

A ideia do Qualis, na opinião dos profissionais, resultou de algumas matrizes nacionais e internacionais e de experiências realizadas e tomadas como modelo: do exterior, os exemplos de Cuba e do Canadá. Nacionalmente, experiências anteriores que, de certa forma, teriam aberto o caminho para a formulação e implantação do Qualis: por exemplo, a experiência do Médico de Família, nos anos 1990, no Estado de São Paulo, e a experiência do município de Chapecó, Santa Catarina, com a proximidade criada entre médicos que residiam nas regiões da comunidade assistida.

No que diz respeito às diferenças, as características da realidade sócio-sanitária apresentada ao Qualis diferiam em quantidade e qualidade dos Programas de Saúde da Família encontrados em regiões rurais ou de baixa densidade demográfica; era diferente o modo de vida dos agentes na área rural ou na urbana,

bem como seu trabalho e as ações de saúde desenvolvidas, além de, na área rural, não se contar com o suporte de uma rede mais extensa e complexa de assistência à saúde.

Sobre a implantação do Qualis numa cidade com tantos recursos como São Paulo, os profissionais acreditavam na sua importância porque seria a única possibilidade de assistir à população sem que ela precisasse se dirigir para os níveis secundário e terciário da atenção; ou seja, havia necessidade de prevenção em saúde e de diminuição dos gastos com atendimento hospitalar. Outros já consideravam que, mesmo havendo muitos serviços em São Paulo, ainda havia pessoas que não tinham acesso aos serviços.

Por outro lado, na primeira fase do desenvolvimento do projeto, se, de um lado, apresentava boa aceitação por parte da população e dos trabalhadores de saúde, por outro lado, havia limitações que deveriam ser enfrentadas na sua provável expansão, tais como: a inexistência de serviços nos três níveis de atenção, o excesso de demanda para consultas nas unidades de saúde, a tradição da população em acessar diretamente o serviço, e as necessidades reais vividas pela população. Um problema levantado era o comprometimento das visitas domiciliares, já que as agendas deveriam contemplar, para médicos e enfermeiras, consultas dentro da unidade. Diante disso, desenvolvia-se um acolhimento da demanda na unidade e repassavam-se informações a essas pessoas sobre a maneira de funcionamento do Qualis (Jatene et al., 1999).

Quanto ao perfil dos trabalhadores, pôde-se perceber que 43% dos Médicos do Qualis tinham concluído a Residência Médica, exatamente a metade do percentual referido pelo conjunto dos Médicos da capital (86%). E, nos PSF (2004), apenas 37% concluíram alguma residência – percentual baixo, mas compatível com o aumento significativo de Médicos mais jovens. A principal residência referida foi a de Pediatria, seguida das de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e, num percentual ainda pequeno, de Saúde da Família.

Já entre os Enfermeiros, tanto os do Qualis (1999) quanto os do PSF (2004), constatou-se a existência de número significativo de especialistas em saúde pública, alguns com pós-graduação e experiência na docência.

A maioria dos Auxiliares de Enfermagem concluiu o nível médio. No que diz respeito à formação técnica, no Qualis (1999) muitos haviam apenas concluído o Curso de Auxiliar de Enfermagem e muitos eram recém-formados, quando foram selecionados e contratados para compor as equipes. Posteriormente, com a implantação do PSF como política pública municipal, por ocasião da pesquisa de 2004, pôde-se constatar que já havia, entre eles, número importante de Técnicos de Enfermagem, exigência dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Entre os Agentes Comunitários de Saúde, já no Qualis (1999) havia muitos com nível médio, aspirando a se tornarem Auxiliares de Enfermagem; no PSF, cinco anos depois, 78,2% tinham concluído o nível médio de escolaridade.

Quanto à capacitação para atuar nas equipes de saúde de família, embora a maioria tenha recebido o treinamento introdutório, havia os que não passaram por ele. Esse era um motivo de preocupação, já que o módulo era obrigatório para todos os integrantes da equipe, imediatamente após a contratação. A participação nesse módulo é essencial, na medida em que contextualiza o profissional no Saúde da Família, seus objetivos, princípios e diretrizes e, principalmente, apresenta e discute as atribuições e responsabilidades de cada um dos membros da equipe.

Experiência profissional anterior foi referida pela quase totalidade dos trabalhadores, podendo-se observar que entre os Auxiliares de Enfermagem, no Qualis, havia um número maior de trabalhadores com experiência anterior na Atenção Básica que se pode denominar de "tradicional", o que lhes permitia comparar o trabalho atual com o anterior e avaliá-lo mais positivamente. Já entre os que foram inseridos no PSF cinco depois, as experiências de trabalho anterior ocorreram com maior frequência na área hospitalar, o que seria esperado nessa abertura de mercado, já que, classicamente, os cursos para Auxiliares de Enfermagem sempre foram voltados, em sua grande maioria, para a prática hospitalar.

Na medida em que um dos pontos mais frágeis, um dos grandes desafios, em nível nacional, para consolidação da estratégia diz respeito às formas de contratação dos profissionais da equipe, em especial do Agente Comunitário de Saúde, a situação de São

Paulo foi bastante favorável no que diz respeito à condição de inserção dos profissionais, pois não existia precarização do trabalho, já que todos, conforme se verificou, gozavam dos direitos e das garantias previstos na legislação trabalhista brasileira. No PSF (2004), por exemplo, mais de 95% tinham vínculo pela CLT, e alguns informaram serem servidores municipais, recebendo complementação da Instituição Parceira no regime da CLT.

Outra questão importante a considerar foi a aparente alta rotatividade de profissionais, especialmente dos Médicos, pelo tempo médio de atuação no projeto, o que, para uma proposta que pretende se sustentar no estabelecimento do vínculo com a comunidade, é evidentemente muito ruim. É de se perguntar se essa rotatividade se apresentava para todos os profissionais, nas diferentes faixas, ou tendia a concentrar-se em determinados segmentos. Não foi possível promover os cruzamentos adequados para responder a essas questões, mas algumas informações podem sugerir a existência de diferentes grupos. Por um lado, 33% dos Médicos já tinham tido experiência anterior no PSF, o que é muito significativo. E cerca de 40% já estavam há mais de três anos, no PSF – neste caso, mesmo se considerando uma rotatividade elevada, é possível que já estivesse começando a se constituir uma massa de profissionais efetivamente vinculadas ao PSF, o que seria muito importante para a consolidação dessa política pública.

Quanto ao trabalho no cotidiano, segundo os profissionais, a divisão entre os membros da equipe obedecia às decisões tomadas em grupo, embora fossem respeitadas as especificidades de cada categoria profissional ou a necessidade e a urgência de determinadas situações. Essa situação era vista como muito positiva por todos; no entanto, havia também queixas quanto à desorganização administrativa; falta de normas, regras e realização de trabalhos sem discussão com os níveis locais; burocracia desnecessária; o método de trabalho proposto pela Secretaria "oscilava"; o território era muito extenso e com muitas famílias cadastradas; havia mudanças frequentes de coordenação e gerência, gerando insegurança nas equipes de base.

A reunião diária apareceu como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, troca de opinião sobre como proceder e planejamento de ações, muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

No caso das Equipes de Saúde Bucal, só existentes no Qualis da Fundação Zerbini (1999), uma característica marcante foi o grau de planejamento do trabalho. Talvez a organização e o planejamento do trabalho decorressem não apenas das características das práticas odontológicas, mas também do fato de que essa instituição parceira foi pioneira na implantação desse atendimento na rede básica dos serviços. Os Atendentes de Consultório Dentário – ACD concentraram seus comentários na divisão do trabalho entre os membros da equipe e no tipo de trabalho a ser realizado junto à comunidade, o clínico – do consultório, e o preventivo / educativo – das ações educativas, coletivas. No que se refere à divisão e ao processo de trabalho, o THD se via como a figura cuja função era otimizar e potencializar o trabalho do Dentista e, consequentemente, o atendimento odontológico da unidade, ampliando, assim, a capacidade de resposta à demanda.

O trabalho estruturado e realizado em equipe acabava por determinar uma articulação entre os trabalhadores. Quanto à determinação das tarefas a serem executadas na unidade, os trabalhadores colocavam na equipe a diluição do comando das atividades cotidianas. Mas havia, também, especialmente no curso do Qualis (1999), o papel exercido pelos gerentes das unidades de saúde que, apesar das decisões conjuntas tomadas pelas equipes, acabavam por determinar tarefas e atividades a serem executadas. O relacionamento entre os membros da equipe, com a direção da unidade e com a coordenação era muito bom, afirmação comum entre os entrevistados.

O trabalho em equipe foi muito valorizado por todos: Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem, ACS e, mesmo, pelos Médicos. Compartilhar com outros profissionais era visto como algo extremamente valorizado, que permitia crescimento profissional e melhoria do desenvolvimento das atividades junto à população.

Na opinião dos entrevistados, os conhecimentos produzidos na prática das visitas domiciliares e nas consultas eram muitos e deviam ser constantemente

trocados e discutidos dentro da equipe. A composição de visões distintas sobre um mesmo fenômeno acabava por gerar respostas / intervenções junto à população.

Quanto à participação da população no desenvolvimento dos trabalhos do Qualis (1999) ou do PSF (2004), na opinião dos trabalhadores, podia ocorrer de duas maneiras: nas reuniões organizadas dentro da unidade para as quais eram convidadas pessoas que de "alguma forma representavam" a comunidade, ou pessoas interessadas em ouvir e discutir a organização do serviço. Outro caminho era o da formalização dessas reuniões, em um Conselho Gestor: nesse último, porém, a participação não era tão assídua. Para muitos, a população foi considerada até "passiva" e sem interesse em participar.

Havia ainda uma série de grupos educativo-assistenciais, alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e habilidade da equipe, como para gestantes, diabéticos, oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação; grafite e capoeira, trabalhos manuais etc. Eles cobriam uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico, até atividades de lazer e cultura, praticamente ausentes em muitos bairros.

Nas atividades dos ACS, observados durante uma semana na pesquisa Qualis (1999), as ações comunitárias foram praticamente inexistentes, mas, nas entrevistas, houve uma série de fatos relatados que evidenciaram que elas ocorriam de forma esporádica e, muitas vezes, como resposta às situações de maior tensão ou mobilização social.

Cabe lembrar que poucos desses trabalhadores tinham experiência anterior com trabalho comunitário e, mesmo entre os que o referiam, tanto no Qualis como no PSF, foi possível perceber, nas ações que empreendiam, trabalhos mais de caráter religioso ou voluntário junto à população do que de caráter reivindicatório.

Pontos positivos e negativos do trabalho no Qualis e no PSF foram levantados pelos profissionais: sentir prazer com o trabalho, realizar algo de bom para alguém, fazer algo pelos que "precisavam" os engrandecia, e acreditavam que a saúde da comunidade pudesse melhorar com suas "intervenções". No conjunto dessas respostas apresentadas, observou-se, principalmente, a valorização atribuída ao trabalho junto à população.

Grande parte dos entrevistados atribuía sua insatisfação no trabalho à instituição parceira e ao governo municipal, no caso do PSF (2004), com referências a vários aspectos, que iam desde a ausência de recursos materiais a problemas de organização do trabalho, assim como problemas referentes aos recursos humanos e à instabilidade institucional. Algumas das queixas referentes a recursos materiais foram: a falta de equipamentos, de impressos, de medicamentos (abastecimento irregular), espaço físico pequeno e inadequado e, também, a falta de outras equipes de Saúde da Família para atender outras áreas próximas, sem atendimento à saúde (Marsiglia et al., 2005).

O sentimento de impotência ocorria também com certa frequência entre os profissionais, motivado pela falta de condições sócio-econômicas da população. Falaram de seu próprio sofrimento ao verem pessoas desempregadas e "passando necessidade" e do mal-estar que sentiam quando deixavam de fazer alguma coisa que completasse o atendimento, como a falta de referência e contrarreferência para níveis mais complexos de atenção, ou a existência de equipes incompletas no atendimento.

Mas, de maneira geral, tanto o Qualis (1999) quanto o PSF (2004) foram considerados, pelos profissionais, como programas que apresentavam boa estratégia de trabalho para prevenir a doença e promover a saúde de maneira mais acessível e humanizada. Mas, também, foram vistos como desafios por se tratar de programas novos, terem um enfoque diferente do que já fora realizado até então, e, ao mesmo tempo, como uma atividade que poderia ampliar o horizonte profissional.

As referências às dificuldades encontradas diziam respeito também à insegurança no trabalho, à inserção nessa atividade nova, ou seja, o medo do novo, o desafio de processos de trabalho diferentes causavam receio, medo, vocalizado como dificuldade.

Nesse sentido, os profissionais pareciam viver uma constante tensão entre uma proposta ideal, em relação

à qual percebiam avanços e resultados positivos: relações mais humanizadas e contínuas com os usuários, atividades educacionais desenvolvidas, articulações para melhorias sociais em algumas comunidades, e a realidade do conjunto do sistema de saúde, que não lhes garantia referência e suporte. E, ainda, as necessidades da população que demandava continuamente consultas não programadas, desorganizando os fluxos propostos, além de suas próprias "incompetências" para dar conta do conjunto de questões e problemas com os quais o programa se propunha a lidar.

Observou-se, também, a presença de sentimentos altruístas entre trabalhadores do Qualis e do PSF. A crença de que faziam um trabalho importante tanto para a saúde individual quanto para a saúde coletiva esteve sempre presente na "fala" desses profissionais. A ajuda ao próximo, o cuidado com a saúde e outros aspectos da vida das pessoas, entre outros exemplos, indicavam a intensidade do sentimento e a satisfação em atuar num programa de atenção básica em que acreditavam.

A crença no PSF e na sua permanência apresentou-se como elemento importante na análise desses dados. A vontade de evoluir na profissão, seja buscando a capacitação ou o aprimoramento, pôde ser observada nas indicações de que havia dedicação e necessidade de ampliar e melhorar seu potencial de trabalho para poder atuar junto aos segmentos da população assistidos pelo PSF.

Esse é um potencial a ser explorado pelo gestor, já que as críticas também estavam centradas na gestão (principalmente de recursos humanos) e nos "usos indevidos" do PSF. Havia, portanto, um potencial real a ser investido pelo poder público, pois podia perceber-se, ao menos no plano discursivo, uma interação muito forte com o compromisso de trabalhar, de evoluir intelectualmente, praticar melhor suas ações a partir de várias possibilidades de formação (especializada). Por outro lado, principalmente os trabalhadores, eles próprios receberem cuidados para suportar um trabalho que, muitas vezes, não tinha o retorno esperado, devido às condições gerais de vida da população e à ausência de outras políticas setoriais que complementassem as ações em saúde.

As razões apontadas para trabalhar no Qualis ou no PSF foram variadas e abarcaram desde o ideal ou o "gosto em trabalhar com saúde pública" até experiências de trabalhos anteriores, que os fizeram pensar sobre questões mais ampliadas na saúde. Houve, também, a afirmação de que o programa era uma novidade muito grande e que gerou oportunidade de emprego para todos. A correlação com os trabalhos em educação foi outro fator apontado, já que a Promoção em Saúde era uma das atividades essenciais no Qualis e no PSF.

Com relação à escolha da profissão, as respostas variaram entre as possibilidades de servir à população, a identidade com o tipo de trabalho e as perspectivas colocadas pelo mercado de trabalho. Em alguns casos, transpareceu a expectativa de ascensão e de uma condição de vida melhor. Chamou a atenção no Qualis (1999) o relato de quase todos os profissionais de sua origem na classe média baixa, que tiveram dificuldade para custear seus estudos, por um lado, mas que também tiveram experiências de vida relacionadas a atividades comunitárias ou a preocupações / atividades políticas ou sociais, por outro. Assim, ainda que não fosse um grupo de militantes políticos, ou que todos seguissem uma mesma ideologia, era um grupo com sensibilidade e, em alguns casos, com envolvimento social importante.

Com relação aos planos para o futuro profissional, a maioria dos trabalhadores do Qualis respondeu que o trabalho que estavam realizando já lhes permitia a aquisição de uma grande experiência profissional. Uns acreditavam que permaneceriam no programa e outros, não por muito tempo. Em relação aos planos para o futuro, chamou atenção a perspectiva de continuidade dos estudos por parte dos Auxiliares de Enfermagem e dos ACS, com destaque para o campo da Enfermagem. Apareceu, também, em algumas entrevistas, interesse pelas profissões de Psicologia e Assistência Social, dois outros campos que lidam com necessidades da população. Continuar a estudar representava, para os ACS, uma oportunidade de aprofundar o conhecimento e também de profissionalização, especialmente como Auxiliar de Enfermagem.

As perspectivas sobre o futuro profissional dos Médicos do Qualis (1999) e os do PSF (2004) pareciam-se muito. Entre os Médicos, foi possível identificar três padrões básicos – aqueles que desejavam continuar no Qualis ou no PSF. Esses eram maioria –

alguns, para além da continuidade simples, pretendiam contribuir para o desenvolvimento do programa e sua expansão. Outros pretendiam continuar enquanto "estivesse bom", enquanto tivessem disposição para o trabalho ou enquanto estivessem aprendendo. Mas alguns, particularmente inseridos no PSF, afirmaram estar no programa "de passagem", esperando oportunidade para uma outra inserção – tais como Residência Médica, trabalho melhor etc.

Várias foram as sugestões dos profissionais para a melhoria do Qualis e do PSF: diminuição do número de famílias por equipe, diminuição do número de famílias por ACS, destinação de mais verbas para se ter maior cobertura nas áreas, investimentos em recursos de informatização, capacitação dos membros das equipes.

Nessa realidade, seria absolutamente fundamental para o sucesso da política a efetiva realização de um processo de educação permanente, não apenas para qualificar os profissionais, em especial os mais novos, mas, principalmente, para intercambiar e afinar concepções e práticas a respeito dos programas, aproveitando-se, inclusive, as experiências interpares no processo educativo. Mesmo porque, considerando-se as normas de funcionamento e do trabalho no programa, tais atividades colocavam exigências mínimas de envolvimento psicoafetivo para o desempenho da função, diferentemente das atividades desenvolvidas em Pronto Socorros ou em Ambulatórios da área pública ou privada.

Foram indicadas, também, as seguintes necessidades: inclusão de profissionais de outras áreas para formar uma equipe multidisciplinar (Psicólogos, Dentistas, Assistentes Sociais, entre outras); estruturar a referência e contrarreferência; manter, nas equipes, Médicos generalistas e discutir permanentemente as necessidades e as diretrizes do PSF.

Para eles, deveria ser mais bem definida, ainda, a questão do acolhimento, da integração das diversas Secretarias da Prefeitura com o PSF; maior proximidade das Coordenadorias e da Secretaria Municipal de Saúde com os "profissionais da ponta"; ouvir, monitorar e incentivar pesquisas; o PSF deveria ser prioridade no SUS; aplicar políticas de saúde pública; as chefias deveriam ser técnicas; haver acordo entre gestores federal, estadual e municipal em relação ao PSF; uma política de contratações sem interferência política; incorporação de líderes e gerentes que entendessem o programa e que se comprometessem com os seus objetivos e ações. Outro conjunto de sugestões apontava na linha de conscientizar a população com relação ao PSF, porque o programa não fora divulgado da forma adequada.

Analisando as duas fases do Saúde da Família no município de São Paulo, pode-se afirmar que algumas características foram mantidas ou até acentuadas quando das investigações do Projeto Qualis (1999) e da Estratégia de Saúde da Família (2004).

O Qualis apresentou dificuldades, mas, ao mesmo tempo, teve o empenho e os desafios de implantação de uma proposta inovadora, incentivada pela SES/SP com instituições parceiras, como a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, retratadas no contexto da pesquisa Fapesp em 1999. Até o final de 2001, havia 220 equipes no Qualis e mais duas instituições parcerias haviam sido incluídas: Associação Congregação de Santa Catarina e Organização Santamarense de Organização e Cultura – Unisa, expandindo a experiência para a zona sul do município.

A partir de 2002, essas equipes foram incorporadas pelo PSF implantado no município de São Paulo, na época do levantamento realizado pela Coordenadoria de Atenção Básica e PSF da SMS/SP em 2004, e analisado pela consultoria apoiada pela Unesco em 2005, quando já havia mais oito novas instituições parceiras: Associação Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo, Associação Comunitária Monte Azul, Instituto Adventista de Ensino, Centro de Estudos Dr. João Amorim, Fundação Faculdade de Medicina, Hospital Israelita Albert Einstein e Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

As questões levantadas na segunda pesquisa (2004/2005) estiveram mais ligadas à expansão da proposta como política pública, diante de necessidades de se implantar grande número de equipes rapidamente, com as dificuldades de gerenciar o processo e de capacitar grande número de profissionais (Marsiglia, 2005).

Os valores ligados ao PSF, as avaliações positivas, ao lado dos desafios e das dificuldades da efetivação do programa estiveram presentes nas entrevis-

tas com os membros das equipes nos dois estudos. A insuficiente capacitação inicial e a necessidade da educação permanente foi uma constante nas falas dos entrevistados nas duas pesquisas, apontando, assim, para um dos mais importantes desafios que o gestor municipal deve enfrentar para o bom desenvolvimento da estratégia e da atenção básica à saúde.

REFERÊNCIAS

Cohn A, Nakamura E, Cohn C. O Programa de Saúde da Família entre o público e o privado. In: Vianna ALdÁ, Elias PEM, Ibañez N [org]. Proteção social: Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 168-85.

Jatene AD, Novaes HMD, Malik AM, Goldbaum M, Marsiglia RG, Silva JA, Seixas, PHD. Primeiro Relatório Técnico-Científico – Novos Modelos de Assistência à Saúde: Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. São Paulo: Fapesp; 1999.

Marsiglia, RMG, Silveira C, Amaral DP, Silva JA, Nakae MF, Carneiro Jr. N, Seixas PHD. Caracterização das categorias profissionais do PSF na Cidade de São Paulo. São Paulo: Unesco; 2005. (Projeto 914BRA 1079-Prodoc. Atenção Básica, SP, 2005. Relatório de Pesquisa).