

ENFERMEIROS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Dr. Cássio Silveira¹

OS ENFERMEIROS DO PROGRAMA QUALIS (1999)

Identificação

Todas as 11 entrevistas foram realizadas com enfermeiras. Não houve nenhum enfermeiro que tenha sido entrevistado. A intervalo de idade das entrevistadas vai da mais nova de 23 anos de idade à mais velha com 51 anos de idade.

Somente duas das enfermeiras têm origem na cidade de São Paulo, as demais se dividem entre o interior e outros estados. Mas o tempo de residência em São Paulo é longo para a maioria, mesmo entre aquelas que vieram de fora, o que demonstra uma 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 90, com exceção de uma formada nos anos setenta. A formação de todas foi complementada com algum tipo de educação em pós-graduação, seja a especialização (administração hospitalar, saúde pública e outras mais específicas), seja o mestrado (pediatria social).

As experiências anteriores de trabalho variam entre 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 são recém formadas e sem experiência de trabalho em enfermagem.

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

¹ *Docente da FCMSCSP E UNIFESP*

Indagadas sobre se a formação profissional anterior havia preparado para o trabalho, as respostas dividem-se entre aquelas que consideram que houve um preparo para o exercício das funções, seja no curso de graduação, seja nas especializações cursadas; outras acham que não porquê o trabalho no QUALIS diferencia-se de qualquer outro e não foi incluído nos currículos ainda e; aquelas que acreditam que em parte tenham sido bem formadas e estariam tendo a complementação no QUALIS com a educação continuada oferecida.

Definição de Programa 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, considerando-o uma nova “forma de fazer saúde” que trata de maneira preventiva a saúde das pessoas com foco na unidade familiar. Neste sentido, o trabalho consiste em acompanhar as famílias em suas residências, em vários momentos, seja no contato individual, seja nas 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 mesmo 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 está associada à idéia da integralidade, definindo-a como ações cujos sentidos estão definidos pela atuação em área delimitada, o exercício do trabalho em equipe e a atenção em todos os níveis de assistência.

A origem da idéia do QUALIS aponta algumas matrizes regionais e internacionais como exemplos de experiências realizadas e tomadas como modelo. Do exterior são apontados 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 acreditam 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 implementação do QUALIS, primeiramente merecem destaque algumas “falas” que indicam 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”. Neste 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 implementação do QUALIS. Por exemplo, a experiência do médico de família nos anos noventa, 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 permeia as falas das entrevistadas já que os modelos expostos foram, enquanto tentativas de abordagens em saúde da comunidade, cuja orientação seria a de contemplar a totalidade das necessidades das pessoas. Há, também, algumas entrevistadas que não sabem das 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 noventa. Havia algumas experiências no interior do estado do São Paulo (experiências não citadas) e, também, a contraposição do modelo de organização dos serviços de saúde apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o PAS – Programa de Atenção à Saúde, cujos princípios não seguiam as diretrizes do Sistema Único de Saúde e, também, não havia condições de assumir isso. A reunião do médico Davi Capistrano, da médica Socorro e da enfermeira Carminha constituiu o grupo de coordenação do QUALIS. As experiências realizadas na zona Leste, principalmente com o Santa Marcelina, levaram à formulação e implantação do QUALIS considerando a sua implantação em regiões pobres e com necessidades evidentes. Há, também, algumas entrevistadas que não souberam responder.

As entidades que encabeçaram a proposta foram as seguintes: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, Secretaria de Estado da Saúde e a comunidade através de suas organizações e movimentos de reivindicação.

Com relação às semelhanças ou diferenças existentes nos QUALIS de Itaquera, Vila Nova Cachoeirinha e São Lucas (Sapopemba), as entrevistadas de forma geral não

percebem diferenças entre eles, já que o modelo implantado é o mesmo. Há diferenças nas características da população, não explicitadas. Há, também, aquelas que não conhecem as outras unidades.

Sobre conhecer as instituições envolvidas nos QUALIS citados acima, as entrevistadas citaram as organizações públicas estatais de saúde nos níveis federal (Ministério da Saúde) e nível estadual (Secretaria de Estado da Saúde). Por outro lado, foram citadas organizações que, historicamente, trabalham na área da saúde. São elas: Casa de Saúde Santa Marcelina, Fundação Zerbini, movimentos populares e Pastoral do Menor. Há aquelas que não souberam responder.

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

A relação do QUALIS – semelhanças e diferenças – com os exemplos citados acima, para as enfermeiras, existe em duas formas. Por um lado, as semelhanças são encontradas na proximidade que os mesmos procuram manter das famílias, “dividindo o conhecimento com a comunidade” à medida que passam o “olhar dos profissionais” para a população; a semelhança está, também, na sua característica de assistir “comunidades carentes”. Por outro lado, há também o fato de que em ambos os QUALIS as “comunidades são carentes”. A carência, neste caso, é a de serviços de saúde que, quando existem, não permitem o acesso pelo excesso de demanda; a diferença pode ser encontrada nos programas implantados no Nordeste do país, local onde o número de agentes comunitários de saúde é maior e pode absorver a demanda antes dela procurar a rede de serviços. No que diz respeito às diferenças, as características da realidade sócio-sanitária apresentada ao QUALIS diferem 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, neste caso, rural ou urbano, difere o trabalho e suas ações de saúde desenvolvidas, além de não contarem com o suporte de uma rede mais extensa e complexa de assistência à saúde. Há entre as enfermeiras aquelas que não souberam responder.

Com relação aos conhecimentos sobre a saúde na Constituição Brasileira de 1988, a maioria das enfermeiras não respondeu, pois desconheciam 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 dividem-se. Por um lado, aquelas que não acreditam existir relação direta entre ambos; neste caso, apontam as diferenças nas condições de trabalho, sem oferecer maiores informações sobre isso. Por outro lado, entre aquelas que percebem a existência de relações, o sistema de saúde é apontado como sendo um só e que, portanto, QUALIS e Secretaria de Estado da Saúde pertenceriam a um sistema só.

Assim, não haveria diferenças para a população que deve ser assistida em todas as unidades de serviços. O QUALIS é 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 implementação do QUALIS numa cidade com tantos recursos como São Paulo, há entre as enfermeiras aquelas que acreditam na importância de instituir o QUALIS em São Paulo porque seria a única possibilidade de assistir a população sem que ela precise ir para os níveis secundário e terciário; ou seja, há necessidade de prevenção e de diminuição dos gastos com atendimento hospitalar; nessa linha de raciocínio; há também aquelas que acreditam que mesmo havendo muitos serviços em São Paulo, ainda há pessoas que não têm acesso aos serviços. Este é um aspecto bastante enfatizado pelas enfermeiras, apontando, inclusive, a desarticulação entre os serviços, ou mesmo ausência de serviços em determinadas regiões, indicando a desigualdade. As pessoas que têm acesso à atenção primária, mas suas condições gerais de vida não permitem um pleno desenvolvimento de suas condições de saúde, obrigam o QUALIS a servir a população, também, na assistência curativa. Mesmo assim, o QUALIS é 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 é a de célula principal do programa. Seria, portanto, o centro do programa que reúne os profissionais e torna o trabalho diferenciado, já que “permite uma atuação integral à saúde” e permite o estabelecimento do elo de ligação com a população. O conceito de integralidade no atendimento assume um caráter essencial quando evocado o trabalho em equipe. Assim, o trabalho no QUALIS não está centrado na pessoa, mas na equipe de trabalhadores. Isto fica 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 é o caráter de inovação em trabalhar diretamente com famílias. Ou seja, é um trabalho novo, nunca experimentado pelas entrevistadas e que permite 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 exigem um grande esforço das profissionais com dedicação “quase exclusiva” ao trabalho de consulta, supervisão e reuniões. Há aquelas que indicam 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, de um outro âmbito”. Há, também, aquelas que colocam as dificuldades das enfermeiras atuarem com as famílias, pois não estariam preparadas para estas atividades de saúde da família.

As principais diferenças com o trabalho anterior desenvolvido pelas enfermeiras são: o trabalho em hospital torna o foco no paciente algo individual; o trabalho em pronto-socorro não permitia o acompanhamento do paciente. Há, também, a possibilidade de aprofundar na história do paciente fazendo, inclusive, parte desta 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 limita apenas às atividades mais burocráticas, mas passa a atuar através de um papel inovador.

O funcionamento do trabalho em equipe ocorre da seguinte forma: algumas enfermeiras ainda cumprem o papel de organizar o serviço; fundamentalmente, os agentes de saúde vão às ruas para fazer as visitas domiciliares todos os dias; as enfermeiras permanecem nas unidades praticando a supervisão; os médicos praticam as consultas; as auxiliares atuam dentro e fora da unidade. Médicos e enfermeiras também fazem visitas, só que necessitam 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 descrevem que normalmente ficam muito presos ao consultório pelo excesso de demanda. Também saem em visitas domiciliares principalmente para assistir aos acamados, atuam nos grupos educativos para a população e para os auxiliares de enfermagem. As enfermeiras sempre têm na figura do médico um ponto de apoio importante para as discussões dos casos.

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

Com relação às atividades dos auxiliares de enfermagem, fica claro que as auxiliares “fazem de tudo um pouco”. Tanto dentro quanto fora da unidade, a auxiliar de enfermagem acaba por desenvolver várias atividades de trabalho: sala de vacina, sala de urgência, medicação, coleta de exames, etc. Algumas ficam restritas ao trabalho na unidade, outras dividem as atividades internas com as visitas.

Em relação à articulação do trabalho dos auxiliares de enfermagem com as enfermeiras, ambos se complementam na visão das enfermeiras. Apesar de

desenvolverem atividades predominantemente de cunho prático, as auxiliares complementam o trabalho da enfermagem, sempre sob as determinações estabelecidas por estas. As auxiliares dão apoio às atividades em geral desenvolvidas na unidade.

Com relação às atividades dos agentes de saúde, os mesmos representam 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 trazem os conhecimentos sobre os problemas existentes na área, conhecem as pessoas e possibilitam 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 agentes de saúde, fica claro que o papel dos agentes está restrito às visitas domiciliares, salvo em alguns casos em que há trabalhos internos na unidade, como as reuniões, por exemplo. O auxiliar faz procedimentos internos de enfermagem, incluindo tarefas que as enfermeiras não têm tempo. Do ponto de vista técnico, às auxiliares é permitido o desenvolvimento das atividades de medicação, curativo e coleta de material para exame. Aos agentes só é 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, os mesmos procuram a enfermeira. Quanto às auxiliares, já é tradicional a relação de subordinação técnica às enfermeiras. Os agentes também acabam ficando mais próximos das enfermeiras, mas procuram os médicos para dirimir suas dúvidas ou passar informações. Apesar disso, o mais comum é procurarem as enfermeiras.

As articulações entre as equipes de saúde da família com os outros profissionais de saúde da rede de serviços ocorrem, normalmente, através das orientações oferecidas pela coordenação regional do QUALIS. No geral, os encaminhamentos das equipes são recebidos pelos especialistas. Há fluxos estabelecidos em determinados serviços com fluxos específicos para a execução do atendimento. Particularmente, há alguns casos em que falta comunicação: os pacientes são encaminhados, mas o serviço não

recebe respostas acerca daquele problema específico. Falta também atendimento odontológico em algumas unidades.

Sobre a composição e o tamanho da equipe de saúde da família, há dois posicionamentos críticos que podem ser observados: por um lado, o número de famílias determinado para ser assistido pelas equipes é muito grande; por outro lado, os objetivos e metas do programa são 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 há nenhuma consideração crítica. Pelo contrário, sua composição parece ser ideal para a prestação de serviços às famílias.

Indagadas sobre a possível falta de algum profissional na equipe, há um conjunto importante de falas que explicitam a necessidade de pessoal em saúde mental, seja através das referências estabelecidas pelo serviço, seja na própria unidade. A demanda por saúde mental é fundamental, e tem sua justificativa nos casos observados de ausência de estrutura familiar, por exemplo. Outros profissionais são apontados, tais como fisioterapeuta, assistente social, auxiliares de enfermagem e médicos em alguns casos, entre outros.

Dentro deste conjunto de informações, foram extraídas algumas sobre se as atribuições e responsabilidades dos membros da equipe estavam bem definidas. É consenso que as atribuições estejam bem definidas. Todos acreditam, salvo em alguns casos específicos, que faltam alguns ajustes.

Indagadas sobre os recursos financeiros e materiais que o projeto envolve, nenhuma enfermeira soube responder, atribuindo este conhecimento – e responsabilidade – à diretora da unidade. Há algumas considerações com respeito à ausência de recursos humanos e materiais pela insuficiência de recursos financeiros. Quanto à origem dos recursos e sua quantidade, as enfermeiras arriscam o palpite que os recursos vêm do SUS, através de repasse da SES às parceiras que desenvolvem o projeto. Há aquelas que indicam a ausência de materiais para o desenvolvimento dos trabalhos:

medicamentos, balanças e autoclaves, por exemplo. Outras enfermeiras não têm idéia de onde vêm os recursos e acreditam que o volume seja suficiente.

Função e Importância do Programa para a População

As razões sobre a escolha da região de implantação do QUALIS trazem um ponto comum entre as enfermeiras: as carências sofridas por estes segmentos da população de São Paulo poderiam ser amenizadas com o programa. Algumas delas não sabem os motivos de sua implantação e outras sabem que existiu pressão popular na sua formação. Neste caso, a carência de equipamentos de saúde aliada à existência de tradição dos movimentos populares na região promoveu uma articulação importante ao estabelecimento nas áreas em questão. Por fim, observa-se que não há indícios – ao menos para estas enfermeiras – 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, há dois indicativos: primeiro, o demográfico, com um alto número de pessoas idosas e, um segundo, epidemiológico, que indica um conjunto de portadores de doenças crônico-degenerativas bastante grande, além de hipertensos e diabéticos. A visão das enfermeiras vai além dos dados mais imediatos e abre 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, a 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 contribuem ao planejamento e, também, ao conhecimento mais aprofundado dos problemas.

Sobre quais problemas de saúde o QUALIS pretende atuar, as enfermeiras responderam que, a princípio, todos os problemas. Seguindo o planejamento pode-se trabalhar somente com o que se estabeleceu como prioridade – por exemplo, gestantes, hipertensão e diabetes – dentro da atenção básica. O que ultrapassar a competência é encaminhado para outros níveis de atenção: pequenas cirurgias, por exemplo. O foco quase sempre presente nas falas é o da prevenção.

As enfermeiras relataram conhecer o conjunto de atividades e serviços previstos no programa. O princípio é o trabalho com foco na prevenção, mas tratamento e recuperação também estão previstos. O planejamento interno da equipe ocorre nas unidades e as capacitações também permitem a aquisição de conhecimentos sobre o programa.

Com relação à ampliação do QUALIS, inclusive com a formação de novas unidades, há informações de que está prevista tanto a ampliação de unidades quanto a ampliação dos serviços prestados dentro de algumas unidades já existentes.

Por outro lado, quando perguntadas sobre se todos os serviços necessários à população são oferecidos, a expressão negativa é a mais comum entre as entrevistadas. Faltam serviços nos três níveis de atenção. Mais especificamente, "...falta investigação diagnóstica", atendimento hospitalar, etc. A atenção básica (vacinação, consultas, etc.) está coberta, mas os outros níveis precisam existir ou os que já existem serem ampliados. De forma geral as enfermeiras sentem que faltam alguns serviços, apesar da expansão promovida pelo SUS.

A articulação do QUALIS com a rede da SES e demais serviços/equipamentos existe de fato nestas unidades do QUALIS. Principalmente no que diz respeito ao encaminhamento para as especialidades que são as unidades de referência. Há, também, trocas 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 são, na opinião destas enfermeiras, no geral, o impacto que o programa pode gerar em termos de benefícios à saúde. "Mostrar que há um serviço de qualidade". Esta é uma frase que resume a intenção das enfermeiras no QUALIS. Garantir à população que o serviço funciona e a população passar 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 são novas, mas as enfermeiras acreditam que o impacto seria possível em médio prazo. Acreditam, também, que a população está satisfeita com o QUALIS, apesar de existirem aqueles que ainda não entendem muito bem o que é o QUALIS e querem resoluções rápidas através de consultas, por exemplo.

Conhecer, acolher e cuidar desta população: estes são os objetivos do QUALIS.

Sobre se as pessoas gostam do atendimento desenvolvido pelo QUALIS, a maioria da população gosta dos serviços prestados. Elogiam as equipes e, principalmente, as visitas domiciliares. A estratégia de trabalho, que permite que as pessoas sejam reconhecidas como pessoas e seus problemas de saúde sejam conhecidos pelas equipes, faz a diferença com relação à satisfação da população. Em alguns casos gostam mais do médico da equipe, talvez porque confiem mais. Há, por outro lado, o indicativo de que podem gostar porque não há nenhum outro serviço disponível na área.

Por outro lado, as críticas ao QUALIS são indicadas, principalmente, pelo não atendimento imediato quando solicitado na unidade. O prazo para a agenda do médico pode variar de 20 a 30 dias. A demanda para os médicos é excessiva e, por isso, há brigas, confusões, etc. As pessoas confundem o atendimento de atenção básica com um pronto-socorro.

A participação da população no desenvolvimento dos trabalhos no QUALIS pode ocorrer de duas maneiras: por um lado, através de reuniões organizadas dentro da unidade para a qual são convidadas pessoas que de alguma forma representem a comunidade, ou mesmo pessoas interessadas em ouvir e discutir a organização do serviço; outro caminho é o da formalização destas reuniões na formação de um conselho gestor. Neste último, a participação não foi tão assídua. Há também os casos em que a população é considerada “passiva” e não tem interesse em participar. Num caso específico, há reuniões mensais e um boletim informativo à população. Nas reuniões são 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 Programa QUALIS, as entrevistadas fizeram alguns comentários sobre o que imaginavam ser o programa. As respostas são variadas e abarcam desde um ideal e um gosto em trabalhar com saúde pública, até experiências de “trabalhão” anteriores que fizeram pensar questões mais ampliadas sobre saúde como, por exemplo, trabalhar com reabilitação de deficientes e o contato necessário que se deve ter com a família dos mesmos. Há também a afirmação de que o programa é uma novidade muito grande e importante que gerou

oportunidade de emprego para os enfermeiros. A correlação com os trabalhos em educação é outro fator apontado, já que a promoção em saúde é uma das atividades essenciais no QUALIS. Há muitos depoimentos que demonstram experiências anteriores com saúde pública e todo o envolvimento e compromisso destas enfermeiras com os trabalhos em saúde, particularmente, em atenção básica. Tratar a saúde da população assume 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, através do envio de currículo e entrevistas individuais. Há alguns casos em que, antes da entrevista individual, foi realizada dinâmica de grupo entre as candidatas, que 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 trabalho foram ocupados pelas enfermeiras. Há, 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.

À pergunta sobre a conclusão do treinamento, as enfermeiras respondem através da expressão “educação continuada”. Há treinamentos bem específicos, realizados dentro da própria unidade de saúde, com os especialistas, por exemplo.

A avaliação do treinamento recebido, no geral, possibilitou uma preparação para o trabalho, segundo as enfermeiras. Preparou-as porque ofereceu conhecimentos novos e necessários ao desenvolvimento das atividades. Há enfermeiras que reclamam por

não terem tido treinamento inicial que as impediu, por exemplo, a troca de 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 são avaliados pelo ângulo da dificuldade que as enfermeiras encontraram para desenvolver suas atividades. Expressões bastante fortes, tais como, “horrríveis”, “angustiantes”, “torturantes” e “ansiosos” são 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 que trabalhavam 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 indicam 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 proporiã para os enfermeiros recém contratados, as enfermeiras dividem sua opinião em dois caminhos: por um lado, aquelas que primeiramente ofereceriaã 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, há as enfermeiras que apontam a necessidade de se fazer primeiramente um treinamento prático, que os leve ao encontro da realidade que vai ser trabalhada, voltando posteriormente à teoria para poder entender o que acontece daquilo observado.

Outras enfermeiras indicaram a necessidade de treinamento em saúde mental e 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 aos postos de trabalho. Em outros casos, o recrutamento foi realizado pela coordenação e os postos preenchidos.

No caso do recrutamento das agentes de saúde, foi realizada uma prova e havia exigência de formação no ensino médio para poder concorrer à seleção. Depois da prova 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 relatam sua realização indicam, 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 oferecido 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 destes trabalhadores para o QUALIS, as enfermeiras acreditam que as enfermeiras são um pouco reticentes com relação ao processo interno de capacitação. Seriam necessárias ainda capacitações que permitissem ampliar conhecimentos e melhorar a atuação. Para iniciar foi bom, mas a continuidade é 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 indicam o SIAB (Sistema de Informação na Atenção Básica). Há uma produção diária de informações que são registradas, em alguns casos, nos formulários próprios do SIAB, mas que não são ágeis e tomam muito tempo das atividades profissionais de atenção à saúde. O sistema também não contempla todas as atividades desenvolvidas no trabalho no

QUALIS, necessitando de um aprimoramento tecnológico. Em alguns casos o SIAB ainda estava sendo implantado, o que as impossibilitou de fazer comentários mais precisos.

As atividades exclusivas das enfermeiras são registradas da seguinte forma: há uma ficha na qual são registradas as condutas, também denominada de Boletim de Produção Diária; o prontuário dos pacientes também é um meio de registro das informações relacionadas às queixas e 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 estão circunscritas, normalmente, à equipe. Os médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde têm que tomar ciência da produção. Também foram citados os gerentes, os coordenados da fundação mas, neste caso, são enviados os condensados mensais para verificação da produção, avaliação da cobertura e custo total do projeto.

Quanto à relação dos registros com o sistema de informações do projeto, as enfermeiras indicam que servem ao controle da produção e que depois são transportadas para o SIAB. Registram e transportam 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. Há algumas entrevistadas que não sabem 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 sua periodicidade são realizados através de reuniões semanais em alguns casos, noutros através de reuniões mensais. Há alguns relatos de reuniões diárias de trabalho que servem ao planejamento. Foi citado que normalmente a programação segue um cronograma pré-estabelecido de acordo com as prioridades da área.

Sobre a existência de consenso ou conflitos dentro da equipe, as enfermeiras indicam que sempre haverá conflito e que por isso o trabalho é em equipe: para solucionar em conjunto os problemas. Expor suas idéias, colocar seus entendimentos e sentimentos, conversar para resolver são as expressões mais comuns encontradas em suas falas. .

O trabalho da enfermeira, do ponto de vista individual, obedece a uma escala que, via-de-regra, é estabelecida mensalmente. Em alguns casos há um planejamento semanal que acrescenta , inclusive, a agenda para utilização dos espaços de trabalho disponíveis dentro da unidade. É 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 pode ser individual porque boa parte das atividades de trabalho são realizadas em conjunto ou dependem de outros trabalhadores.

O trabalho está estruturado e é realizado em equipe, fato que acaba por determinar uma articulação entre os trabalhadores, como transcrito 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 conseguem realizar tudo aquilo que planejaram, no geral as enfermeiras não conseguem cumprir a totalidade daquilo que foi planejado por falta de tempo. Os motivos são: excesso de demanda na unidade, atividades extras que surgem no decorrer da semana, etc. Trabalhar com o indivíduo, a pessoa e a família traz um acúmulo de atividades diversificadas que demandam o uso de um tempo bastante extenso no trabalho. As que conseguem cumprir aquilo que foi planejado colocam 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 parece ser comum entre as enfermeiras. Há as que utilizam 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. Há referências sobre a não existência de material escrito e, neste caso, a enfermeira parte da experiência própria.

Quanto à determinação das tarefas a serem executadas na unidade, as enfermeiras colocam na equipe a diluição do comando das atividades cotidianas. As reuniões, o

planejamento comum das atividades e o consenso criado nas equipes acabam por determinar as tarefas que cada um terá que cumprir. Mas há, também, o papel exercido pelas gerentes de unidade que, apesar das decisões conjuntas tomadas pelas equipes, acabam por determinar tarefas e atividades a serem executadas. Há casos de funcionários das organizações que coordenam o QUALIS; estes funcionários têm ascendência sobre os profissionais de saúde e determinam atividades a serem desenvolvidas.

A maneira como estas decisões chegam às enfermeiras pode ser por meio das reuniões e do consenso gerado entre os trabalhadores. A decisão em conjunto, segundo as enfermeiras, gera 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 é muito bom. Esta é uma afirmação comum entre as entrevistadas. As enfermeiras mantêm bom relacionamento com médicos, auxiliares e agentes de saúde.

Há uma argumentação que vai no sentido de valorizar as amizades criadas mas há, também, o bom relacionamento profissional como mediador das atividades desenvolvidas em conjunto. Com a direção da unidade e coordenação da região, as relações também são boas.

No caso de dúvidas ou problemas no trabalho as enfermeiras recorrem a três pessoas, normalmente: às colegas enfermeiras, aos médicos ou à direção técnica da unidade.

Discutir com a equipe também é uma forma comum de encaminhamento.

Com relação aos meios necessários ao desenvolvimento do trabalho, as enfermeiras são diretas na resposta: faltam muitas coisas. Falta espaço para atendimento, faltam materiais de trabalho, faltam medicações, faltam profissionais especialistas, faltam meios de locomoção para as visitas domiciliares, faltam equipamentos médicos, materiais didáticos, etc.

Sobre se o trabalho poderia ser melhor realizado ou melhor aproveitado, as enfermeiras indicam a necessidade de um planejamento mais eficiente. Por exemplo,

melhorar a administração do tempo para as atividades. O volume do trabalho é muito grande, o que impossibilita cumprir com a programação estabelecida primeiramente .

Dimensões do Trabalho: Indivíduo e Família

Os tipos de atendimentos mais freqüentes no dia-a-dia são os casos de hipertensão, diabetes, gestantes, puericultura, crianças com febre e infecção nas vias respiratórias. Há acolhimento de casos eventuais que surgem na unidade tais como crianças com verminose.

A distribuição do tempo entre as atividades que realiza tem sua definição nas reuniões que ocorrem semanalmente. Há as que trabalham da seguinte maneira: distribuem o tempo da semana em três partes – consultas, visitas domiciliares e educação continuada na unidade. As reuniões também têm de entrar na agenda semanal das enfermeiras.

Com relação à atividade que mais agrada às enfermeiras, a distribuição é 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 tem sido bem aceita pela população. Há um protocolo estabelecido e seguido nas consultas. No início, dizem algumas enfermeiras, a população não aceitava bem esta 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 indica que não há tantos problemas na condução de seu trabalho.

Primeiramente, é interessante observar o comentário de que não se divide a pessoa da família. *“A pessoa chega e eu não consigo deixar de ver a família”*, é a afirmação que coloca o foco do trabalho na unidade familiar. A dimensão da comunidade já oferece mais problemas no desenvolvimento dos trabalhos. A dificuldade está em não conseguir trabalhar os conceitos de saúde fora dos espaços do indivíduo e da família. Algumas enfermeiras argumentam que há dificuldade em conseguir com que as pessoas pensem e pratiquem o auto-cuidado. No geral a aceitação das pessoas com

relação às intervenções do QUALIS é boa, assim como no caso particular dos trabalhos das enfermeiras.

O local onde o trabalho da enfermeira é mais desenvolvido está dividido entre as consultas realizadas na unidade e as atividades nas visitas domiciliares.

A divisão do trabalho entre os membros da equipe obedece às decisões tomadas em grupo, normalmente. Também são respeitadas as especificidades de cada categoria profissional ou conforme a necessidade e urgência em determinadas situações.

Sugestões e Perspectivas

Com relação ao cumprimento dos objetivos do QUALIS, as enfermeiras têm uma visão muito positiva dos trabalhos desenvolvidos e de seus resultados. Há a percepção do impacto provocado pelo programa sem, contudo, fundamentá-lo numa avaliação mais precisa de seus resultados. Aos poucos a população vai entendendo como funciona e quais são seus objetivos, ainda que faltem coisas essenciais ao seu pleno desenvolvimento: medicamentos, por exemplo. São mais cautelosas com relação ao futuro do QUALIS: não sabem dizer o que poderá acontecer.

O desenvolvimento do projeto, na visão das enfermeiras, está indo bem. Faltam alguns pontos de melhoria, mas no geral está caminhando. Melhorar o problema das verbas destinadas ao projeto, por exemplo, pode melhorá-lo mais ainda. O reconhecimento da população é um retorno extremamente importante e merece destaque na perspectiva das enfermeiras. Apesar da falta de recursos e da ausência de um planejamento que indique onde serão implantadas mais unidades do QUALIS as enfermeiras sentem-se satisfeitas com o trabalho desenvolvido.

As chances de consolidação do programa na cidade de São Paulo são grandes. Há vontade da coordenação central e a comunidade, por outro lado, está cobrando a sua expansão. Há, ainda, necessidade de que haja vontade política dos governantes. As enfermeiras sentem-se com as mãos na massa, mas precisam de apoio para a continuidade do projeto. A expansão também é vista com certas reservas já que necessitaria ir além de uma simples forma de recrutamento e seleção dos trabalhadores; seriam necessários investimentos na formação dos recursos humanos para trabalharem no programa. A expansão do programa na cidade de São Paulo é desejada, assim como no estado.

O que mais agrada às enfermeiras no projeto é poder trabalhar “a pessoa por inteiro”, ou seja, estende-se a noção à família. Neste sentido, dizem, é possível dar continuidade ao tratamento e verificar a evolução dos casos. Assim, o trabalho direto com a comunidade traz satisfação e humaniza as atividades de assistência à saúde. O trabalho em equipe também satisfaz as enfermeiras.

O que menos agrada às enfermeiras forma um conjunto bastante variado de problemas. São indicadas as cobranças da produção, a falta de referência para encaminhar pacientes, o excesso de demanda para ser assistida, reclamações de que faltam famílias que não são visitadas, falta de recursos para o projeto, a intolerância das pessoas por não serem atendidas na hora, e a burocracia que existe em algumas atividades.

Se houvesse que mudar alguma coisa no QUALIS, as enfermeiras propõem 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 coberturas 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, parece haver consenso na satisfação e nos problemas apresentados anteriormente.

O maior desafio apontado pelas enfermeiras ao projeto é poder levar a fundo o projeto, conhecendo as famílias e trabalhando seus problemas dentro das possibilidades existentes. Consideram 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 é um grande desafio .

Quanto à afirmação de que o QUALIS representa o modelo de reorganização da assistência à saúde no país, de forma geral as enfermeiras concordam com isso, já que o projeto beneficia pessoas e elas estão gostando. O abandono a que estavam relegadas as pessoas foi superado com a implantação do QUALIS. Há também aquelas que acreditam que haveria limites nesta 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 vão da indicação da novidade no tipo de atendimento que é prestado, na assistência integral prestada à população e nas pessoas que por ele trabalharam desde o início (das lideranças aos trabalhadores).

À expansão do QUALIS as enfermeiras respondem que seria uma decisão política e dependeria também da manutenção das articulações com os níveis federal, estadual e as organizações. Os recursos financeiros, humanos e técnicos são essenciais. A absorção desta experiência pela rede da SES é 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 seu futuro como trabalhadora, as enfermeiras do QUALIS respondem que o trabalho no QUALIS permite a aquisição de uma grande experiência profissional. Umas acreditam que permanecerão no QUALIS, outras não por muito tempo. Fazer saúde pública é possível no QUALIS, o que possibilita ampliar conhecimentos e adquirir 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 são desejados.

2.2 - OS ENFERMEIROS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF (2004)

Dados Sócio-Demográficos e trabalho no PSF

Os enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família da cidade de São Paulo somam um total de 792 profissionais.

A inserção desses enfermeiros, no Programa, efetiva-se sob duas modalidades: uma primeira, da qual participam 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 uma determinada área do território. Uma segunda forma de inserção desses enfermeiros é representada pelo acompanhamento, a supervisão e o 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 supervisão de um enfermeiro, é responsável por algumas ações de saúde, para uma determinada população. Essa 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 destes profissionais na composição das equipes do PSF é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações do PSF do município de São Paulo. Participaram da pesquisa 346 profissionais, ou seja, 43,7% do total dos enfermeiros do Programa no município.

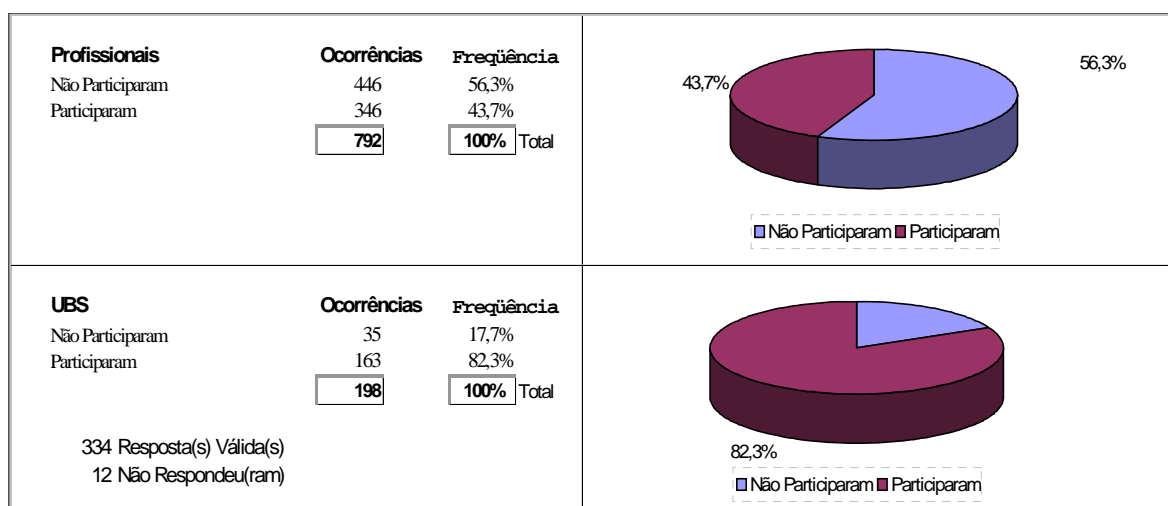


Tabela 31 - Distribuição percentual dos Enfermeiros e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.

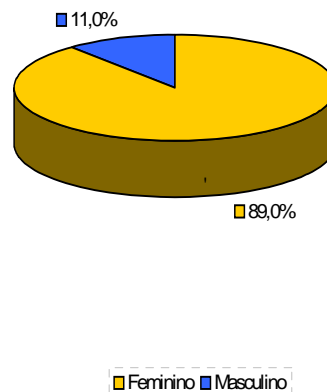
Gráfico 30 - Distribuição percentual dos Enfermeiros e UBS, segundo participação na pesquisa, no PSF/SMS/SP, 2004.

Tabela 32 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo sexo. PSF/SMS/SP, 2004.

Questão	Ocorrências	Frequência
Feminino	306	89,0%
Masculino	38	11,0%
344		100,0% Total

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

Gráfico 31 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo sexo. PSF/SMS/SP, 2004.



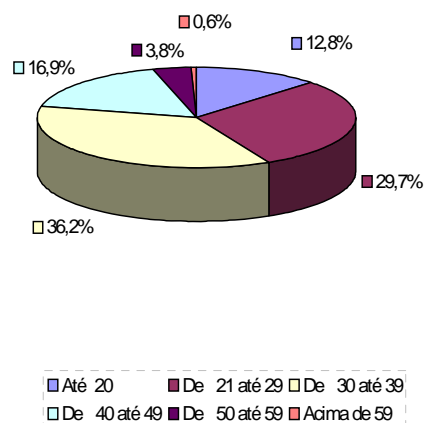
O conjunto de profissionais enfermeiros é predominantemente feminino. Verifica-se, na tabela, que são 89,0% de mulheres para 11,0% de homens.

Tabela 33 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 32 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo idade, no PSF/SMS/SP, 2004.

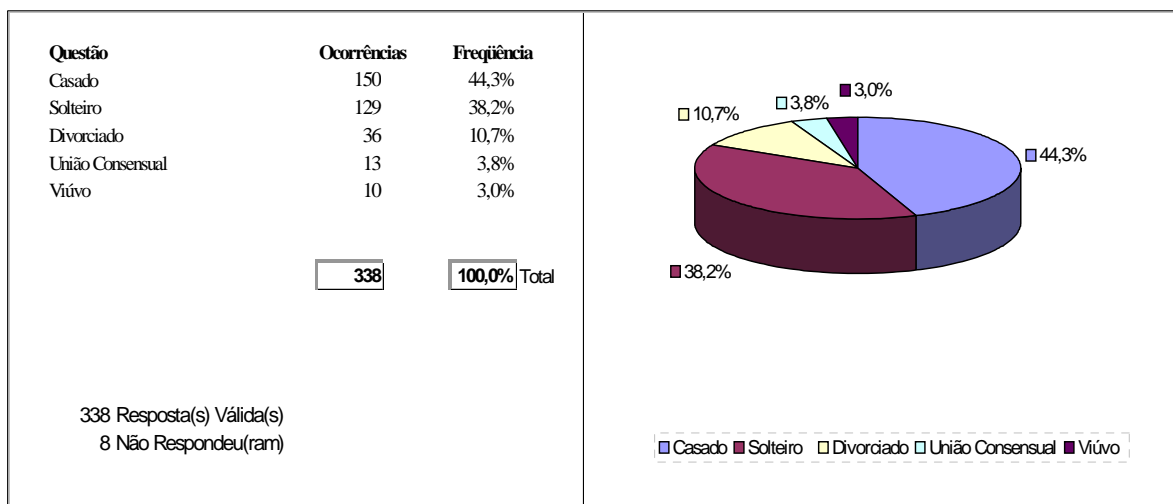
Questão	Ocorrências	Frequência
Até 20	44	12,8%
De 21 até 29	102	29,7%
De 30 até 39	124	36,2%
De 40 até 49	58	16,9%
De 50 até 59	13	3,8%
Acima de 59	2	0,6%
343		100,0% Total

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



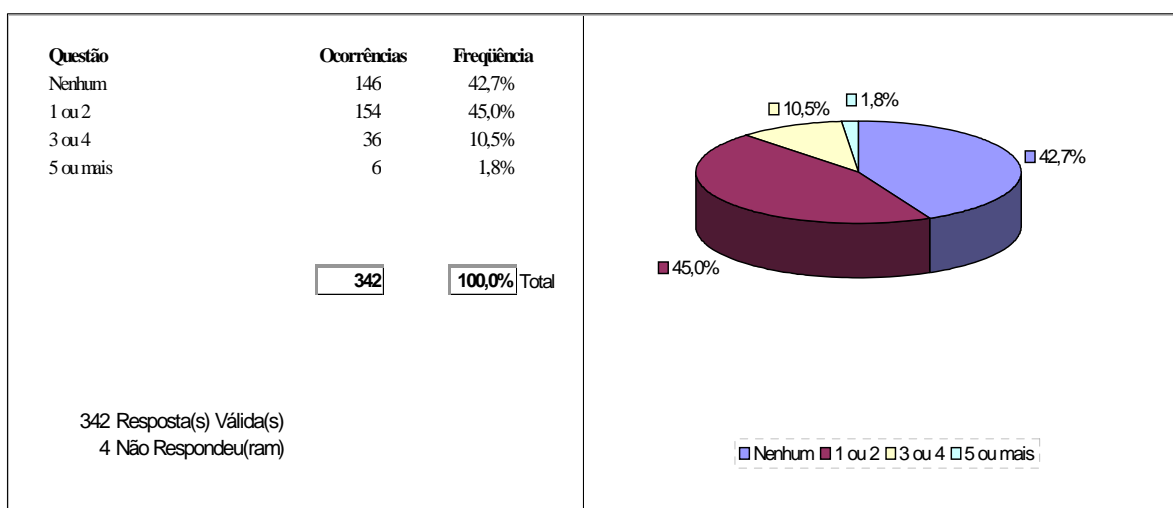
Observa-se que é maior o percentual na faixa de 30 até 39 anos: 36,2%. Porém, as faixas de até 20 anos e de 21 a 29 anos apresentam 12,8% e 29,7%, respectivamente. E, portanto, um conjunto de profissionais ainda jovens.

Tabela 34 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo estado civil, no PSF/SMS/SP, 2004.



Os casados constituem o grupo maior: 44,3%. Há, por outro lado, um conjunto expressivo de solteiros (38,2%) e de divorciados (10,7%).

Tabela 35 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo o número de filhos, no PSF/SMS/SP, 2004.

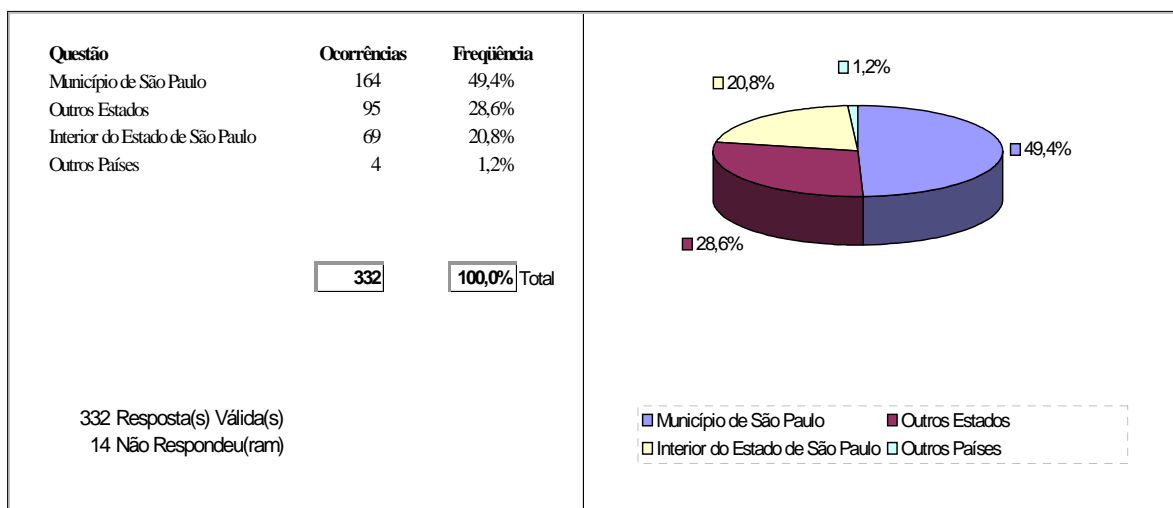


O percentual de enfermeiros que não têm nenhum filho é de 42,7%. Os que possuem de 1 a 2 filhos são 45,0%. Ou seja, o perfil etário apresentado anteriormente indicou

um conjunto de adultos jovens que ainda não estão casados e que, muito possivelmente, terão um baixo número de filhos também.

Tabela 36 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 35 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo local de nascimento, no PSF/SMS/SP, 2004



Predominam os 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. Chamam a atenção àqueles nascidos em outros estados e que estão radicados na cidade de São Paulo. Os nascidos no interior são 20,8% dos entrevistados, um número expressivo.

Tabela 37 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo local de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 36 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo local de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

Os cursos de graduação, em sua maioria, foram realizados em escolas superiores privadas (59,3%).

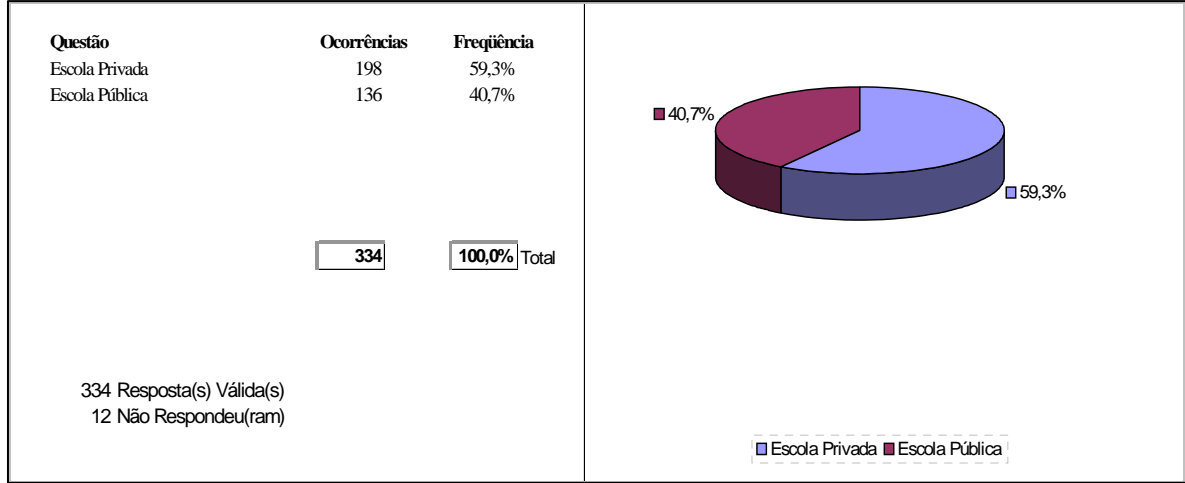
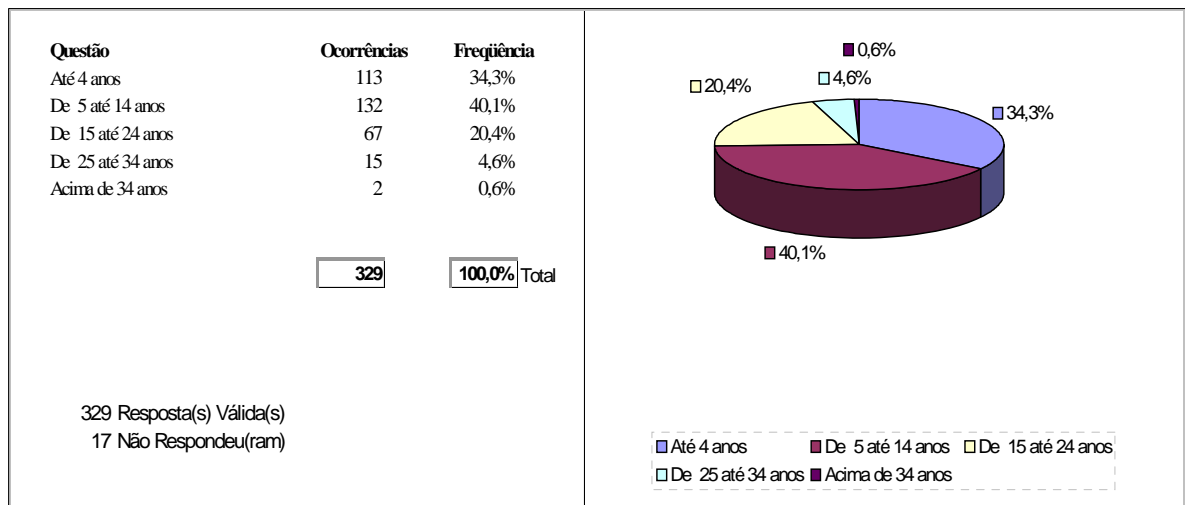


Tabela 38 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de formação do nível de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.

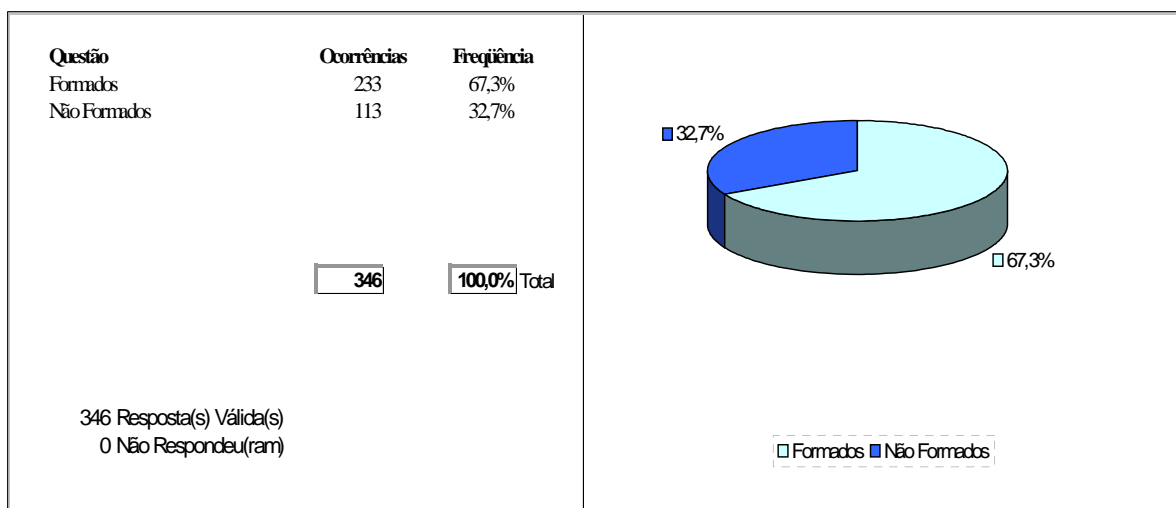
Gráfico 37 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de formação do nível de graduação, no PSF/SMS/SP, 2004.



É expressivo o número daqueles que terminaram a graduação nos últimos 4 anos (34,3%). Mas aqueles formados no intervalo de 5 a 14 anos superaram o percentual anterior: 40,1%.

Tabela 39 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de especialização, no PSF/SMS/SP, 2004.

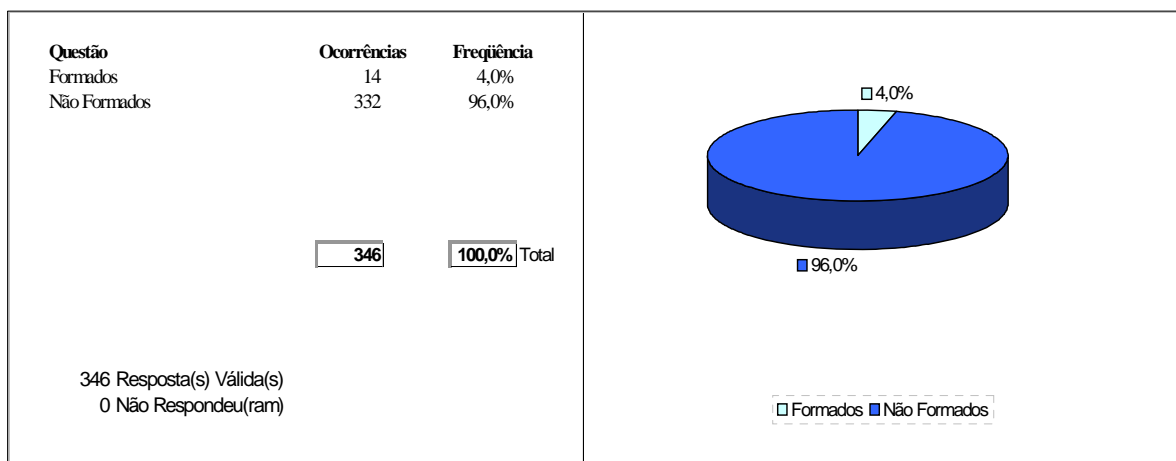
Gráfico 38 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de especialização, no PSF/SMS/SP, 2004.



Há um conjunto expressivo de formados em cursos de especialização: 67,3%. É uma percentagem alta e importante, pois demonstra a busca pelos profissionais por cursos de capacitação para o aprimoramento no trabalho.

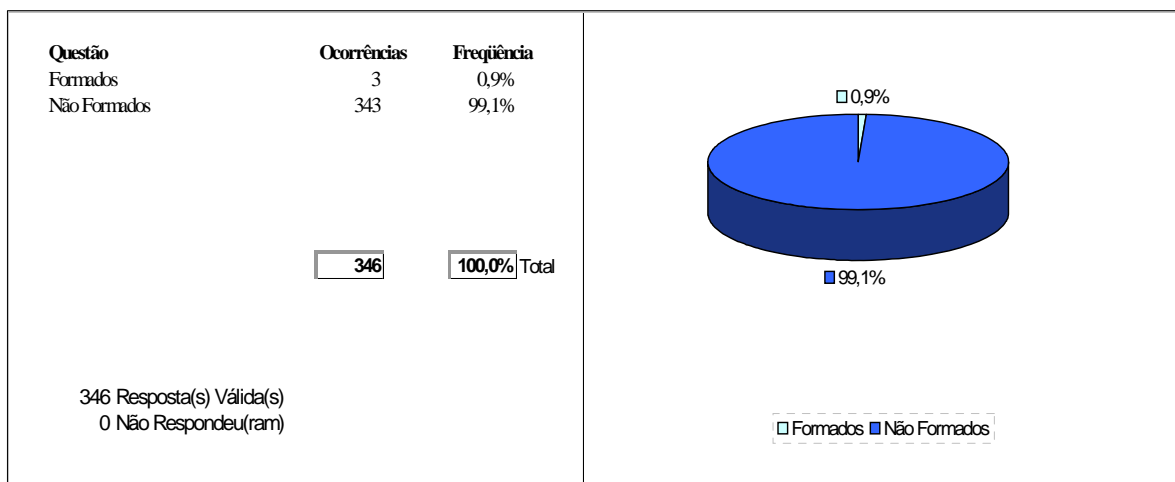
Tabela 40 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de residência, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 39 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo formação em cursos de residência, no PSF/SMS/SP, 2004.



Nessa etapa de formação dos profissionais, cai para apenas 4,0% o percentual de enfermeiros com residência em enfermagem. Há que se considerar, porém, que a oferta de vagas para residência em enfermagem é pequena.

Tabela 41 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo formação em mestrado, no PSF/SMS/SP, 2004.

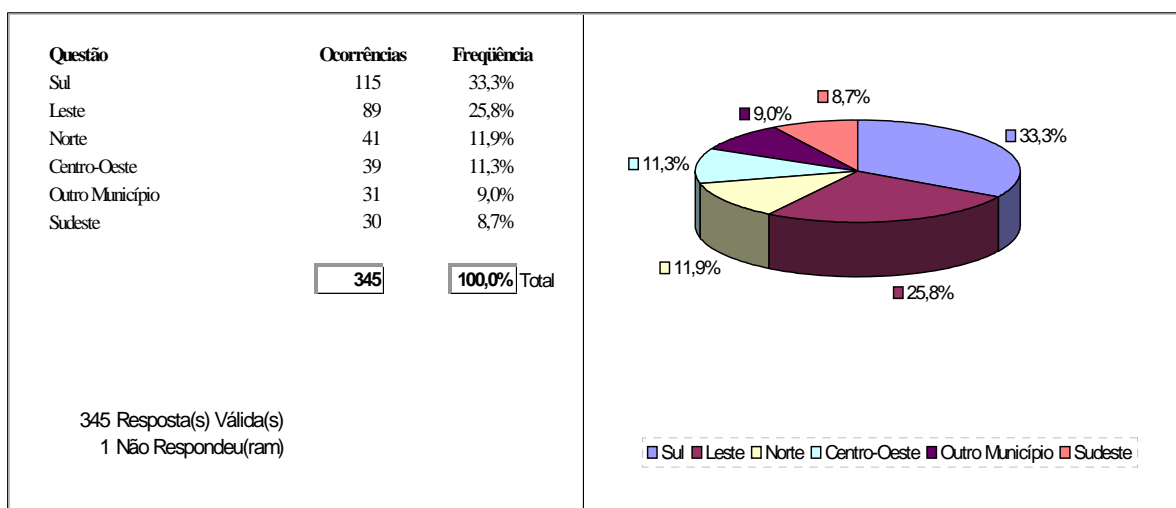


Neste nível de formação há, como no anterior, um baixo grupo com formação de mestrado: 0,9% dos entrevistados. Não há, também, entre os enfermeiros do PSF, nenhum atuando em atenção básica com o título de doutor.

Local de Moradia e Condições de Acesso ao Local de Trabalho

Tabela 42 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.

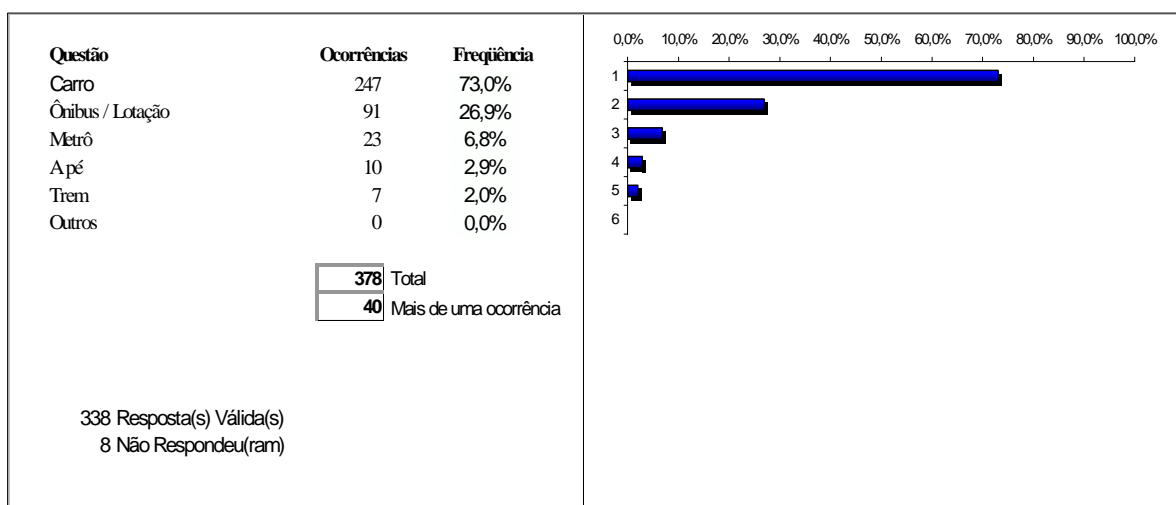
Gráfico 41 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo região de moradia, no PSF/SMS/SP, 2004.



As regiões Sul e Leste concentram o maior percentual de enfermeiros: 33,3% e 25,8%, respectivamente. São as duas regiões da cidade que concentram o maior número de profissionais contratados para trabalhar no PSF .

Tabela 43 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo o meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

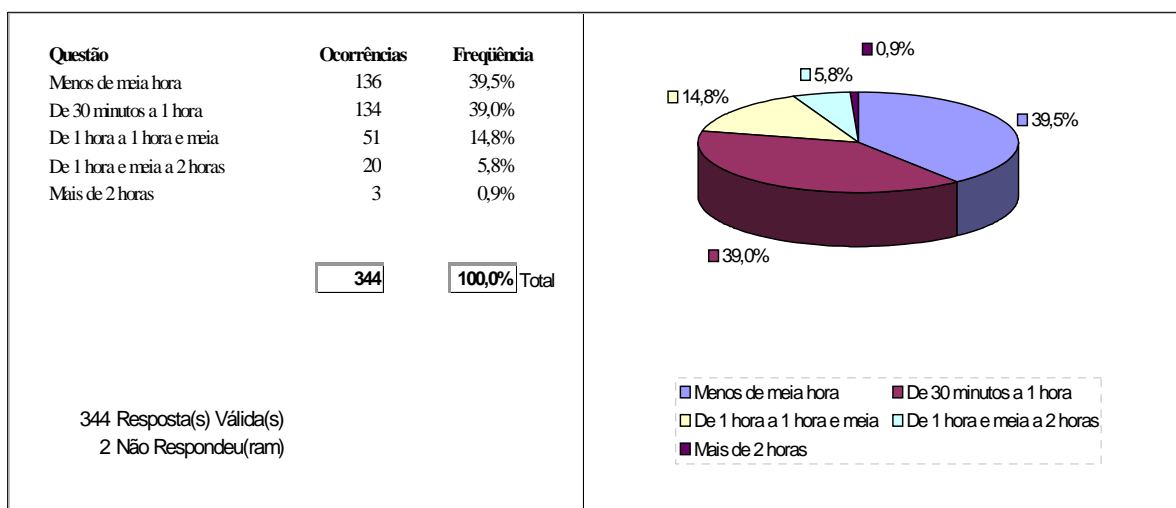
Gráfico 42 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo meio de locomoção usado para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.



O automóvel particular é o meio de transporte da maioria dos entrevistados (73,0%). Ônibus/lotação vem em segundo lugar com 26,9% de ocorrências.

Tabela 44 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 43 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo gasto para chegar ao trabalho, no PSF/SMS/SP, 2004.

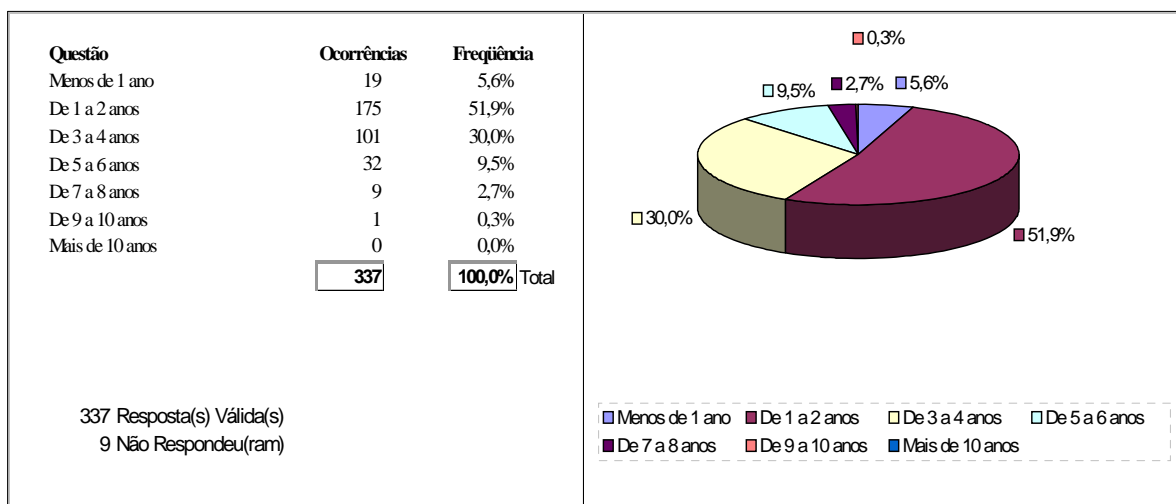


O tempo gasto para o deslocamento residência-trabalho não é tão alto, se consideradas as condições normalmente ruins da cidade de São Paulo. A faixa de tempo de menos de 30 minutos foi indicada por 39,5% e a faixa de 30 minutos à 1 hora, por 39,0% dos enfermeiros do PSF.

Condições de Inserção no PSF

Tabela 45 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.

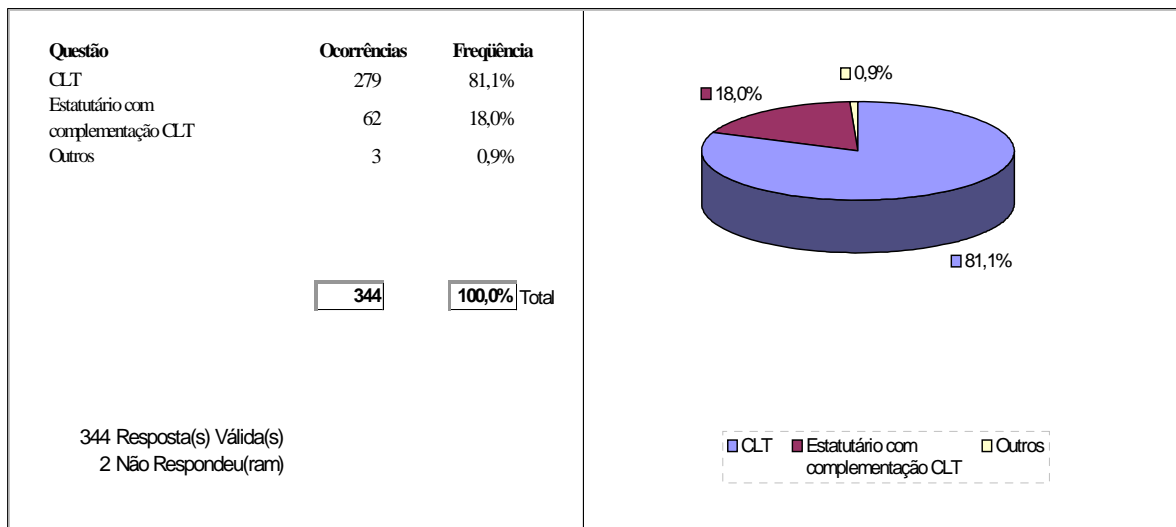
Gráfico 44 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo tempo de trabalho no PSF, PSF/SMS/SP, 2004.



O tempo de trabalho, no PSF, demonstra uma concentração nas faixas de 1 a 2 anos (51,9%) e de 3 a 4 anos (30,0%). São, pois, profissionais que não atuam há tanto tempo no Programa. Há que se considerar, também, que o PSF é novo em vários distritos da cidade.

Tabela 46 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.

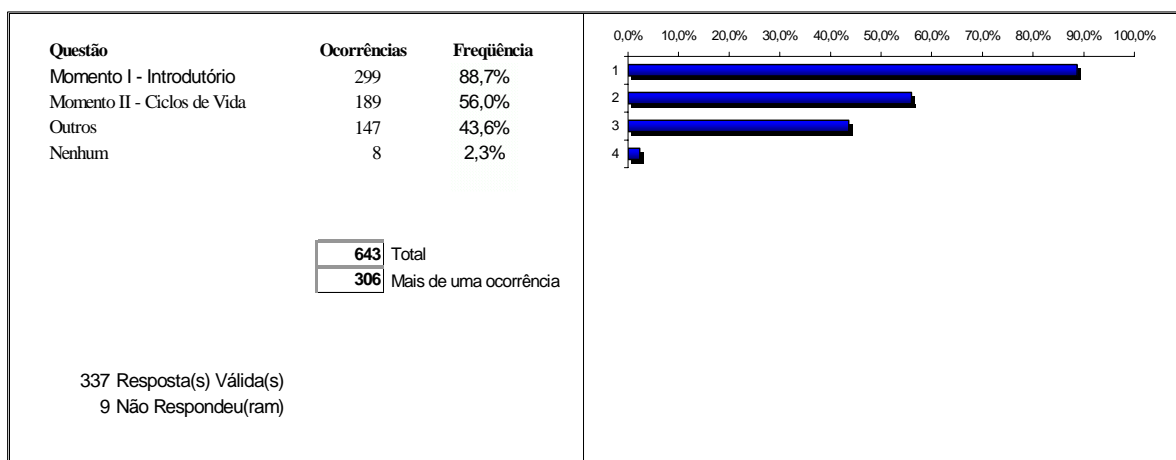
Gráfico 45 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo forma de contratação, no PSF/SMS/SP, 2004.



Há o predomínio da contratação pela CLT (81,1%), seguido do estatutário com complementação da CLT (18,0%).

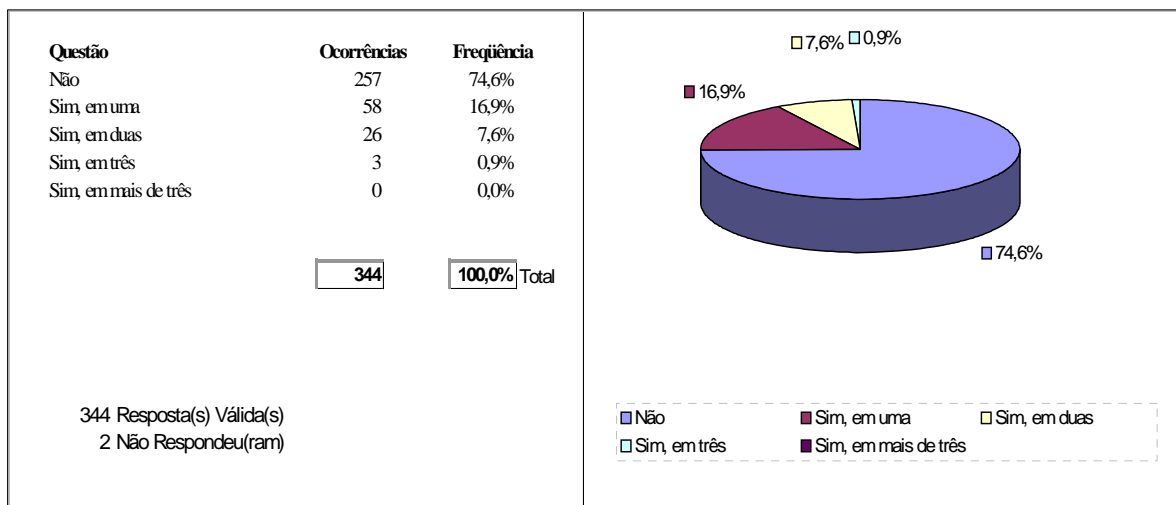
Tabela 47 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo capacitação, no PSF/ SMS/SP, 2004.

Gráfico 46 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo capacitação, no PSF/SMS/SP, 2004.



Quanto à participação no curso de capacitação Introdutório (Momento I) verifica-se, na tabela, que foi grande mas, mesmo assim, não houve a cobertura total dos enfermeiros (88,7%). Já o curso Ciclos de Vida (Momento II) foi freqüentado por 56,0% dos entrevistados.

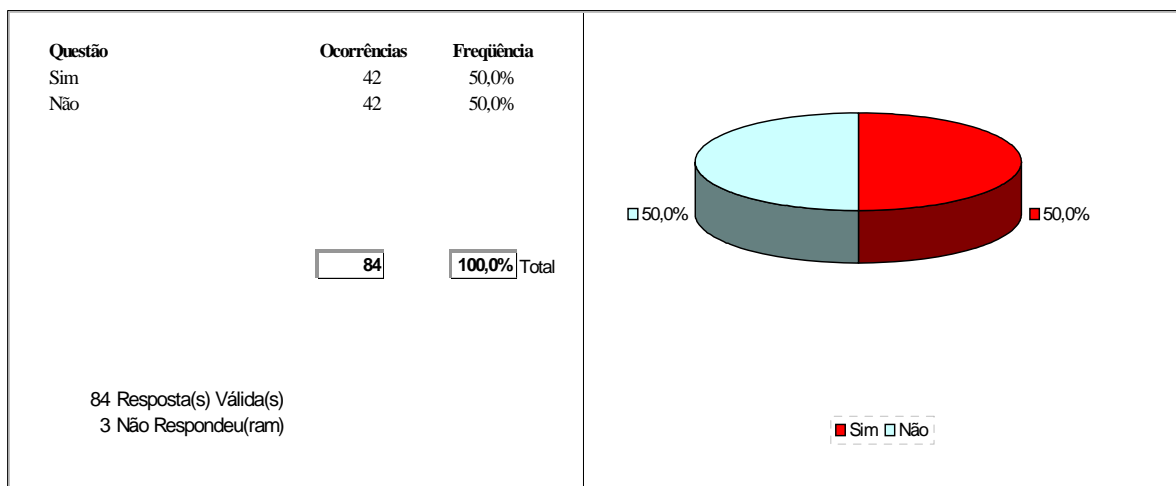
Tabela 48 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo número de unidades do PSF em que trabalhou, no PSF/SMS/SP, 2004.



A experiência profissional em outras unidades do PSF é muito baixa o que, mais uma vez, demonstra o perfil etário ainda jovem e recém formado do enfermeiro do PSF. Os que não trabalharam são 74,6% do total e os que tiveram experiência anterior são 16,9%, os quais atuaram em apenas uma unidade. Os que tiveram experiência em duas unidades caem para 7,6%.

Tabela 49 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo, no PSF/SMS/SP, 2004.

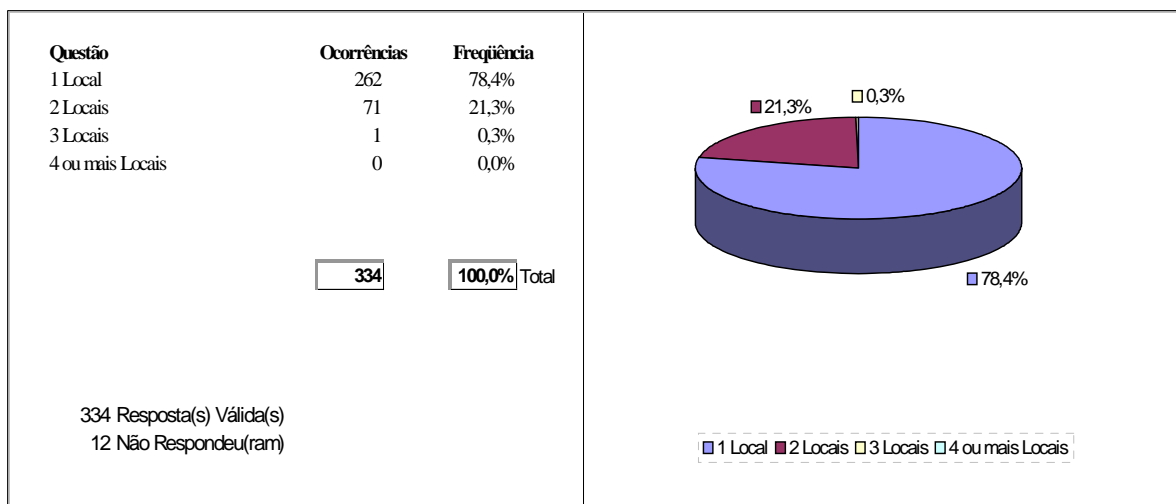
Gráfico 48 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo trabalho em PSF fora do município de São Paulo, no PSF/SMS/SP, 2004



Entre os que tiveram experiência anterior, há 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.

Tabela 50 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.

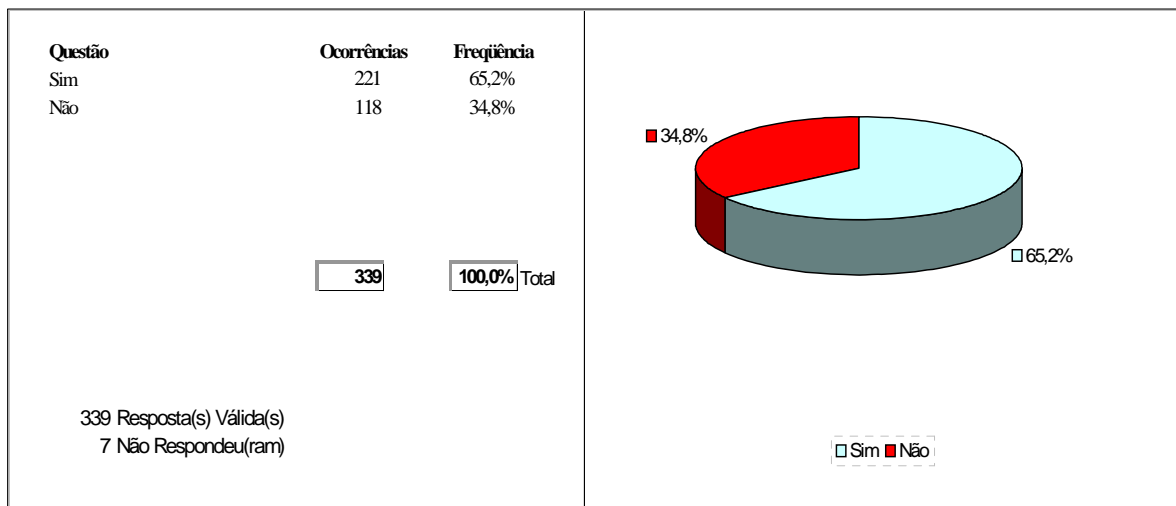
Gráfico 49 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo o número de locais de trabalho no momento, no PSF/SMS/SP, 2004.



A maioria dos enfermeiros do PSF indicou atuar somente num local de trabalho (78,4%). Os que informaram atuar em dois aparecem em segundo lugar, com 21,3% dos casos.

Tabela 51 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo experiência Profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.

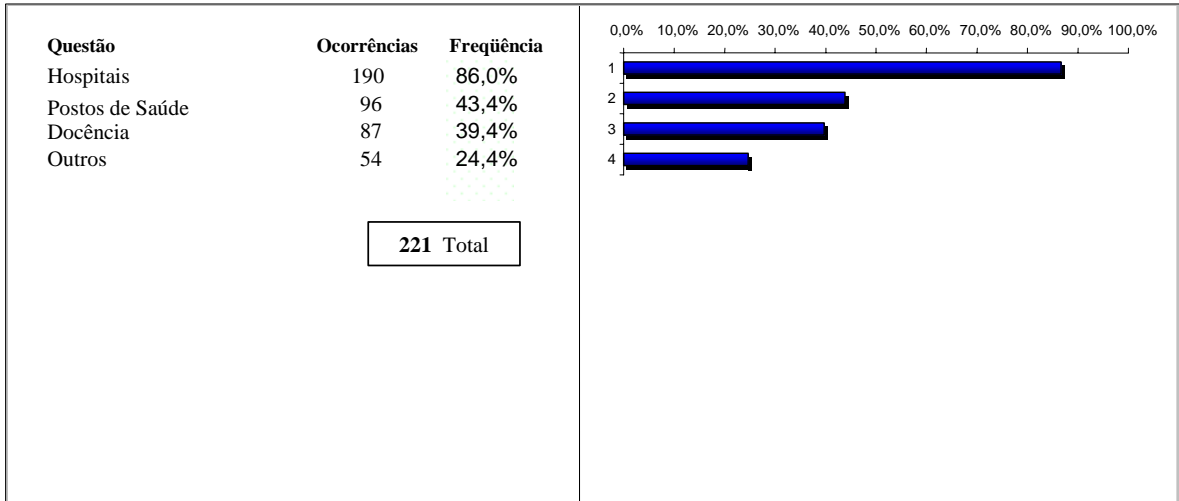
Gráfico 50 - Distribuição Percentual dos Enfermeiros, segundo experiência profissional anterior, no PSF/SMS/SP, 2004.



Esse é um dado importante que demonstra haver uma trajetória bastante comum entre estes profissionais no mercado de trabalho: 65,2% tiveram experiência profissional em outras organizações.

Tabela 52 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.

Gráfico 51 - Distribuição percentual dos Enfermeiros, segundo tipo de experiência anterior ao trabalho no PSF, no PSF/SMS/SP, 2004.



A organização hospitalar parece ser a primeira opção para esses trabalhadores no mercado profissional (86,0%). Em seguida, vem a experiência de atuação em postos de saúde (43,4%), seguida da atividade docente (39,4%).

As Percepções sobre o Trabalho no PSF

Dentro do conjunto de instrumentos de coleta de dados utilizados 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). Procurou-se explorar as condições objetivas de trabalho, as relações intra-equipe e com a comunidade, o processo de trabalho e um levantamento das expectativas em relação ao futuro profissional.

A apresentação destes resultados está dividida da seguinte forma: uma parte inicial com os principais tópicos que indicam a *satisfação* em relação ao trabalho, os principais aspectos que indiquem 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 parte II 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 tópicos 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, na parte III, as considerações finais.

Satisfação, Insatisfação e Sugestões:

Satisfação no trabalho

Ao serem indagados sobre o que lhe traz mais satisfação no trabalho, os enfermeiros indicaram um conjunto de respostas que permitem 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 através de ações educativas, preventivas e de promoção de saúde assume importância significativa no discurso dos enfermeiros. A qualidade de vida da comunidade melhora e o usuário acaba por valorizar o trabalho no PSF; há, por conseguinte, um reconhecimento do trabalho por parte da comunidade. A consequência é a formação de vínculos afetivos com os pacientes, já que a aproximação com as famílias através do trabalho, é grande. O acolhimento oferecido aos usuários é reconhecido pelos mesmos e sua atitude é 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 destacam, também, suas relações com a comunidade. Por exemplo, poder atuar como enfermeiro generalista na equipe pressupõe a valorização do potencial como profissional, tanto pela equipe, como pela comunidade, o que lhes traz muita satisfação. Percebem que a atuação como enfermeiro (a) da família, realizando consulta de enfermagem, visitas domiciliares e organizando grupos educativos com a comunidade, dá um aprofundamento ao trabalho e leva à real melhoria da qualidade de vida da população. Há, também, a consideração de que o trabalho multidisciplinar e a harmonia entre as equipes, mesmo diante dos erros e acertos, melhora a qualidade do trabalho.

O local de trabalho e o material adequado para desenvolvê-lo são considerados fatores indispensáveis, assim como o treinamento e capacitação constante das equipes. Só assim, dizem, 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 leva a população ao desenvolvimento e estabelece o vínculo da equipe com a comunidade e o conseqüente crescimento do trabalho.

O reconhecimento de trabalho, por parte dos parceiros e da coordenação de saúde, tem sido fundamental. É excelente quando se obtém respostas positivas (retorno) de alguma ação desenvolvida pela equipe. É importante ser valorizado e reconhecido como bom profissional, mas é de igual importância a unidade básica de saúde ser reconhecida.

Por fim, foram apontadas considerações dos trabalhadores de enfermagem acerca de suas próprias vidas e seu desenvolvimento. A autonomia profissional é um fator fundamental. Autonomia que só é possível, segundo os entrevistados, quando desenvolvem as atividades que gostam e podem verificar os resultados do trabalho. A liberdade para trabalhar contribui para que a criatividade aflore e os conhecimentos sejam colocados em prática, o que gera prazer e satisfação.

Sentir prazer com o trabalho é importante e a realização de algo bom para alguém satisfaz estes 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 citam a proximidade do local de trabalho como fator importante à satisfação da realização do mesmo e o incentivo para estudar também, já que pode vir a contribuir com a melhoria da qualidade.

No conjunto das respostas apresentadas acima, observa-se principalmente a valorização atribuída ao trabalho junto à população. A sensação de contribuir com a saúde do coletivo populacional e individualmente na assistência está expressa, principalmente, nas relações apontadas pelos mesmos, seja entre os próprios profissionais no desenvolvimento de suas atividades cotidianas, seja 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 causam insatisfação no trabalho. Um primeiro aspecto abordado pelos enfermeiros são as condições objetivas para o desenvolvimento do trabalho. Grande parte dos entrevistados atribui a insatisfação à instituição parceira e ao governo municipal, com referências a vários aspectos, que vão desde ausência de recursos materiais a problemas de organização do trabalho, assim como problemas referentes aos recursos humanos e instabilidade.

Algumas destas queixas referentes a recursos materiais são: a falta de equipamentos, a falta de impressos, a falta de medicamentos (abastecimento irregular), espaço físico pequeno e inadequado e, também, faltam outras equipes de saúde da família para atender outras comunidades (municípios vizinhos sem atendimento à saúde).

Dentre os elementos apontados que dizem respeito à organização do trabalho, destacam-se os seguintes: desorganização administrativa; exigências referentes à implantação de normas, regras e realização de trabalhos sem discussão com os níveis locais; burocracia desnecessária; o método de trabalho proposto pela secretaria “oscila”; território muito extenso e com muitas pessoas cadastradas; mudanças freqüentes de coordenação e gerentes; insegurança nas profissões de base geradas pelas mudanças de coordenação; falta de credibilidade política; pessoas que fazem parte do programa, mas não acreditam 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 secundário e terciário não recebem a devida atenção; baixa resolutividade em função do descaso; falta interlocutor entre unidade e SMS; e, relacionamento difícil entre funcionários do estado, da prefeitura e do PSF.

Os aspectos apontados sobre os recursos humanos indicam uma gama variada de problemas, tais como:

Trabalho em equipe: desvalorização do trabalho por parte da gerência da UBS; equipe incompleta; deve haver maior rigor na seleção/contratação dos ACS e enfermeiros;

ausência de enfermeiros para trabalhar com questões burocráticas; perfil da chefia não contribui para a interação da equipe; não há boa comunicação intra-equipe; a equipe não tem objetivos comuns; o relacionamento interpessoal é conflituoso; falta de comprometimento de alguns colegas da equipe de profissionais (médicos e enfermeiros) e auxiliares de enfermagem; falta de conhecimento, por parte do médico, do trabalho do profissional de enfermagem; falta de autonomia para as equipes.

Produção do serviço: excesso de demanda; não há tempo para desenvolver todas as atividades previstas; o grande número de famílias por equipe gera sobrecarga; cobrança da produção (avaliação quantitativa); não poder ampliar a equipe e, conseqüentemente, 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; não há reconhecimento do trabalho; falta incentivo.

Capacitação: falta de segurança no atendimento devido à falta de 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; informações mal dadas, o que denota deficiência na capacitação; falta constante de informações; falta de treinamento para pessoal administrativo; profissionais contratados sem perfil para PSF; faltam mais cursos para auxiliar e ACS; não ter acesso a alguns cursos por não ser funcionário estável (estatutário).

Considerações acerca do sistema de saúde como um todo, também foram apontadas. São as seguintes: necessidade de referência e contra-referência (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 muita complexidade; falta de cooperação

interequipes; falta de retaguarda em pronto socorro e hospitais; falta de senha para as especialidades; não é possível regularidade e acompanhamento para as doenças graves no PACS; dificuldade nos encaminhamentos devido à distância e necessidade de veículo.

Quanto à divulgação do programa, são apontados aspectos importantes. Por exemplo, a comunidade não está suficientemente esclarecida em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF). A falta de informações e a “ignorância” da população contribuem, por vezes, para o mau funcionamento do programa. Muitos usuários buscam a unidade como pronto-socorro e queixam-se do mau atendimento. Devemos, entretanto, ressaltar que a insatisfação do cliente não é gerada somente pela falta de informação, mas também pela falta de recursos para dar um bom atendimento e acolhimento. Ainda verifica-se pouca aderência da comunidade em alguns programas realizados.

O sentimento de impotência ocorre com uma certa freqüência, segundo os entrevistados.

Os motivos são: falta de estrutura sócio-econômica da população que é atendida e a extrema carência. Falam de seu sofrimento ao ver pessoas desempregadas e passando necessidade e do mal estar que sentem quando deixam de fazer alguma coisa que complete o atendimento (falta de referência e contra-referência, equipe incompleta, etc.).

A dificuldade de trabalhar com pessoas desempregadas, usuários de drogas e álcool é salientada, pois gera conflitos e desentendimentos (entre usuário e funcionário). Muitas vezes a população não valoriza o programa porque o mesmo não cumpre o proposto, principalmente em se tratando dos encaminhamentos para as especialidades, caindo assim em descrédito.

Por fim, ainda são indicados alguns elementos que contribuem à composição do universo de fatores que geram insatisfação aos trabalhadores de enfermagem do PSF. A falta de “vontade política” ou a “manipulação política” para mostrar resultados são citados, 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 podem ser alterados, mesmo que a avaliação não tenha sido negativa anteriormente.

Foi considerada, inicialmente, a necessidade de criação de melhores estruturas para o bom desenvolvimento das atividades de trabalho no PSF. Constituem exemplos destas 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 conseqüente elaboração do arquivo de documentos.

Outro aspecto indicado pelos profissionais enfermeiros é em relação à melhoria da dos recursos humanos no PSF. Os seguintes aspectos 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; por fim, aumentar o número de profissionais e pessoal de nível médio que integram as equipes (médicos, enfermeiros e auxiliares). Pôde ser observado que a grande reivindicação é 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 compõe as equipes e o número de famílias atendidas também contribui para que as condições de trabalho sejam inadequadas, nesse caso para os funcionários e para a comunidade que acaba não recebendo um 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 contra-referência; diminuir o número de famílias que cada equipe deve atender; manter nas equipes médicos generalistas; por fim, discutir permanentemente a questão do acolhimento.

Dentre as necessidades apontadas, aquela que aponta na direção de resgatar as diretrizes do PSF parece ser fundamental na percepção destes funcionários. Por exemplo, não perder o objetivo principal do programa: assistir à comunidade; dar mais

autonomia às parceiras; os direitos dos usuários devem ser respeitados; e, o funcionamento do programa deve ser avaliado permanentemente.

A continuidade do Programa de Saúde da Família é 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 intersectorialização; 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 devem ser técnicas; acordo entre gestores federal, estadual e municipal em relação ao PSF; política de contratações sem interferência política; colocar líderes que entendam o 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 aonde não existe e expandi-lo onde já está implantado.

Outro conjunto de sugestões é a idéia 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 tem o conhecimento real da importância das ações preventivas em saúde, da necessidade da parceria entre o “programa e a comunidade” e para que o mesmo tenha seus objetivos alcançados.

Representações sobre o Trabalho no PSF

Escolha da profissão

Com relação à escolha da profissão, outra pergunta aberta 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 significa a intenção de contribuir para a melhoria de vida das pessoas, principalmente as mais necessitadas, foi apresentado como o principal fator na escolha da profissão. A profissão, portanto, é vista como uma excelente oportunidade para aqueles que desejam ajudar o próximo e que têm nessa atitude como prioridade na vida. Os mesmos associam a escolha profissional à necessidade de trabalhar e ao prazer de ser útil à população. O trabalho tem um sentido de doação. As respostas tentam esclarecer que o trabalho vai além de uma atividade que requer conhecimento, pois é colocado que o amor à atividade, o “trabalhar com o coração”, é fundamental; é o que de fato mobiliza e leva 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, através da prestação de serviços de qualidade e acesso, são vistas como fatores que podem produzir transformações importantes na comunidade. Muitos enfermeiros têm uma postura idealista, acreditam que orientando, cuidando e desenvolvendo atividades de prevenção e promoção em saúde estão contribuindo para mudanças sociais importantes. Tecem considerações sobre a necessidade que a clientela tem não somente de assistência médica, como também de receberem cuidados mais gerais: receber atenção e ser ouvido. Acreditam que tenham vocação para a realização desse trabalho, dessa “missão”. Há identificação com a profissão por considerá-la com possibilidades de crescimento profissional e por acreditar que traria satisfação pessoal, principalmente por saber que existe 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 falam 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 é gratificante fazê-lo, apresentam-se como fatores importantes no processo de escolha. Ainda são mencionadas histórias de vida e desígnios religiosos (doença nos entes familiares ou em si mesmo, fé e amor a Deus, “identificação espiritual”).

Os procedimentos da enfermagem são muito interessantes, atraentes, principalmente os que tratam da atenção básica – educação e prevenção, assim como é 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 estes profissionais é um aspecto fundamental na escolha da carreira. O mercado de trabalho na área de saúde é bom. Há oferta de empregos e possibilidade de crescimento profissional e financeiro. A escolha ocorre, muitas vezes, em função de querer progredir na carreira para aqueles que, por exemplo, iniciam como auxiliar de enfermagem ou técnico de laboratório, indo até a formação em enfermagem. A curiosidade também leva a 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 existe a possibilidade de ter um só emprego e, ainda, ser valorizado, ter certa autonomia e obter retornos positivos.

Porque veio trabalhar no PSF

A *experiência anterior* foi indicada por alguns funcionários que têm formação e/ou especialização em saúde pública, sendo assim acreditam que o PSF seria o caminho para concretizar trabalhos de prevenção e promoção em saúde. Muitos, desde a conclusão da graduação, já trabalharam 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 no mesmo, participar de um programa novo, de maior abrangência.

O interesse em trabalhar com a comunidade é, para muitos entrevistados, uma grande satisfação. Acreditam que podem orientar e ajudar as pessoas a se prevenir das doenças e suas complicações, ou seja, trabalhar com a prevenção e promoção em saúde. Atender às necessidades dos usuários e dedicar-lhes carinho e atenção é algo que proporciona prazer, principalmente porque a clientela é basicamente formada por pessoas carentes; pessoas que necessitam de informações. Estão certos de que seu trabalho contribui para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, fato este que os estimula a permanecer no programa. Consideram que é um bom lugar para trabalhar pela possibilidade de estabelecer vínculos com as pessoas, o que facilita a promoção de programas de saúde.

A profissão de enfermeiro é vista como a de um educador, que ensina a comunidade e muito aprende com ela.

A importância do PSF é vista 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, é boa por acreditarem que o melhor caminho para mudar o sistema de saúde é o da educação e orientação; que o melhor caminho para o SUS é através da implantação do PSF. “O PSF tem um caráter dinâmico e dá autonomia para o enfermeiro, principalmente em consultas e grupos educativos”. Esta forma de trabalho é tida como importante e satisfatória.

De maneira geral o PSF é considerado um programa que apresenta uma boa estratégia de trabalho, porque a atenção básica é essencial para a população entender como prevenir a doença e promover a saúde, de maneira mais acessível, humanizada e, ainda, tem como atender, com eficiência, a maior parte das demandas de saúde e sociais da comunidade, juntamente com as políticas intersetoriais.

O PSF é visto como desafio por se tratar de um programa novo, ter um enfoque diferente do que já foi realizado até então, como uma atividade que pode ampliar o

horizonte profissional por ser uma experiência nova na carreira do profissional em saúde. Existe curiosidade em trabalhar nesse projeto e a sua implantação é considerada uma conquista.

A valorização profissional faz com que o enfermeiro sinta seu trabalho valorizado e reconhecido. É dada autonomia para desenvolver as atividades e o papel desse profissional chega a ser mais importante que o do médico.

As conveniências pessoais apontam que o trabalho no PSF oferece um salário melhor e a possibilidade de crescimento profissional. A chance de ter um bom salário é atrativa e estimulante. Outra vantagem apontada é a de não ter que trabalhar nos finais de semana e a proximidade da residência. A possibilidade de poder capacitar-se e/ou especializar-se continuamente é interessante para aqueles que desejam desenvolver-se profissionalmente.

Planos para o futuro profissional

Com referência a essa pergunta, as respostas dadas pelos entrevistados versam, 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 é 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 versa, também, sobre a realização de cursos, porém não faz nenhuma referência ao Programa de Saúde da Família. Verifica-se que alguns entrevistados buscam, dentro da área da saúde, a docência e a pesquisa. Há entrevistados que falam sobre sua intenção de continuar no PSF e 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 são feitas menções sobre a ampliação de conhecimentos, há 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 significa:

“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 na 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 é 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 contra-referência”

“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 na 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”

2.3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermeiras demonstraram ter um conhecimento profundo e um apego bastante forte ao trabalho no QUALIS. Acreditam que a perspectiva de poder contribuir com o avanço dos cuidados de saúde à população com a novidade que é o programa QUALIS, torna-se um fato altamente relevante na vida profissional das mesmas. Sabem que o programa é 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, acreditam que o QUALIS complementa o SUS, ampliando-o e tornando-o mais complexo em sua capacidade de oferecer atenção integral à saúde. Por outro lado, sabem das limitações da atuação do programa, principalmente quando se trata das articulações com outros níveis de assistência, na referência e contra-referência.

No entanto, sabem exatamente quais problemas concretos devem ser superados para que o programa tenha um impacto profundo nas condições de saúde da população. Basicamente, o problema da destinação de recursos (financeiros, materiais e humanos) emperra o bom desempenho e compromete a qualidade do trabalho das enfermeiras e da equipe de forma geral.

Mesmo sem uma necessária avaliação epidemiológica as enfermeiras identificam a realização de um trabalho que em alguns anos já gerou impacto na saúde da população. Percebem isso através do acompanhamento das pessoas e suas famílias e identificam melhoria significativa através de suas intervenções.

Outro aspecto crítico é o conflito gerado pelo excesso de demanda para consultas na unidade de saúde. Por um lado, o costume da população de acessar diretamente o serviço e, por outro lado, as necessidades reais vividas pela população colocam ao

serviço um excesso de carga que torna difícil sua solução. Um problema levantado é o comprometimento das visitas domiciliares já que as agendas devem contemplar, para médicos e enfermeiras, as consultas dentro da unidade. Com isso, desenvolve-se a linha do acolhimento da demanda na unidade e observa-se, também, que o trabalho de levar informações a estas pessoas sobre a maneira de funcionamento do QUALIS ocorre nestas circunstâncias.

O trabalho em equipe é muito valorizado pelas enfermeiras. Compartilhar com outros profissionais e técnicos da equipe, além dos agentes de saúde, é algo extremamente valorizado e que permite um crescimento profissional e a melhoria do desenvolvimento das atividades junto à população. A troca de experiências, o compartilhar das informações, a transmissão de conhecimentos etc., são ações bastante valorizadas e a suas realizações só ocorrem porque existe o trabalho em equipe.

O trabalho em equipe permite, ainda, uma visão ampliada do indivíduo, dos grupos familiares e da comunidade. Os conhecimentos produzidos nas práticas das visitas domiciliares e nas consultas são muitos e devem ser constantemente trocados e discutidos dentro da equipe. A composição de visões distintas sobre um mesmo fenômeno acaba por gerar respostas/intervenções junto à população.

De forma geral os enfermeiros do Programa de Saúde da Família, na cidade de São Paulo, são adultos jovens ainda com pouca experiência profissional. O sexo feminino supera, em muito, o masculino.

Há um grande percentual de casados e daqueles que vivem em situação de união consensual. Mas solteiros e divorciados praticamente se igualam.

A composição familiar demonstrou um número alto de profissionais sem filhos. Os que têm entre 1 e 2 filhos atingem um percentual bem maior que aqueles que têm um número maior de filhos.

Em sua maioria, são nascidos no município de São Paulo, sendo seguidos dos nascidos em outros estados. A maioria é formada em escolas superiores privadas. O percentual de recém formados, no intervalo dos últimos 4 anos, é de 34,3%.

Na formação pós-graduada a especialização supera em muito a residência em enfermagem, o mestrado e o doutorado. Se comparada essa situação ao baixo

número de anos de formação dos enfermeiros, pode-se acreditar que isso explique. Mas o percentual de profissionais com um número de anos maior que os mais jovens não é 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 habita 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 é mais freqüente que o ônibus/lotação. O tempo gasto com deslocamento para o trabalho gira em torno de trinta minutos à uma hora, para a maioria.

A forma de contratação mais comum é pela CLT e, mesmo entre os estatutários, há complementação pela CLT.

Com relação à capacitação para o desenvolvimento do trabalho, a maioria freqüentou os cursos introdutórios, diminuindo gradativamente para o curso de ciclos de vida e outros cursos.

A maioria não trabalhou em outras unidades do PSF. Fora a atuação no PSF, a maioria dos enfermeiros somente atua em mais um local de trabalho. Possui, em sua maioria, experiência profissional anterior ao PSF. Desses, a maioria tem experiência em hospitais, seguida da experiência em postos de saúde e atividade docente.

Observou-se a presença de sentimentos altruístas entre os enfermeiros e enfermeiras que responderam às perguntas abertas. A crença de que fazem um trabalho importante à saúde individual e coletiva está intensamente presente entre estes 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 atinge e expõe a vontade de atuar num programa de atenção básica que acreditam.

Assim, a crença no PSF e na permanência nele apresenta-se como elemento importante na análise destes dados. A vontade de evoluir na profissão, seja buscando a capacitação ou o aprimoramento, pôde ser observada nas indicações de que há dedicação e necessidade de ampliar e melhorar seu potencial de trabalho para poderem atuar junto aos segmentos da população assistidos pelo PSF.

Este é um potencial a ser explorado pelo gestor já que as críticas também estão centradas na gestão (principalmente de recursos humanos) e nos "usos indevidos" do PSF. Há, portanto, um potencial real a ser investido pelo poder público, pois percebe-se, ao menos no plano discursivo, uma interação muito forte com o compromisso de trabalhar, evoluir intelectualmente, praticar melhor suas ações através de várias possibilidades de formação (especializada) e, principalmente, receberem cuidados para suportar um trabalho que muitas vezes não tem o retorno esperado devido às condições gerais de vida da população e ausência de outras políticas setoriais que complementem as ações em saúde.

Por fim, as condições objetivas de trabalho requerem transformações . Os vários aspectos indicados pelos enfermeiros colocam uma situação atual que necessita de uma reforma do sistema de atenção básica de saúde que ainda é recente e, portanto, não poderia apresentar-se com estes problemas. Ausência de materiais de trabalho, falta de infra-estrutura, etc., são problemas comuns que afetam o dia-a-dia destes profissionais e geram mal estar e estresse, comprometendo desta forma o pleno desenvolvimento do trabalho no PSF.