



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**FRANCIELE SANTOS DO NASCIMENTO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ZONA  
RURAL DE UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL**

Ariquemes

2016

**Franciele Santos do Nascimento**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ZONA  
RURAL DE UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof.<sup>a</sup> Orientadora: Ma. Sonia Carvalho de Santana.

Ariquemes

2016

**Franciele Santos do Nascimento**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ZONA  
RURAL DE UM MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA LEGAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito à obtenção de Grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof.<sup>a</sup> Orientadora: Ma. Sonia Carvalho de Santana.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Orientador: Ma. Sonia Carvalho de Santana  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Mariana F. A. de Carvalho  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Rafael Alves Pereira  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 24 de Novembro de 2016.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu energia e benefícios para concluir todo esse trabalho. Agradeço esta, e as demais conquistas,

Aos meus amados pais **João** e **Gizelia** e irmãos **João**, **Rondinelle**, **Jucinéia** e a minha preciosa sobrinha **Luiza**, a melhor e maior presentes de Deus. O que dizer a vocês família? Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias... Valeu a pena esperar...! Esta vitória é nossa!

À minha cachorra Lessy, que sempre esperava por mim quando retornava da faculdade nesses 5 anos.

À minha professora e orientadora **Sonia**, que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho e também a todos os meus professores que durante muito tempo me ensinaram o quanto estudar é bom.

À professora Dra **Rosani** pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos e também a professora coordenadora **Thays** por ter me acolhido e foi a responsável pela realização deste trabalho.

A todos os colegas de salas e amigos, em especial as minhas amigas **Gilene**, **Ivone**, **Adriana** “Drika” e **Elineide** “Neide”, que sempre me deram palavras de conforto e incentivo.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Ao mundo por mudar as coisas, por nunca fazê-las serem da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer, pois através disso consegui concluir a minha monografia.

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) emerge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB), em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), evoluindo posteriormente para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este estudo tem como objetivo descrever sobre a assistência de enfermagem à população rural a partir da ESF em um município da Amazônia Legal. Além de discorrer sobre a ESF e sua relevância com caracterização da área de estudo; descrever como ocorre a atenção à saúde na Zona Rural e também explanar sobre as atribuições do enfermeiro e sua importância na AB. A metodologia utilizada foi revisão de literatura, de caráter descritivo, exploratório a partir de referências oriundas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Entre os resultados encontrados destacam-se inúmeras dificuldades, como falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe. Aponta o estudo a urgente necessidade de que para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde, considerando-a um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos. Destacando a figura do enfermeiro com função de elaborar um plano de ação, supervisionar e qualificar a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, bem como realizar o gerenciamento da unidade, fomentando a motivação para o trabalho em saúde, valorizando os profissionais, possibilitar o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família; Zona Rural; Serviços de Saúde, Enfermagem.

## ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) emerges in Brazil as a strategy for reorienting the care model based on Basic Care (AB), in accordance with the principles of the Unified Health System (SUS), which later evolved into a Family Health Strategy (ESF). This study aims to describe nursing assistance to the rural population from the FHS in a municipality of the Legal Amazon. In addition to discussing the ESF and its relevance with characterization of the study area; Describe how health care occurs in the Rural Area and also explain about nurses' attributions and their importance in AB. The methodology used was a review of the literature, of a descriptive character, exploratory based on references from the Virtual Health Library (VHL). Among the results found are numerous difficulties, such as lack of planning of the members for collective work, lack of awareness and interaction of people for teamwork. The study points out the urgent need to promote health in order to reflect on the health object, considering it a concept under construction that depends on social, cultural and historical values. Emphasizing the role of the nurse with the function of elaborating a plan of action, supervising and qualifying the nursing team and the community health agents, as well as managing the unit, fostering motivation for health work, valuing professionals, enabling The development of quality and effective health care.

**Key-words:** Family Health Care Strategy; Rural Zone, Health Care Services; Nurse.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização para internação Hospitalar
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Constituição Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à saúde
SciELO	Scientific Electronic Library on line
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2.OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>3.METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>4.REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELEVÂNCIA .....	15
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	21
4.3 ATENÇÃO À SAÚDE NA ZONA RURAL .....	23
4.5 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO E SUA IMPORTÂNCIA NO ENFERMEIRO NA AB.....	28
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica (AB), em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois trabalha a prevenção sobre ela a partir de um novo modelo de atenção. (ROSA; LABATE, 2005).

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. Contudo, uma política específica, nacional, de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso. (ESCOREL et al., 2007).

Segundo Alves (2005, p. 48), há modelo de educação em saúde para o PSF, conforme segue:

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de coresponsabilidade entre os serviços e a população assistida.

O PSF foi implantado com o objetivo de reorientar o modelo assistencial, descentralizar a gestão da saúde e efetivar o SUS. Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de

novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF. (SHIMITH; LIMA, 2004).

De acordo com Escorel et al., (2007), o acesso à atenção secundária permanece difícil. Sendo insuficiente a disponibilidade de recursos financeiros, um importante limite à concretização, na prática, da conformação do PSF porta de entrada foi à carência da oferta de serviços, isto é, à sua condição de habilitação para a gestão do sistema de saúde junto ao Ministério da Saúde apenas no primeiro nível, ou seja, Plena de Atenção Básica, com impossibilidade dos municípios de gerenciar toda a rede assistencial do SUS, e não apenas a rede básica, em seu território.

Segundo Shimith e Lima (2004), a falta de acesso nos remete à várias discussões a que temos assistido e que são generalizadas como demanda reprimida. Enquanto, os trabalhadores, não sentirem isso como direito da população e trouxerem à tona junto às instâncias do poder, será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro.

O que hoje conhece-se como ESF, iniciou como Programa de Saúde da Família (PSF).

No que se refere à assistência à ESF na zona rural, encontram-se inúmeras dificuldades, dentre elas falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras.

Tal estudo se justifica à medida que propõe descrever as ações realizadas pelos profissionais da saúde que atuam na ESF na zona rural, considerando as dificuldades encontradas e arte de improvisar para a garantia da assistência.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever sobre a assistência de enfermagem à população rural a partir da ESF.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a Estratégia de Saúde da Família e sua relevância;
- Caracterizar a área de estudo;
- Descrever a Atenção à Saúde na Zona Rural;
- Explanar sobre as atribuições do enfermeiro e sua importância no enfermeiro na AB.;

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo, exploratório e documental. A revisão de literatura consiste em um método rigoroso, de busca e seleção de pesquisas, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível por meio de descrições minuciosas dos dados oriundos da pesquisa. (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004).

Este estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa consiste na pesquisa bibliográfica, por meio de consulta de trabalhos indexados e publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, *Scientific Electronic Library on line* (SciELO), MEDLINE, Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Estratégia de Saúde da Família; Zona Rural; Serviços de Saúde.

O levantamento das fontes de publicações foi realizado no mês de agosto de 2015 à Junho de 2016, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão para revisão de literatura os periódicos disponíveis nas bases de dados, nacionais, no período de 2000 à 2015 coerentes com o tema da pesquisa, portanto foram excluídos os materiais que não abordavam a temática proposta e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente.

A segunda etapa consiste na leitura e organização dos materiais selecionados para elaboração deste trabalho.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reconhece a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, a ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de agravos e doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. (AITH et al., 2014).

A Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990).

Vale ressaltar que como está expresso no Art. 196 da Constituição Federal (CF), o direito à saúde será garantido mediante políticas sociais e econômicas. Ou seja, a própria CF reconhece que para garantir a saúde é preciso muito mais que acesso a serviços. Faz-se necessário dispor de políticas que possibilitem aos indivíduos a moradia adequada, saneamento básico, emprego, renda, lazer e educação. Considerando que a escassez de recursos é fato, verifica-se que não é possível destituir das políticas quando o objetivo é garantir a observância aos princípios de universalidade, integralidade, igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde. (VIEIRA, 2008).

Segundo Escorel et al. (2007), a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três princípios básicos, conforme descritos a seguir:

- I) Universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição;
- II) Descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo;
- III) Participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução.

Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS caminhou para a adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (ESCOREL et al., 2007, p. 164).

O princípio da universalidade impõe ao estado brasileiro um dever específico para cada necessidade de saúde identificada no território nacional, sendo vedada a discriminação por qualquer razão que seja. Já o princípio da integralidade impõe ao Estado o dever de oferecer aos cidadãos os serviços e produtos de saúde condizentes com as suas necessidades específicas, englobando serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (AITH et al., 2014).

Para Pontes et al. (2009), o princípio de universalidade caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pela Constituição Federal como um direito de todos e um dever do Estado. Sendo assim, engloba a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento à toda população brasileira. Com a instituição do princípio de universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada.

No SUS, o sentido de integralidade constitui ponto pacífico, o que significa empregar os meios necessários para a efetivação do cuidado, como: atendimento médico, exames, internação, tratamento, entre outros. Implica dispor tipos diferentes desses meios segundo o grau de complexidade da atenção à saúde, ou seja, atendendo a atenção básica, para a média e alta complexidade. O resultado da integralidade há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada atendimento, de cada profissional, deve estar compromissado com a maior integralidade possível, sempre, mas também ser realizado na perspectiva de que a

integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho (VIEIRA, 2008).

Além de tudo isso, temos o princípio da equidade, mais um dos princípios do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. (TEIXEIRA, 2009).

A descentralização de ações governamentais pode ser vista em diversas políticas nos diferentes países do mundo, com destaque para os resultados de sua implementação. Na área das políticas públicas voltadas para a saúde, esta descentralização é ainda mais relevante, pois se constitui em um comando único em cada esfera de governo. Tal fato é organizado mediante o repasse de responsabilidades, atribuições e recursos de natureza diversa da gestão federal para a estadual, e desta para a municipal. (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2012).

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

E finalmente, a integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que atenda as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde em vários planos de sua história natural e social, incluindo intervenções sobre condições de vida, riscos e danos à saúde. (TEIXEIRA, 2011).

As propostas para área da saúde na década de 90 podem ser resumidas em três instâncias, que constituem a agenda global de saúde, são elas: a

separação das funções de supervisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismo de mercado através da competição administrativa; e a ênfase na efetividade clínica. (VIANA; DAL POZ, 1998).

Ainda conforme os mesmos autores, assim foram selecionadas três variáveis, considerando que uma mudança em qualquer uma delas terá repercussões importantes sobre as demais. No Brasil, considera-se que essas mudanças no que diz respeito à assistência a saúde que se vem operando dentro do SUS, por conta de dois novos programas, sendo eles o, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF).

#### 4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELEVÂNCIA

O que hoje conhece-se como ESF, iniciou como Programa de Saúde da Família (PSF).

Existe uma tensão relativa no processo de trabalho do qual o agente comunitário de saúde participa e, por extensão, no trabalho de toda a equipe: se a sua atuação deve ser baseada no desenvolvimento de atividades educativas e no de exercício da cidadania, ela não pode ser tomada como simples e manual, pois, se o trabalho não exige necessariamente tecnologia material, nem por isso ele deixa de ser complexo. Ou seja, qualificação e supervisão devem ser orientadas por essa finalidade, baseadas em estratégias que apóiem a participação e criatividade, propiciando o domínio do objeto, dos instrumentos e da finalidade do processo de trabalho. Dessa forma, têm potencialidade para apoiar também a ampliação do objeto de intervenção, abarcando os determinantes do processo saúde-doença e não só os resultados, conforme se preconiza na área da saúde coletiva. (TRAPÉ; SOARES; DALMASO, 2012).

1. Promoção da saúde da gestante priorizando: nutrição; prevenção de doenças próprias da gravidez - anemia, doença hipertensiva e outras; preparo para o aleitamento materno; encaminhamento a Serviços de Saúde para o controle pré-natal; organização e desenvolvimento de estratégias que assegurem a assistência ao parto, garantindo a

necessária tranquilidade à gestante, especialmente em locais de difícil acesso; atenção ao puerpério; 2. Promoção do aleitamento materno exclusivo até, no mínimo, aos quatro meses de idade, e de preferência até aos seis meses; 3. Vigilância nutricional e acompanhamento do desenvolvimento infantil das crianças menores de seis anos; 4. Educação nutricional das famílias, incentivando o uso de produtos regionais de alto valor nutritivo e baixo custo; 5. Promoção da vacinação de rotina, com encaminhamento das crianças e gestantes à Unidade de Saúde de referência ou propiciando a vinda periódica de vacinadores às comunidade de difícil acesso. (BRASIL, 1996, p.12).

O PSF foi concebido a partir de uma reunião que ocorreu nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília - DF, sobre o tema “Saúde da Família”, convocada pelo gabinete do Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A reunião esteve assentada na discussão de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada. Cabe salientar que a supervisão do trabalho do agente comunitário pelo enfermeiro, foi um primeiro passo no processo de incorporação de novos profissionais. (ROSA; LABATE, 2005).

O PACS teve início em 1991 e segundo Viana e Dal Poz (2005) foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles o Programa Saúde da Família (PSF). O PACS foi “mais uma tentativa de racionalização dos gastos em saúde, de implementação das diretrizes que deveriam reger o Sistema Nacional de Saúde, e de levar ações de promoção à saúde às populações de risco”.

Pode se afirmar então, que o PACS foi o antecessor do PSF, pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é pela primeira vez há um enfoque na família e não só no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não esperar a população procurar atendimento, mais de agir preventivamente, constituindo um instrumento de reorganização da demanda. Esses elementos foram essenciais para a construção do PSF, pois constituem a essência da concepção de sua intervenção. (VIANA; DAL POZ, 1998).

As atribuições básicas dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, de acordo com as normas e diretrizes do PACS divulgadas pelo Ministério da Saúde e constantes na Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 são:

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família - ESF, visto que o termo programa indicam uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Já a ESF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. (BRASIL, 2015).

Contudo, a ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, e é reconhecida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e melhorias na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012).

O modelo da ESF preconiza uma equipe de saúde da família multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) que trabalha conforme seu território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos. (SCOREL et al., 2007).

Ainda segundo o mesmo autor, recomenda-se que cada equipe fique responsável por 4.000 pessoas de uma determinada área. A equipe deve conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os possíveis problemas de saúde e as situações de risco, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica.

A ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar tudo que envolve saúde, tendo a família como alvo, centro de atenção e não somente a doença ou o indivíduo doente, trazendo uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção, garantindo saúde. (ROSA; LABATE, 2005).

Para o Ministério da Saúde, a ESF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. (BRASIL, 1997).

O primeiro requisito é que a unidade de saúde da família seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais e culturais, aspectos em geral contemplados pelo PSF. (ESCORREL et al., 2007, p. 166).

O objetivo geral da ESF é contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes de PSF quando funcionam adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade. (ROSA; LABATE, 2005).

A saúde da família é reconhecida por todos os sujeitos como algo realizado no exercício profissional em ESF, mas é necessário se refletir sobre como isto tem sido feito. Para a realização da assistência domiciliar à saúde a zona rural e demais localidades, os profissionais apontam para a necessidade das práticas diferenciadas, mas há dificuldades em sua implementação. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As atribuições das equipes de Saúde da Família são bastante amplas e têm como principais objetivos proporcionar uma atenção integral às famílias, identificar os problemas de saúde, incentivar ações comunitárias, bem como estimular e desenvolver a participação da população local na solução de seus

problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe. Além dessas atribuições, a ESF exige novos conhecimentos de suas equipes e uma perspectiva integrada na análise dos problemas e no encaminhamento das soluções. (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Vale ressaltar que em suas diretrizes a ESF orienta a participação comunitária e o controle social, como estratégia para o alcance dos princípios do SUS, cabendo à enfermeira criar condições e estimular a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação da assistência. (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

As equipes de saúde da família são compostas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, agentes comunitários de saúde e o odontólogo que é opcional. Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual ao invés do coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária. (LOCH-NECKE et al., 2009).

Segundo Souza et al. (2008), entre as dificuldades encontradas durante a assistência na ESF, podendo destacar, a falta de medicamentos; situações estressantes para dar conta do dilema de atender a excessiva demanda; problemas com a acessibilidade, tanto para profissionais quanto para os usuários; a baixa cobertura em saúde da família e também o número limitado de equipes.

Os elementos constituintes do processo de trabalho incluem objeto, instrumentos e finalidades. A partir do conhecimento do objeto no processo de trabalho, define-se a prática e os instrumentos a serem utilizados visando atingir a finalidade do trabalho. Quando o objeto de trabalho é a família no seu contexto de vida, os profissionais das equipes de ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumentos a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização, tendo como finalidade atingir a resolutividade das necessidades em saúde individuais e coletivas. (MARQUI et al., 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são métodos organizativos de ações e serviços de saúde, com densidades tecnológicas diferentes que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a garantia de integralizar o cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficiência na produção de saúde, tendo mais eficácia na gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. (BRASIL, 2010).

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, algumas experiências com sucesso, em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público. O necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. Aqui e alhures, o sistema de pagamento, fortemente centrado no pagamento por procedimentos, sinaliza para os prestadores de serviços que ofertem mais serviços e serviços mais caros para maximizar seus ganhos. (MENDES, 2011).

Apesar de a ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, evidenciou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. (SOUZA et al., 2008).

Estudos revelam que os profissionais atuantes na ESF discutem o programa tomando como referência vivências anteriores e justificam a situação atual identificando determinantes externos ao programa, o que significa que o trabalho do PSF necessita de novas relações entre os membros da equipe, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da reconstrução do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção. (PEDROSA; TELES, 2001).

Quanto aos profissionais inseridos em unidades que contêm em seu quadro de funcionários apenas equipe mínima da ESF, sentem mais dificuldades, pois a falta de outros profissionais gera sobrecarga e dificulta o trabalho e assistência de saúde. (LOCH-NECKE et al., 2009).

Além disso, a permanência desses profissionais está, muitas vezes, condicionada à falta de outras oportunidades de trabalho e estudo, principalmente voltados para áreas especializadas. (RONZANI; SILVA, 2008).

Conforme Zoboli e Fortes (2004), os problemas éticos nas relações com a equipe trazem à tona as dificuldades crescentes de se delimitar os papéis e funções de cada membro da equipe de saúde em decorrência da incorporação de novos profissionais e das inovações nas propostas assistenciais. O respeito às diferenças e sem esquecer que a centralidade da atenção à saúde reside no atendimento das necessidades de saúde do usuário e/ou das famílias, sob risco de comprometê-la se perderem isso de vista.

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A Amazônia Legal é uma área na região da floresta amazônica, que envolveu nove estados brasileiros: Acre, Amapá, Pará, Amazonas, Rondônia, Roraima e parte dos estados do Mato Grosso, Tocantins e Maranhão. Cadastro dos municípios brasileiros localizados na Amazônia Legal do país, com uma extensão total de aproximadamente 5.020.000 km<sup>2</sup>. A Amazônia Legal foi criada inicialmente como área de atuação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), em 1953. (IBGE, 2016).

A Amazônia pode ser entendida como um todo muito mais complexo, contendo ampla diversidade étnica associada a uma superlativa biodiversidade, com estimativa de milhões de espécies de animais e plantas, além de milhões de interações das espécies entre si e com o ambiente. Na região, há registros de mais de 40 mil plantas vasculares; 397 espécies de mamíferos; 1.300 espécies de aves; 378 espécies de répteis; 427 espécies de anfíbios e 9 mil espécies de peixes de água doce, sem contar 1,8 mil espécies de borboletas, mais de 3 mil de formigas, aproximadamente 2,5 mil de abelhas e cerca de 500 espécies de aranhas. (VERÍSSIMO et al., 2011).

O município de Ariquemes pertence ao estado de Rondônia, que se localiza se a uma latitude 09°54'48" sul e uma longitude 63°02'27" oeste, estando a uma altitude de 142 metros, a 203 quilômetros da capital (Porto Velho), situado na porção centro-norte do estado de Rondônia – Brasil. Sua população é de 102 860 habitantes. O clima é quente e úmido, típico da região amazônica, com dois períodos distintos, que duram em torno de seis meses cada, sendo conhecidos como o inverno e verão. O primeiro é caracterizado pela estação chuvosa, e o segundo com predomínio de estiagem e seca. A temperatura média anual oscila entre 30 e 35°C. O município foi apontado como o de maior arrecadação estadual, tendo a economia baseada na pecuária, produção de café, cacau, guaraná e cereais. Além da mineração e indústria madeireira. Ariquemes é dividido em 57 setores/bairros. (BRASIL, 2014).

Centro de Atendimento a População Rural de Ariquemes está localizado na Avenida Tancredo Neves, nº 1586 - Setor Institucional.

TABELA 1 - EQUIPE DA ESF DO PACS RURAL DE ARIQUEMES.

<b>ORDEM</b>	<b>PROFISSIONAL</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
01	Médico	20h
02	Enfermeiro	40h
03	Técnico de enfermagem	40h
04	Administrativo	40h
05	ACS	40h
06	Motorista	40h

Fonte: SEMSAU, RH, compilado por SANTANA, 2016.

Os profissionais da ESF devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a configurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do

grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores com as normas técnicas, sociais e humanas. (COTTA et al., 2006).

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias. A atenção domiciliar à saúde, que constitui a modalidade geral da atenção à saúde prestada no domicílio, sendo uma categoria genérica que engloba e representa o atendimento, a visita e a internação domiciliares, cada qual com seus objetivos e características. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Além disso, algumas críticas ao programa ressaltam que a sua implantação significou muito mais uma nova divisão do trabalho, deslocamento de atuação e acréscimo da remuneração da equipe, do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias. (OLIVEIRA; MARCON, 2007, p. 71).

#### 4.3 ATENÇÃO À SAÚDE NA ZONA RURAL

No que se refere à assistência à ESF na zona rural, encontram-se inúmeras dificuldades, dentre elas falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras. O conceito de trabalho em equipe pode ser entendido como uma modalidade de trabalho coletivo, em que configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. (MARQUI et al., 2010).

Considerando que dentre as características mais marcantes do ESF destaca-se a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a população e os demais profissionais da equipe, e por meio da vigilância à saúde, considerando as concepções e percepções sobre o SUS e o ESF que norteiam

as ações dos ACS, refletindo sobre sua função e formação profissional. (OLIVEIRA GOMES et al., 2009).

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intra-familiar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. E para realizar um bom trabalho, o ACS precisa: Conhecer o território; Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente; Ser ativo e ter iniciativa; Gostar de aprender coisas novas; Observar as pessoas, as coisas, os ambientes; Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais. (BRASIL, 2009).

A ESF utiliza manuais com protocolos clínicos elaborados pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos grupos prioritários, como por exemplo, os protocolos de Assistência Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Hipertensão Arterial, Diabetes, Planejamento Familiar, Saúde da Mulher, Pré-Natal e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS entre outros. (SCOREL et al., 2007).

A dimensão do cuidado é apreendida por seu aspecto relacional: uma interação entre sujeitos (equipe de saúde da família/usuários/gestor) no processo de atenção à saúde individual ou na comunidade. Nesse sentido, a dimensão é reposicionada como um valor, uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser. (UCHOA et al., 2011. p. 1063).

No Brasil, os critérios que serviram de base para a determinação do volume de usuários adscritos às equipes da ESF são pouco claros, e refletem sua construção histórica mais focada em pacotes básicos (ações programáticas para grupos de risco). É difícil avaliar o peso que os fatores tematizados teriam num cômputo geral dos dilemas do acesso ao cuidado clínico qualificado na ESF, dada sua complexidade. Eles certamente são limitados e insuficientes para uma

compreensão abrangente da problemática e, por isso, devem ser considerados e relativizados em um universo amplo de forças políticas, institucionais e históricas. Apesar disso, trata-se de temática estratégica a ser considerada, sobretudo por que sobre todos da saúde coletiva e da ESF, recai significativa responsabilidade no sentido de contribuir para a revalorização do acesso. (TESSER; NORMAN, 2014).

Já os indicadores de saúde são classificados em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Cada indicador é caracterizado na matriz pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada, preparada pelo Datasus ou obtida diretamente das bases de dados dos sistemas nacionais de informações de saúde. (BRASIL, 2008A).

São indicadores de saúde, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2008):

Demográficos: População total; Razão de sexos; Taxa de crescimento da população; Grau de urbanização; Proporção de menores de 5 anos de idade na população; Proporção de idosos na população; Índice de envelhecimento; Razão de dependência; Taxa de fecundidade total; Taxa específica de fecundidade; Taxa bruta de natalidade; Mortalidade proporcional por idade; Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade; Taxa bruta de mortalidade; Esperança de vida ao nascer; Esperança de vida aos 60 anos de idade.

Socioeconômicos: Taxa de analfabetismo; Níveis de escolaridade; Produto Interno Bruto (PIB) per capita; Razão de renda; Proporção de pobres; Taxa de desemprego; Taxa de trabalho infantil.

Mortalidade: Taxa de mortalidade infantil; Taxa de mortalidade neonatal precoce; Taxa de mortalidade neonatal tardia; Taxa de mortalidade pós-neonatal; Taxa de mortalidade perinatal; Taxa de mortalidade em menores de

cinco anos; Razão de mortalidade materna; Mortalidade proporcional por grupos de causas; Mortalidade proporcional por causas mal definidas; Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade; Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade; Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório; Taxa de mortalidade específica por causas externas; Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas; Taxa de mortalidade específica por acidentes do trabalho; Taxa de mortalidade específica por diabetes melito; Taxa de mortalidade específica por aids; Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal; Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis.

Morbidade e fatores de risco: Incidência de sarampo; Incidência de difteria; Incidência de coqueluche; Incidência de tétano neonatal; Incidência de tétano (exceto o neonatal); Incidência de febre amarela; Incidência de raiva humana; Incidência de hepatite B; Incidência de hepatite C; Incidência de cólera; Incidência de febre hemorrágica da dengue; Incidência de sífilis congênita; Incidência de rubéola; Incidência de síndrome da rubéola congênita; Incidência de doença meningocócica; Taxa de incidência de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); Taxa de incidência de tuberculose; Taxa de incidência de dengue; Taxa de incidência de leishmaniose tegumentar americana; Taxa de incidência de leishmaniose visceral; Taxa de detecção de hanseníase; Índice parasitário anual (IPA) de malária; Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações 7 Taxa de incidência de neoplasias malignas; Taxa de incidência de doenças relacionadas ao trabalho; Taxa de incidência de acidentes do trabalho típicos; Taxa de incidência de acidentes do trabalho de trajeto; Taxa de prevalência de hanseníase; Taxa de prevalência de diabetes melito; Índice CPO-D; Proporção de crianças de 5 – 6 anos de idade com índice ceo-d = 0; Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas; Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas; Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal; Taxa de prevalência de pacientes em diálise (SUS); Proporção de nascidos vivos por idade materna; Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer; Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco

anos de idade; Taxa de prevalência de aleitamento materno; Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo; Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarros; Taxa de prevalência de excesso de peso; Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool; Taxa de prevalência de atividade física insuficiente; Taxa de prevalência de hipertensão arterial.

Recursos: Número de profissionais de saúde por habitante; Número de leitos hospitalares por habitante; Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante; Gasto público com saúde como proporção do PIB; Gasto público com saúde per capita; Gasto federal com saúde como proporção do PIB; Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total; Despesa familiar com saúde como proporção da renda familiar; Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial; Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH); Gasto público com saneamento como proporção do PIB; Gasto federal com saneamento como proporção do PIB; Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total; Número de concluintes de cursos de graduação em saúde; Distribuição dos postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde; Número de enfermeiros por leito hospitalar.

Cobertura: Número de consultas médicas (SUS) por habitante; Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS); Número de internações hospitalares (SUS) por habitante; Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade; Cobertura de consultas de pré-natal; Proporção de partos hospitalares; Proporção de partos cesáreos; Razão entre nascidos vivos informados e estimados; Razão entre óbitos informados e estimados; Cobertura vacinal; Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais; Cobertura de planos de saúde; Cobertura de planos privados de saúde; Cobertura de redes de abastecimento de água; Cobertura de esgotamento sanitário; Cobertura de coleta de lixo.

#### 4.4 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO E SUA IMPORTÂNCIA NO ENFERMEIRO NA AB

O trabalho na ESF deve estar organizado de modo que as facilidades permeiem todas suas fases de construção, da seleção da equipe multiprofissional à consecução dos resultados, passando por planejamento, organização e processo trabalho. (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

A consolidação do SUS deve, entre outras prioridades, alocar seus recursos financeiros de acordo com a realidade dos problemas e necessidades de saúde da população. A escassez desses recursos, entretanto, conduz à inevitabilidade da racionalização de custos. A literatura aponta algumas estratégias possíveis nesse sentido, como redução da força de trabalho, especialmente da força de trabalho qualificada e precarização das condições de trabalho; inúmeros são os estudos que apontam para a presença dessas questões no âmbito da ESF. Neste estudo, destacam-se as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais das ESF para a realização de seu trabalho, como a falta de transporte e de material, a precariedade da infraestrutura da USF e a escassez de recursos financeiros. (COTTA et al., 2006).

Resultante de um processo de desospitalização e humanização do SUS, a estratégia tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas no ambiente extra-hospitalar. A Enfermagem e a ESF têm íntima ligação já que este profissional desenvolve um papel primordial na qualidade de assistência à saúde. (BRASIL, 2015).

Segundo Marqui et al., (2010), dentre as dificuldades encontradas durante a prestação da assistência na ESF, pode-se citar, à falta de infra-estrutura das unidades básicas de saúde, a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, principalmente na zona rural, também a escassez de materiais e equipamentos para a realização do trabalho, sendo eles, medicamentos, materiais para curativos e de limpeza. Estudos confirmam que a falta ou deficiência de infra-estrutura comprometem o planejamento e a execução das propostas da ESF, interferindo de modo direto no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários e ainda gerando desmotivação e desresponsabilização na execução das atividades.

Para Ximenes Neto e Sampaio (2008), foram identificadas as seguintes dificuldades no gerenciamento: o financiamento, o perfil dos profissionais, a

oferta de educação, os recursos materiais, a estrutura física e a oferta de medicamentos.

Condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades também são temas que mais promoveram a segmentação entre grupos e subgrupos, sabendo que a equipe não se autoconsidera um coletivo organizado para a produção de ações de saúde. (PEDROSA; TELES, 2001).

A Lei 7498/86, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências: Art. 1º - É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei. Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem. Art. 4º - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

O processo de trabalho na ESF exige tais habilidades e sua ausência pode ser um fator que contribua para a presença de profissionais com dificuldades de utilizar esses referenciais em sua atividade profissional. (MARQUI et al., 2010).

Assim, deve-se questionar não só as crenças e práticas daqueles que lidam diretamente com a estratégia, mas também o que geralmente é veiculado como um modelo ideal de ESF. Estes atores enfrentam dificuldades reais quanto à infra-estrutura dos serviços e à organização do sistema de saúde nos municípios, cuja solução, muitas vezes, independe da ação isolada de cada um deles. A mudança de percepção e a alteração do sistema vigente não são possíveis com mudanças pontuais de um setor ou outro da saúde. (RONZANI; SILVA, 2008).

Atuar na ESF requer redirecionamento não só da prática clínica, mas também do equacionamento ético, a centrar-se nas situações limite, em detrimento das situações do cotidiano. (ZOBOLI; FORTES, 2004).

A partir da década de 1920, com a institucionalização da enfermagem brasileira e o treinamento de enfermeiras visitadoras para atuar como agentes de educação em saúde, evidencia-se uma superposição funcional da educação sanitária e da enfermagem, ambas as categorias emergentes à época. A atenção básica, cenário do desenvolvimento deste estudo, tem sido apontada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde realizadas por enfermeiros nesta perspectiva, em virtude de características como maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Com a implantação da ESF, os profissionais de saúde deveriam atuar de modo a contemplar não só o indivíduo e sua doença, mas um cuidado que visa promover à saúde de toda a comunidade, principalmente por meio preventivo. Nessa lógica, dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas equipes de saúde da família, a educação em saúde ganha imenso destaque. Enfatiza-se que as ações educativas estão inseridas no trabalho dos profissionais da saúde, principalmente ao enfermeiro, cuja essência é o cuidado, o qual envolve um conjunto de ações, e a educação em saúde é um dos elementos centrais. (ROECKER; MARCON, 2011).

Para promover saúde deve-se refletir sobre o objeto saúde, considerando-a um conceito em construção que depende de valores sociais, culturais e históricos, e que permita viver com qualidade. As ações de promoção à saúde propõem reorientar os serviços de saúde, indo em busca de atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando construir saúde em seu sentido mais amplo. A imagem do enfermeiro é vista sempre associada ao papel de cuidador e, ao cuidar, ele educa e busca criar a co-responsabilização com o outro, aumentando a autonomia do sujeito sobre sua saúde. Sendo assim, a educação pode ser considerada uma forma de cuidar e o cuidado uma maneira de educar, por intermédio do enfermeiro. (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

O enfermeiro, neste campo estratégico de conquistas, tem como função supervisionar e qualificar a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, bem como realizar o gerenciamento da unidade. Nesse sentido, o enfermeiro passa a assumir importantes funções, dentre outras, como educador, prestador de cuidados, consultor, identificador dos problemas da comunidade, articulador, integrador, planejador e interlocutor político, dando formas variáveis no eixo central da construção do trabalho.

O enfermeiro necessita abrir caminhos para novos olhares de atuação profissional, na lógica de superar as práticas assistencialistas, ultrapassar normas e rotinas rigorosas e avançar para além do cuidado pontual e unidimensional. Para tanto ele adota novas abordagens de intervenção em saúde, a partir de práticas educativas criativas e inovadoras de cuidado em Enfermagem/saúde e voltadas para a promoção e educação em saúde, no sentido de possibilitar a ampliação da rede de interações e associações de cuidado em saúde. E, dessa forma, pode promover a participação dos usuários como autores da sua própria história. (RANGEL et al., 2011).

Os serviços de enfermagem ainda privilegiam o trabalho em equipe como o sistema mais apropriado para o desenvolvimento das ações de enfermagem. Significa dizer que, no seu cotidiano de trabalho, apesar da divisão de tarefas ainda fortemente arraigada no bojo do processo de trabalho, apareceu nas falas uma preocupação eminente com um exercício mais ético e relacional. (SPAGNUOLO, 2013).

Ressalta-se a importância da ocorrência da longitudinalidade na atuação do enfermeiro na ESF, considerando que esta proporciona melhoria da assistência, pois possibilita ao profissional elaborar um plano de ação mais preciso e eficaz. Além disso, a literatura evidencia a necessidade de mais estudos nesse sentido, e, com isso, considera-se importante compreender como o enfermeiro percebe seu trabalho sob uma perspectiva duradoura, para que a longitudinalidade ocorra e possa ser aprimorada na realidade da ESF. (BARATIERI; MARCON, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que existam sim, formas de melhorar as condições de trabalho, fomentando a motivação para o trabalho em saúde, valorizando os profissionais, para assim, possibilitar o desenvolvimento de uma atenção à saúde de qualidade e efetiva. Ressalta-se a importância de conhecer o processo de trabalho das equipes de ESF para repensar e refletir sobre a organização e a produção do cuidado em saúde. Assim, os achados do presente estudo podem proporcionar o incremento de ações mais resolutivas pelos profissionais, pelos gestores e pelo controle social no processo de trabalho da atenção básica de saúde, no que tange a ESF.

É necessária articulação entre os trabalhos dos diferentes membros da equipe de saúde, ganham destaque também na atividade assistencial clínica os aspectos educativos e os direitos sociais; por outro lado, nas reuniões de equipe e supervisão esses são aspectos a serem considerados e abordados. No entanto, a divisão técnica e social hegemônica do trabalho em saúde valoriza mais a matriz biológica e o conhecimento clínico, sistematizados na formação universitária, o que leva a uma tensão nas relações e dificuldades para implantação dessa modalidade assistencial, ou, de outra forma, leva à omissão de agentes comunitários, que não conseguem captar necessidades ampliadas de saúde e, portanto, não as trazem e nem participam de discussão em equipe e ações de planejamento. Por outro lado, a alocação do agente comunitário para suprir necessidades do trabalho criadas dentro das UBS é prática corriqueira, desviando-o de suas funções prioritárias de participar do processo de modificação das condições de saúde nos domicílios e nos espaços do trabalho e da vida social.

Foi possível verificar a existência de uma atitude positiva diante do SUS, a partir das reiteradas referências às facilidades encontradas dentro do sistema para o acesso a diversos tipos de serviços, desde os básicos, como atendimento médico, exames e medicamentos, até o acesso a recursos de alta complexidade, como transplantes e medicamentos mais específicos. Apesar das facilidades de

acesso pontuadas, são também identificadas dificuldades, como o excesso de pessoas para serem atendidas e o sucateamento das unidades de saúde, objetivadas na imagem de “filas” e na “necessidade de chegar de madrugada para obter o serviço”.

Percebeu-se que a ESF teve importantes avanços e muitos dos profissionais da saúde já aderiram ao conceito ampliado de saúde, embora outros ainda continuem com o foco centrado no modelo assistencial tradicional. Diante dos resultados obtidos, acredita-se que a ESF seja uma importante iniciativa, porém, o profissional da saúde precisa ter perfil e estar comprometido com a comunidade, no entanto, para isto, sugere-se que essas práticas se iniciem ainda na academia, para despertar, desde cedo, o interesse pela nova concepção em saúde com o foco na promoção da saúde e na educação transformadora para a saúde.

Os aspectos que favorecem a realização de uma assistência duradoura estão diretamente relacionados aos princípios do SUS e diretrizes da ESF, compreende-se que se esse modelo assistencial for adequadamente trabalhado, o cuidado irá ocorrer naturalmente, e, com isso, a população terá maior resolutividade dos problemas no nível primário de atenção, o que pode reduzir custos e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS

AITH, Fernando et al. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014. Disponível em:

<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Adriana/Meus%20documentos/Downloads/82804-114594-1-SM.pdf>. Acesso em: 22 set 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em 05 out 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 07 out 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei n o 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Dispõe sobre o planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm)>. Acesso em: 20 nov 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília - DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - **Ripsa**. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008 A. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 24 set 2016.

\_\_\_\_\_. PORTAL EDUCAÇÃO. **Enfermagem e o PSF - Do PSF ao ESF**. 2008 B. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/5290/enfermagem-e-o-psf-do-psf-ao-esf#ixzz47bo6SEpg>>. Acesso em: 02 mai 2016.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa**. 2. ed. – Brasília, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 11 de jul 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf)>. Acesso em: 08 out 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: **Portaria nº 4.279, de 30/12/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 05 jun 2016.

\_\_\_\_\_. PORTAL DA SAÚDE. Estratégia Saúde da Família. 2012. Brasília – DF. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 21 nov 2015.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ariquemes – RO**. 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/rondonia/ariquemes.pdf>>. Acesso em: 10 out 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. 2015. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia\\_psf1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf)>. Acesso em: 15 ago 2016.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialegal.shtm?c=2>>. Acesso em: 23 out 2016.

BARATIERI, Tatiane; MARCON, Sonia Silva. Identificando facilidades no trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento da longitudinalidade do cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 212-217, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a07.pdf>>. Acesso em: 09 out 2016.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 21 nov 2015.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 06 out 2015.

GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVISAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Lat Am Enferm**. 2004; 12 (3): 549-56. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 465-71, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>>. Acesso em: 23 jul 2016.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 645-53, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2015.

LOCH-NECKEL, Gecioniet al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl 1, p. 1463-72, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2015.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>>. Acesso em: 23 nov 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília-DF, 2011. Disponível em:

<<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 02 dez 2016.

MIRANDA, Denismar Borges de; GUIMARÃES, Iraci Gonçalves; ALVES, Elioenai Dorneles. Representações Sociais da descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 349, 2012. Disponível em: <[http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/218/pdf\\_33](http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/218/pdf_33)>. Acesso em 22 set 2016.

OLIVEIRA GOMES, Karine de et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29499/31359>>. Acesso em: 24 nov 2015.

OLIVEIRA, Regina Lopes; SANTOS, Márcia Elena Andrade. Educação em saúde na estratégia saúde da família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Rev Enferm Integrada**, v. 4, n. 2, p. 833-44, 2011. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4\\_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO\(OLIVEIRA%3BSANTOS\).pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4_2/05-EDUCACAO-EM-SAUDE-NA-ESTRATEGIA-SAUDE-DA-FAMILIA-CONHECIMENTOS-E-PRATICAS-DO-ENFERMEIRO(OLIVEIRA%3BSANTOS).pdf)>. Acesso em: 09 out 2016.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revescenferm USP**, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08>>. Acesso em: 24 nov 2015.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-11, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5017.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2015.

PONTES, Ana Paula M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 08 out 2016.

RANGEL, Rosiane Filipin et al. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare enferm**, v. 16, n. 3, p. 498-504, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Rosiane\\_Rangel/publication/271715013\\_AVANOS\\_E\\_PERSPECTIVAS\\_DA\\_ATUAO\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_EM ESTRATEGIA\\_SADE\\_DA\\_FAMILIA/links/55e649a108aebdc0f58bb294.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rosiane_Rangel/publication/271715013_AVANOS_E_PERSPECTIVAS_DA_ATUAO_DO_ENFERMEIRO_EM ESTRATEGIA_SADE_DA_FAMILIA/links/55e649a108aebdc0f58bb294.pdf)>. Acesso em: 08 out 2016.

ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 701-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4>>. Acesso em: 09 out 2016.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016)>. Acesso em: 23 set 2016.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **CienSaudeColet**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: 27 nov 2015.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421850016>>. Acesso em: 06 out 2015.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família Receptiveness and links to clients in a Family Health Program team. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/05.pdf>. Acesso em: 05 out 2015.

SILVA, Cheila Portela; DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Angelo Brito. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1453-62, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a18v14s1>>. Acesso em: 08 out 2016.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=pt)>. Acesso em: 25 out 2015.

SPAGNUOLO, Regina Stella et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional-[doi: 10.4025/ciencsaude](https://doi.org/10.4025/ciencsaude).

v11i2. 10445. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 11, n. 2, p. 226-234, 2013. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10445>>. Acesso em: 08 out 2016.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.** Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os\\_principios\\_do\\_sus.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf)>. Acesso em: 08 out 2016.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/88572>>. Acesso em: 07 out 2016.

TRAPÉ, Carla Andréa; SOARES, Cassia Baldini; DALMASO, Ana Sylvia Whitaker. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: a dimensão educativa da supervisão. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 1, p. 119-138, 2012. Disponível em: <<http://rle.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/687>>. Acesso em: 08 out 2016.

UCHOA, Alice da Costa et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis**, vol.21, n.3, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300016)>. Acesso em: 03 set 2016.

VERÍSSIMO, Adalberto et al. **Áreas Protegidas na Amazônia Brasileira: avanços e desafios.** 2011. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1212>>. Acesso em: 23 out 2016.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* (Rio J.), v. 8, n. 2, p. 11-48, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf>>. Acesso em: 21 nov 2015.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 365-9, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2008nahead/6847.pdf>>. Acesso em: 08 out 2016.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Revbrasenferm*, v. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/06.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2015.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1690-9, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28>>. Acesso em: 24 nov 2015.