



Artigo Original

Da formação à prática no PSF: o nó do trabalho multiprofissional

From formation to practice in the FHS: the tangle of multiprofessional work

Dalvan Antônio de Campos¹

Leonardo Naves dos Reis³

Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato²

1 Acadêmico, Universidade Federal de Santa Catarina

2 Enfermeiro, Universidade de São Paulo

3 Professora Doutora, Universidade de São Paulo

RESUMO – Trabalho realizado a partir de entrevistas de cunho qualitativo, feito com profissionais de saúde do município de Coari, localizado no estado do Amazonas. Buscando evidenciar deficiências na formação acadêmica desses, fazendo uma discussão acerca dos problemas, observando os aspectos dessa realidade e emergindo-os para futuros debates e modificações. Utilizou-se a metodologia da Hermenêutica dialética para a análise dos dados, que evidenciaram problemas relacionados à formação para a atuação dentro do que é preconizado pelo MS (Ministério da Saúde) para o trabalho dentro da ESF (Estratégia de Saúde da Família). O diálogo sobre o que foi evidenciado permeou as questões da formação profissional associando-a com os aspectos sociais cotidianos e suas implicações.

Palavras- Chave: Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Programa Saúde da Família

ABSTRACT - This was a qualitative study conducted from interviews with health professionals of the municipal district of Coari, located in Amazonas State. It sought to observe the deficiencies in their academic formation, discussing the problems, noting the aspects of this reality and bringing them out for future discussion and modification. Dialectical hermeneutic methodology was used to analyze the data, which showed problems related to formation based on MH (Ministry of Health) recommendations of work within the FHS (Family Health Strategy). The dialogue regarding what was observed permeated the questions of professional formation associating them with quotidian social aspects and their implications.

Keywords: Single Health System; Qualitative Research; Family Health Program.

1. INTRODUÇÃO

Mostrando-se evidente no cenário das políticas públicas de saúde, a formação dos profissionais de saúde é algo que vem sendo discutido e trabalhado nas universidades brasileiras nos últimos anos. Com o intuito de formar profissionais para o SUS (Sistema Único de Saúde)/PSF (Programa de Saúde da Família), para que esses sejam desenvolvidos da forma que são preconizados pelo MS (Ministério da Saúde)¹.

Nota-se que as políticas públicas, cada vez mais preconizam uma atenção em saúde focada na complexidade da vida do usuário do serviço. Contrapondo isso à forma distante do reducionismo biomédico, o qual os profissionais ainda são formados, visualizamos evidências que nos mostram que no contexto geral uma deficiência na efetividade do serviço em sua forma preconizada².

Há evidências sugerindo que atualmente ainda se mantém uma atenção curativa, individualista e fragmentada no trabalho em saúde dentro da lógica

do PSF, o que pode ser algo que pode ter implicado, e ainda implica, na discussão dos trabalhos desses profissionais dentro daquela lógica, que hoje é preconizada na atenção básica³. E isso é observado pela presença de diversos profissionais que atuam de forma justaposta em suas ações individuais, não alcançando a complexidade da integralidade no serviço⁴.

Entretanto são encontradas algumas barreiras, como o desenvolvimento científico e tecnológico, aos quais os seres humanos estão submetidos, e que muitas vezes dificulta a ampliação da atenção primária. Isso porque, tanto o profissional quanto o usuário por estarem inseridos, nesse meio

Autor correspondente:

Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto

Ribeirão Preto (SP) – CEP: 14040-901

Email: nane@eerp.usp.br

Artigo recebido em 10/04/2010

Aprovado em 02/06/2010

social que os acomete a um bombardeio intermitente de informações inovadoras e avançadas. Acabam, mesmo que inconscientemente, tornando algo indispensável à utilização de instrumentos e técnicas mais atuais e tecnológicas no atendimento (exames, drogas, equipamentos), mesmo quando desnecessários. Sabe-se da importância das novas tecnologias para a saúde, todavia a utilização de forma indiscriminada pode levar a um abandono ou atrofiamento da relação profissional paciente⁵.

Relacionando mais especificamente ao caso dos médicos, encontramos no Brasil uma grande necessidade de profissionais generalistas para atenção primária. E o que encontramos nas universidades é algo totalmente inverso, vendo que a formação para especificidades é mais almejada do que a generalista⁶. Essa situação é visualizada em países desenvolvidos como os Estados Unidos, onde os médicos também preferem as especialidades, a formação/atuação generalista, sendo que no país a demanda por esses profissionais também é grande⁷.

Denota-se que essa situação de formação de especialistas, que primam pela prática individual se estende dentro das profissões tradicionais da saúde, como no caso dos Enfermeiros e Odontólogos, além do Médico que já foi citado. Observa-se que o foco da formação encontra-se centrado nas práticas curativas, que são priorizadas, por docentes e acadêmicos, em relação aos ensinamentos relacionados à prevenção, trazendo assim dificuldades de atuação dentro do PSF que prima por práticas de promoção de saúde⁸.

O Odontólogo é um profissional especial, e que também possui formação individualista/curativista, todavia com foco para atendimento em consultórios de atendimento particular, o tornando mais isolado que dificulta mais ainda a inserção dele no trabalho em saúde da família⁸.

Observando-se que há uma vasta literatura presente que visualiza as profissões individualmente, fazendo correlações sobre os problemas de integração multiprofissional encontradas no SUS. E contrapondo-se com uma diminuta quantidade de trabalhos que faz alusão aos três juntos, mostrando dificuldades existentes e também as questões sociais relevantes que podem estar atreladas as barreiras presentes nos caminhos propostos para mudanças.

O presente artigo trás uma análise em relação aos aspectos de formação dos Médicos, Odontólogos e Enfermeiros do PSF de Coari, município do Amazonas. Trazendo uma discussão da viabilidade e distorções do

programa dentro da realidade observada atualmente na sociedade.

Nessa perspectiva, púnhamo-nos a refletir sobre como estão os profissionais de saúde que atuam no PSF, já que esses na maioria das vezes passaram por formações universitárias deficientes, quando se pensa em SUS como um todo e PSF. Sem contar que alguns profissionais que se formaram antes mesmo da implantação do PSF. O que pode trazer dificuldades para a atuação deles dentro desse programa.

2. METODOLOGIA

Estudo realizado no município de Coari localizado no Estado do Amazonas. Coari é uma cidade do Médio Solimões, situado a cerca de 353km de Manaus. Com cerca 70 mil habitantes, possui quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) da Região Norte do Brasil. Em Coari temos onze equipes da ESF que atuam na zona urbana, cada uma conta com uma unidade de saúde completamente equipada.

Os dados utilizados são provenientes do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, fomentado pelo CNPq sob protocolo 470165/2008-1.

Nesse presente trabalho utilizou-se dados de natureza qualitativa, que foram obtidos através de entrevistas individuais com os profissionais de saúde que foram escolhidos através de sorteio aleatório. Realizaram-se as entrevistas de forma individual a partir de um roteiro semi-estruturado buscando emergir os aspectos relacionados à formação dos profissionais e as dificuldades e facilidades que essas proporcionaram para o trabalho dentro da Estratégia de Saúde da Família.

O roteiro contou com perguntas que visavam buscar reflexões dos profissionais em relação a sua formação acadêmica, e a influencia dessa em seu trabalho dentro do PSF, de forma negativa ou positiva.

As respostas foram transcritas na íntegra, categorizadas e submetidas à análise à luz da Hermenêutica Dialética buscando evidenciar falas, que possuíssem evidências relevantes em relação à formação profissional e suas dificuldades. Feito isso se iniciou a busca na literatura, de trabalhos condizentes com o tema proporcionando a oportunidade de discutir perante o tema.

Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos,

emanadas a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto que originou a coleta de dados foi aprovado pelo aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisas com seres humanos sob protocolo ético CEP/UFSC 121/2009.

3. RESULTADOS

Ao analisarmos as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde encontramos, evidências relacionadas à formação profissional x trabalho multiprofissional no PSF, que nos remetem a uma falta de estrutura na formação universitária para o trabalho em equipe. Evidenciando a ausência de um direcionamento na academia tanto para o trabalho multiprofissional quanto para a atenção básica de saúde.

Bom relacionado à parte de posto de saúde infelizmente à faculdade, ela não tem um direcionamento muito bom assim pra essa questão de medicina de saúde coletiva né. (Médico-UBS-2)

Muitos profissionais atrelavam trabalhos cotidianos em equipe, de matérias aleatórias, como incentivo ao trabalho em equipe, denotando deficiência no ensino do trabalho multiprofissional, pois como o próprio nome diz, acontece com a junção de algumas profissões.

Sim na minha faculdade né... os professores sempre incentivavam o trabalho em equipe, através de trabalhos né, de pesquisas, aonde eram criados grupos né, e nesses grupos seria nossa equipe, e cada um tinha uma função de realizar uma parte do trabalho né... aonde com cada um nós poderíamos está realizando o todo do trabalho... (Medico-UBS-1)

Alguns também sofrem, devido ao problema de ter sido formado a muitos anos, antes do PSF ter sido implantado, sendo seus conhecimentos acerca do programa, obtidos a partir do trabalho na área, gerando muitas vezes lacunas na sua atuação devido a ausência de um aprendizado anterior.

Não, na faculdade não. Na minha formação não tinha equipe, eu trabalhava com outra menina, a gente trabalhava na odonto num sistema de forrend, mas em equipe grande como PSF não, na minha época não tinha PSF, em 86, acho que não tinha PSF ainda, se tinha era lá no Ceará, onde começou, mas na faculdade não. Foi na pancada que a gente aprendeu! (Odontólogo-UBS-3)

Em outros casos encontramos profissionais que tiveram contato com o trabalho multiprofissional na academia, e nota-se no discurso desses transcorrem para um melhor entendimento do contexto, todavia ainda percebe-se uma superficialidade no discurso.

Na faculdade tem todo acompanhamento, principalmente com o psicólogo, relacionamento

com os colegas, tudo isso com certeza refletirá na profissão que será exercida, a questão do trabalho em equipe, por exemplo. (Enfermeira-UBS-4)

A partir dos resultados encontrados se faz necessária uma discussão perante o tema da formação para a ESF, sendo que a deficiência nessa podem gerar lacunas no trabalho das equipes o que refletira num atendimento deficiente para a população.

4. DISCUSSÃO

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral "melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade". Observa-se aqui uma tentativa de reorganizar a prática da atenção à saúde substituindo o modelo tradicional objetivando levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, e reafirmar o SUS⁹.

Uma atitude que na teoria é muito boa, contudo a necessidade de uma adequação dos profissionais que atuam e irão atuar da estratégia é algo indispensável. Pois junto ao modelo curativo individualista que estava implantado, existiam universidades que formavam para o modelo que era vigente. E sabe-se que a reformulação não é repentina. E mesmo quando há atitudes, notamos que a formação do profissional generalista ainda é falha, de forma que esses não abordam integralmente os pacientes, mas na verdade fazem uma distribuição aos especialistas¹⁰.

Dessa forma encontramos em nosso estudo, profissionais, atuantes dentro do PSF, que mesmo depois de muitos anos após a implantação do programa, não receberam formação adequada em sua graduação em relação à atenção básica. E isso sem dúvida poderá desencadear em uma atuação incoerente no trabalho do dia-a-dia. Pois ele não teve preparo adequado para atividade, logo sua atuação dentro da lógica, que ele "conhece pouco" poderá vir a comprometer a atenção na saúde dos indivíduos que estão inseridos naquele contexto¹¹.

Observa-se muitas vezes que as medidas da equipa para manter o atendimento humanizado, como é preconizado pelo MS, é aparentemente sem profundidade e até mesmo errônea¹². Notando que a abordagem biomédica ainda prevalece em

comparação às relações interpessoais, o que põe o atendimento distante do necessário para o PSF¹³.

A realidade é um distanciamento do que se preconiza, quando observamos a realidade de trabalho da equipes, e isso é algo preocupante tendo em vista que sujeitos estão imersos ali e sua saúde depende do atendimento desses profissionais¹⁴. Vem se sugerindo modificações para tentar reverter essa situação, formando profissionais capacitados para a atuação dentro do PSF, um exemplo é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde, implantado em 2005¹⁵ que visou inicialmente à preparação dos profissionais tradicionais (Médico, Enfermeiro e Odontólogo) para que o PSF possa ser desenvolvido da forma preconizada por esses novos profissionais.

Apesar disso, nas Universidades atualmente, mesmo com as medidas que tomadas, o que ainda encontramos é uma predominância no cenário, da formação centrada na visão reducionista nos aspectos de saúde e doença¹⁶. Também existe uma grande lacuna, quando se discute sobre a formação humana, sendo essa muito superficial e insuficiente, pautando a formação nos aspectos técnicos. Podendo levar a um problema estrutural futuro, caso esse profissional venha a trabalhar no PSF. Onde o que se preconiza não condiz com sua preparação¹⁷.

As dificuldades na implementação do PSF como o que se idealiza, principalmente dentro da integralidade, que exige do profissional além do conhecimento técnico, a visão crítico-social para se trabalhar em equipe, verdadeiramente. Essa lacuna na prática cotidiana dos profissionais de saúde da família pode estar atrelada a deficiência na formação dos profissionais para trabalhar na lógica do modelo^{3,18}.

Observa-se que a prática do ensino nunca esta desvinculada de sua vertente política, econômica e científico-tecnológico, sendo necessária a formação de profissionais com capacidade crítico-reflexiva de estar ciente destas dimensões da realidade, que certamente possuem efeito significativo sobre a sua atuação profissional¹⁹.

As construções de modelos curriculares novos e preparados para a realidade devem estar pautadas não só nos aspectos biologicistas, mas também trazer conhecimento acerca das dimensões psicológicas e social do paciente. Dando subsídio teórico-prático para que os profissionais possam estar seguros para emergir essa prática em sua atuação cotidiana²⁰.

Existe também um grande espaço que reside entre a formação e o trabalho, onde os profissionais

que saem da graduação sentem-se inseguros para atuar profissionalmente, sendo papel da Universidade, adequar os currículos para aproximar o acadêmico e prepará-lo para esse período de transição. Podendo assim tentar otimizar sua prática profissional²¹.

Essa contradição encontrada entre formação e necessidade, emerge uma pressão para a formação integral dos nossos profissionais de saúde e isso é um caminho a continuar se trilhando, como insiste a literatura^{22,23}.

Existe uma grande necessidade de que o ensino nas universidades busque a convergência com as Políticas Públicas de Saúde, buscando desenvolver um comportamento ético-político nos futuros profissionais.

Como observamos em todos os aspectos da vida, tudo se interliga, e na saúde não é diferente. A humanização da saúde no Brasil foi um passo de grande valia, todavia encontramos problemas na efetivação dessas medidas. Uma estrutura com moldes sanitaristas, com aspectos humanistas e sempre tentando pensar no todo. E essa estratégia foi lançada em um meio capitalista, com seres humanos individualizados e individualistas, o que com certeza interfere tanto na formação quanto na efetividade no trabalho.

Não é algo provável que um profissional desenvolva um bom trabalho quando esta submetida a um meio que não condiz com a sua vida. Não eu isso seja impossível, mas certamente torna a efetividade mais distante. Não se pretendo sugerir a extinção do programa, pois as vantagens proporcionadas por ele são grandiosas, todavia modificações que tornariam o trabalho mais vantajoso para todos que estão envolvidos, desde a formação até o atendimento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notamos que as deficiências são evidentes para essa região, tanto nos aspectos relacionados à formação quanto nas questões estruturais do programa, que podem e devem sofrer modificações para que esse contexto encontrado seja revertido, na forma que todos possam sair ganhando.

Mais estudo, com maior profundidade e abrangendo outras partes desse grande país sem dúvida devem surgir a fim de reafirmar esses fatos, para que assim as intervenções possam ser feitas com uma maior segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moretti-Pires RO. (Tese). O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre a humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.
2. Minayo MCS, Deslandes SF (org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
3. Heidemann ITSB. (Tese). A promoção de saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.
4. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Cienc Saúde Col. 1999; 4(2): 221-242.
5. Costa Neto MM. Tecnologia e saúde: causa e efeito? In: Garrafa V, Costa SIF. A bioética no século XXI. Brasília: UnB; 2000. p. 145-150.
6. Rodríguez CA, Cassias AL, Kolling MG. Proposta de um programa para a formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Educ Med 2008; 32(1).
7. Rodríguez MAM. Crisis del Método Clínico. Rev Cubana Med 1998; 37(2):123-8.
8. Moretti-Pires Rodrigo Otávio, Bueno Sonia Maria Villela. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta paul enferm 2009; 22(4): 439-444.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC; 1994.
10. Demo, P. Conhecimento moderno. Petrópolis: Vozes; 1997.
11. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus Componente II. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências: novas tecnologias assistenciais: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.15.
12. Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto Reforsus Componente II. Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências: novas tecnologias assistenciais: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.15.
13. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface Comum Saúde Educ 2006; 10(20):347-62.
14. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública 2004;20(5):1342-53.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S. (org). Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do Social. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. p.157-73.
17. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública 1999;15(3):647-54.
18. Figueiredo JS. (Tese) Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção de saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.
19. Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Ver Bras Educ Med 2006; 30(1): 39-46.
20. Batista SHS. A interdisciplinaridade no ensino médico. Ver Bras Educ Med 2006; 30(1): 39-46.
21. Teixeira MAP, Gomes WB. Decisão de carreira entre estudantes em fim de curso universitário. Psi teor prat 2005; 21(3): 327-334.
22. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública. 1999;15(3):647-54.
23. Pierantoni CR, Machado MM. Profesiones de salud: una formación cuestionada. Educ Méd Salud 1994; 28(2):199-210.