



Artigo Original

Programa de Saúde da Família: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu trabalho cotidiano

The Family Health Program: perceptions of physicians and nurses about their daily work

Carmem Regina Dalzivo¹

¹ Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

RESUMO – Estudo realizado a partir de entrevistas de cunho qualitativo com profissionais médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Objetivou-se compreender a percepção destes profissionais sobre seu trabalho cotidiano no PSF, em relação ao seu papel, sua atuação, e, principalmente, se esta estratégia está reorganizando a prática cotidiana de atenção à saúde. Encontra-se fundamentado na sociologia compreensiva. Após a transcrição das entrevistas na íntegra e sua análise formam delimitadas as categorias de estudo: A Necessidade de Mudança e o Repensar em Saúde; As Mudanças no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família; Limites que se Impõe e Os Sentimentos dos Profissionais em Relação ao PSF. A análise realizada a partir dos discursos sobre a compreensão dos médicos e enfermeiros quanto ao PSF e sua atuação revelou, neste estudo, que as mudanças iniciadas com a implantação deste modelo de atenção à saúde estão gerando pequenas, mas importantes mudanças, na implementação do SUS.

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

ABSTRACT - This study was carried out using qualitative interviews with physicians and nurses working in the Family Health Program in the northwest region of Rio Grande do Sul State. It aimed to comprehend the perception of these professionals regarding their daily work with the FHP, in relation to their role, their performance, and especially, whether this strategy is reorganizing the quotidian practice of health care. The study is based on comprehensive sociology. After transcribing the interviews verbatim and their analysis the categories of study were described: The Need for Change and to Rethink in Health; The Changes in the quotidian of the Family Health Teams; Limits which are Imposed; and The Feelings of the Professionals in Relation to the FHP. The analysis conducted from the discourses about the comprehension of the physicians and nurses regarding the FHP and its performance revealed, in this study, that the changes initiated with the implementation of this healthcare model are creating small but important changes in the implementation of the SUS.

Keywords: Unified Health System; Qualitative Research, Family Health Program; Process Assessment.

1. INTRODUÇÃO

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 90, reforçando a descentralização da gestão ampliou a responsabilidade dos municípios do planejamento às ações de saúde. Com estas responsabilidades ampliaram-se também as dificuldades no gerenciamento das questões de saúde/doença.

Em 1994 surge o Programa de Saúde da Família (PSF) com uma proposta de colaborar na atenção a estas responsabilidades com a estruturação do atendimento na atenção básica dentro dos princípios estabelecidos pelo SUS. Este programa, que iniciou sem orçamento próprio e sem uma política de recursos humanos, contou com a iniciativa de municípios que adotaram esta estratégia e provaram que ela era possível².

Visando fomentar esta proposta, o governo federal desde 1996 estabeleceu incentivos financeiros para os municípios que implantassem a saúde da família. Esses repasses financeiros tornaram o PSF

muito mais atraente para os gestores municipais, já que necessitavam dar uma resposta à demanda de atenção básica em âmbito municipal agora sob sua responsabilidade. Estes recursos possibilitaram a contratação de profissionais com maior remuneração e com carga-horária ampliada, para o atendimento das ações básicas de saúde, nas unidades e nas comunidades.

O PSF se estabelece, então, como uma estratégia para a implantação do SUS e dentro desta perspectiva propõe-se ser capaz de realizar mudanças no modelo de atenção à saúde. Em 2006, o Ministério da Saúde reconhece em publicação de nova portaria que regulamenta a saúde da família³, que a expansão do PSF o consolidou como estratégia prioritária da atenção básica no Brasil. Estabelece-se então, ser esta

Autor correspondente

Carmem Regina Dalzivo

6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional - Concórdia

Secretaria Estadual da Saúde

Email: planejasus_moeste@saude.sc.gov.br

Artigo recebido em 08/10/2010

Aprovado em 12/12/2010

uma estratégia de organização do Sistema Único de Saúde que se propõe a trabalhar com indivíduos, família e comunidade em uma abordagem integral na busca da promoção de sua saúde e de possibilidades de viver de modo saudável.

Este artigo resulta de uma pesquisa realizada em 2003 que teve como o objetivo compreender a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre seu trabalho cotidiano no então denominado PSF. Procurou-se identificar indícios de mudança em relação ao seu papel, sua atuação, e, principalmente, se esta estratégia está reorganizando a prática cotidiana de atenção à saúde. O presente artigo utiliza-se parcialmente do conteúdo da dissertação sob o mesmo título apresentada a Universidade do Contestado de Concórdia/SC como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

2. METODOLOGIA

Este estudo teve como área de abrangência os municípios da 11ª Coordenadoria de Saúde de Erechim, noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A abordagem metodológica de escolha é a qualitativa e se propôs compreender a percepção de médicos e enfermeiros que atuam no cotidiano do PSF.

Encontra-se fundamentada na sociologia compreensiva, pois “buscou compreender o vivido de acordo com a experiência de quem o viveu, em um determinado tempo - espaço”^{1:48}.

A compreensão do PSF foi realizada a partir do cotidiano dos profissionais que nele atuam, entendendo que, por mais que exista uma legislação que tente ditar as normas para que se faça, é no dia-a-dia, nos "pequenos nada", na subjetividade, nas trocas, na socialidade, que o PSF acontece, de forma diferenciada, em cada município.

A princípio foi escolhida uma equipe de três municípios com as seguintes características: No primeiro município os profissionais estão engajados na estratégia de saúde da família e observa-se um bom andamento do trabalho; no segundo, percebe-se dificuldades em relação à proposta, apesar da equipe de saúde estar motivada para esta. No terceiro município não se observa nem profissionais nem gestores sensibilizados para as mudanças propostas pelo PSF, apesar de estarem cadastrados como tal. Além disso, todos os três possuem equipe de saúde da família em atuação com cobertura de toda a população do município, têm o trabalho desenvolvido há mais de dois anos e as equipes de saúde mantiveram praticamente os mesmos profissionais desde o início do PSF. Os entrevistados são médicos e

enfermeiros, quatro do sexo masculino e dois do feminino, com uma experiência em saúde pública que varia de dois anos e meio a dez anos. Ao final das entrevistas realizadas com os seis profissionais dos três municípios, percebeu-se que havia saturação dos dados, o que permitiu o término da coleta de dados.

Os municípios escolhidos são de pequeno porte possuindo menos de quatro mil e quinhentos habitantes. Como principal atividade econômica destaca-se a agricultura, a maioria das propriedades com pequena extensão territorial.

Em relação à saúde, os três estão municipalizados no sistema de gestão da atenção básica. Em dois, existem hospitais de pequeno porte, um funcionando como Unidade Mista Hospitalar.

Em relação ao programa, os três tiveram PACS antecedendo a implantação do PSF, que no momento da pesquisa contavam com a equipe mínima, ou seja, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes estão implantadas há mais de três anos com pouca rotatividade entre os profissionais que as integram, sendo que em uma delas houve o ingresso de um odontólogo há menos de seis meses. Todos os profissionais entrevistados participaram do primeiro módulo da Capacitação Introdutória de PSF. Os agentes comunitários foram selecionados pela Coordenadoria de Saúde, sem a participação direta dos municípios. Em dois deles, os gestores não possuem formação na área de saúde, enquanto que no outro o gestor é médico. Em relação à forma de contratação dos profissionais, em um deles é por concurso público para os profissionais de nível superior e médio e nos outros dois a contratação se dá por prestação de serviços. Os agentes comunitários de saúde têm a contratação terceirizada por entidade sem fim lucrativo.

Neste embasamento e seguindo, como objetivo, a entrevista semi-estruturada teve-se questões norteadoras que procuravam levar a reflexão em relação a estratégia saúde da família e sua atuação como profissional nesta.

Em relação às questões éticas previstas pela Resolução 196⁴ para com as pesquisas envolvendo seres humanos, realizou-se o esclarecimento para o pesquisado sobre o tipo de pesquisa que estaria participando, seus objetivos, sendo garantido o sigilo das informações. Foram solicitadas leitura e assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido.

3. RESULTADOS

Após a transcrição das entrevistas na íntegra e sua análise formam delimitadas as unidades de estudo, estas foram organizadas em categorias de acordo com os significados. Assim as unidades de significado foram agrupadas em quatro categorias: (1) A Necessidade de Mudança e o Repensar em Saúde; (2) As Mudanças no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família; (3) Limites que se Impõe e (4) Os Sentimentos dos Profissionais em Relação ao PSF.

3.1 A Necessidade de Mudança e o Repensar em Saúde

Os profissionais médicos e enfermeiros em relação a sua atuação na estratégia saúde da família relatam que compartilham o entendimento da evolução no processo de entender a saúde, mas reconhecem que a mudança é cultural e que o desafio é grande.

(...) o PSF não se propõe a uma causa muito rápida, se propõe a uma mudança cultural que eu acho que é o grande desafio do PSF (Júpiter).

Eu acho que é um programa que enfim tá, perto do que tem para acontecer, a gente está no início ainda (Vênus).

(...) ela toma peito da falta de organização do sistema e se começa a pensar... começa a se inserir junto à comunidade uma nova forma de pensar saúde (Saturno).

As mudanças acontecem aos poucos e de forma lenta dentro da realidade em que as equipes estão inseridas. Tais mudanças envolvem diversos atores dentro de um cenário complexo que, historicamente, foi campo de disputa de poderes técnicos, políticos e econômicos. No entanto, Vênus acredita que a mudança é possível e que está acontecendo.

Lentamente a nova forma de pensar saúde está aos poucos saindo do ideário dos intelectuais do setor para a prática. No cotidiano dos serviços, a organização do sistema de saúde vai exigindo novas realidades, novos envolvimento e a mudança, então, começa a ser visualizada.

Então, o deslocamento dá ênfase às questões de saúde, no sentido da cura para a prevenção. Surge dentro do entendimento de que para se trabalhar com saúde é necessário conhecer a realidade em que as famílias vivem.

Saúde da família eu acho que é vim a mãe aqui, vamos supor no Posto de Saúde e você detectar um problema nela, e tu poder ir atrás, tu poder ver o que tem por trás disso, ver se tem um marido, se tem o filho, se tem a sogra; é a saúde de um domicílio, não de uma pessoa. Saúde da família é

visita domiciliar com certeza, é procurar entender os costumes, até as doenças muitas vezes tem um porquê, quando você vai na casa você consegue identificar porque está mãe vive com uma infecção urinária, porque o filho vive com pneumonia (...) (Vênus).

(...) trabalhar mais a questão da família (...) trabalhar na prevenção das doenças, explicar pra as pessoas como as doenças acontecem(...) (Mercúrio).

(...) PSF já diz o programa da saúde da família que é o trabalho que você vai trabalhar lá fora na família, na comunidade, ver a situação como que se encontram as famílias, ver as necessidades, o meio em que eles vivem (Marte).

Garbois et al⁵ definem esta visão ampliada da saúde da família:

Essa estratégia visa a reorientar o modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Propõe priorizar a família e o ambiente no qual ela vive como centro da atenção à saúde, com uma visão ampliada do processo saúde–doença, insistindo–se em relacionar a saúde ao exercício pleno da cidadania.

Marte e Mercúrio reconhecem a construção da saúde, enquanto processo social, iniciando na família e comunidade, e não no indivíduo de forma isolada, como até então o modelo de saúde biologicista previa.

Entende-se que o reconhecimento desta modificação da forma de pensar saúde passa pela discussão das questões saúde/doença na equipe e também na comunidade envolvendo a educação em saúde

A nova forma de pensar saúde passa basicamente pela educação em saúde... (Saturno).

Saturno fala da educação em saúde como parte desta forma diferenciada de pensar saúde entendida por Vasconcelos^{6,14}, como "... o campo da prática e conhecimento do setor Saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidianos da população".

O autor traz a questão da educação em saúde como prática capaz de criar vínculos entre a ação do técnico e o pensar e o fazer da comunidade. Entendendo-se que a saúde não está fatalmente submetida à exposição ao agente etiológico ou a alguns fatores, é preciso disponibilizar, à população, informação de como a saúde e a doença ocorrem, para que tais vínculos possam ocorrer, a partir das possíveis trocas.

Esta concepção de atender as diferenças e singularidades das necessidades humanas, tem em vista uma abordagem do cotidiano, ou seja, do constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais vindo ao encontro do que se entende por Vigilância da Saúde. Alves⁷ enfatiza que a vigilância em saúde tem seu enfoque no reconhecimento da área adscrita e de sua população para a identificação, descrição e explicação de seus problemas de saúde, para assim sobre eles intervir. Deste diagnóstico da situação de saúde local espera-se a participação ativa da comunidade, o que favorece o desenvolvimento da consciência sanitária pela possibilidade de compreensão sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

O PSF preconiza esta forma de atuação, trabalhando com a realidade de forma não fracionada dentro da visão de saúde como um processo a ser fortalecido na sociedade. Para que isto seja viabilizado, a educação em saúde é reconhecida pelos profissionais em atuação no PSF como tendo um papel fundamental.

Dentro desta compreensão faz-se necessário que o entendimento da necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde venha acompanhado do desempenho de novos papéis nos quais o exercício da cidadania por parte de todos, comunidade, equipe, gestores seja um ideal a ser trabalhado. Para a efetivação desta realidade a atuação da equipe em relação à comunidade necessita ser entendida como emancipatória.

Para Alves⁷, educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais. Deste modo, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito do PSF, seja em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, expressa a assimilação do princípio da integralidade pelas equipes de saúde da família.

Educação em saúde neste entendimento permite as equipes de saúde da família a interação com a comunidade e a realização de ações voltadas promoção da saúde campo essencial na efetivação de sua atuação na busca de mudança no modelo de atenção a saúde.

No entanto, a real efetivação destes princípios exige profundas mudanças na prática dos profissionais, sendo imprescindível o conhecimento da população e de suas necessidades e potencialidades, co-responsabilização da atenção aos indivíduos e às famílias e envolvimento dos diferentes atores envolvidos neste processo.

3.2 As Mudanças no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família

Nesta pesquisa vários indícios de mudanças em relação ao modelo assistencial são relatados pelos profissionais em atuação, entre os principais, a visão de saúde como construção social intersetorial, a implementação dos princípios do SUS, a relação entre profissionais, equipe e comunidade, o nível de comprometimento e envolvimento dos profissionais com o trabalho e a comunidade.

Netuno, em seu relato, mostra a sua surpresa no conhecimento da realidade das famílias e comunidade trabalhada e a mudança no papel do profissional, que deixa de ser somente técnico distanciado da realidade, para assumir o técnico envolvido com questões que vão além do ato de diagnosticar doenças e prescrever cuidados.

(...) vi aqui no interior coisas que eu achei que não existia mais no mundo, não no Brasil, (...) o estado dos pacientes, assim, o estado financeiro, o estado social, casas, pessoas que moram em lugares que não é possível, (...) eu vou na casa, então, na casa a gente fica conversando, o paciente gosta, (...) numa tarde a gente atende cinco pacientes, quatro pacientes, (...) a sensação que se tem é que quando a gente sai não é mais aquele paciente da hora que nós chegamos, é outro paciente... (Netuno).

Diante de uma realidade imaginável, sobre a qual parece que nada é possível fazer, o profissional ultrapassa a técnica pela técnica. Faz-se mais humano, vivencia o que podemos descrever como socialidade, o estar com o outro, apresentado aqui na "conversa" que o paciente parece gostar. Esta socialidade vivenciada por Netuno, traduzida em minúsculas formas de interações que dão força ao vitalismo é inerente ao homem que, no cotidiano, compartilha com os outros, na inserção do seu espaço. Como diz Penna^{1:134} esta socialidade é referida como "o experimentar em comum, trocar, ter significados próprios, experimentar sentimentos, sejam eles quais forem, (...) pois a socialidade tira do anonimato o seu João e dona Maria (...)".

Netuno, em sua fala, demonstra o compartilhar o vivido, o reconhecimento dos "Joãos e Marias", o experimentar sentimentos do profissional que se envolve, neste caso a sua atuação vai além do dever cumprido. Maffesoli⁸ denomina de "solidariedade orgânica" definida por Nitschke^{9:39} como a "solidariedade que calça-se em laços sociais afetivos (...) garantindo a 'coesão' do grupo, a partilha sentimental de valores, de lugares, de idéias". O profissional deixa-se envolver pelo cotidiano da família

e começa a fazer parte dela. O conhecimento da realidade diferenciada faz com que, segundo Magela^{10:8}:

Os profissionais de saúde comecem a perceber suas limitações e as das ciências que lhes são sustentáculo para as práticas profissionais. E os modernos feiticeiros, curadores, senhores da vida e da morte, sentem-se obrigados a reconhecer, com uma humildade pouco costumeira, a incompletude de seus saberes.

E surge então um outro profissional da saúde, que é técnico, mas também é humano, sensível e envolvido com o cotidiano das famílias e comunidade nas quais convive.

Este trabalho compromissado, aparentemente realizado por Netuno, é o que Merhy¹¹ aponta como necessário à superação do modelo neoliberal, um trabalho em saúde voltadas para uma lógica “usuário-centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas”.

O envolvimento com o paciente e a população, no trabalho do PSF, inicia-se a partir do diagnóstico da comunidade realizado pela equipe, quando se faz necessário conhecer a realidade em que vivem as famílias. A partir do conhecimento da realidade vivenciada pela comunidade a responsabilização da equipe parece ser estimulada e o vínculo com a população acontece muitas vezes através do atendimento de suas necessidades. Este fato é relatado por Júpiter na sua entrevista mostrando o seu envolvimento com os problemas da comunidade. O profissional realiza os encaminhamentos com a preocupação de não deixar o paciente “se virar sozinho”. Não há o sentido de controle, mas o sentido de auxílio na referência com preocupação pela continuidade do atendimento.

(...) nisso também eu acho que a população se agarra a gente não limita a conseguir isso ou aquilo, se eu tiver que pegar e ligar para a prefeitura para conseguir um transporte melhor para a criança para que ela tava pegando chuva lá, a gente faz (...) então o encaminhamento (...) a gente não é muito assim de deixar o paciente se virar muito né, tu dá e tu ajuda (...) então tu vê assim as mínimas condições, que a secretária faça a ligação ou a gente liga pro médico ó eu tenho um paciente... (Júpiter).

Dentro desta realidade, a visão que a comunidade tem dos profissionais é modificada. A

equipe de saúde da família deve estar preparada e ter habilidades conforme Rosa & Labate¹² para:

(...) a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutive a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade.

Esta forma de trabalhar o processo saúde/doença promove uma postura diferenciada perante a comunidade, caracterizado por um “sair detrás da mesa do consultório” como se refere Vênus em sua fala:

(...) também pra família eles vêem o profissional um pouco diferente, do que só atrás de uma mesa de consultório, eles acabam (...) se abrindo bem mais da situação (...) o programa é maravilhoso e tende a cada vez mais se fortalecer, pois a estrutura é boa, os profissionais que dão assistência são bons (...) (Vênus).

Este relacionamento torna viável o conhecimento das causas e a possibilidade de prevenir doenças e promover a saúde, na visão intersetorial na qual a saúde é uma construção coletiva dentro de um processo maior que se refere à vida das pessoas.

(...) se tiver que conseguir com o secretário de obras alguma coisa, tipo uma estrumeira, tinha uma mulher com lesão por esforço repetitivo por que tinha que carregar esterco a uma distância muito grande e a gente foi na casa e viu aquilo e opa... temos que tomar uma providência eu vou ligar pra prefeitura, eles tavam com tudo pra fazer, era só cavar o buraco que eles iam fazer a estrumeira, essas coisas realmente esses resultados, dão realização, a população acaba tendo a gente como referência (Júpiter).

E a intersetorialidade ocorre na integração dos mais diferentes setores que fazem parte do cotidiano das famílias...

(...) o padre como ele já morou na Polônia ele deu bastante dicas da cultura, de como o pessoal recebe, então a gente conheceu o padre logo, então facilitou, então deu para conhecer um bom pouco da cultura. Outra coisa que nos facilitou foi que a igreja nos abriu para trabalhar no grupo de casais, então a gente faz, quando sai grupo de

casais, esse curso de noivos, algum de nós vai lá fazer, tem acesso. Então seguido nas festas daqui eles dão espaço para a saúde, então é engraçado, não sou católico, mas vou lá na igreja fazer o programa, mas é legal (Júpiter).

Assim a intersetorialidade vem acontecendo aos poucos dentro do PSF nos municípios estudados. Este princípio é essencial dentro da compreensão ampliada de saúde resultante de condições sociais, pois conforme Mendes¹³, “problemas complexos e mal estruturados que se manifestam num território processo não podem ser enfrentados numa perspectiva unisetorial”.

A complexidade do processo saúde exige um trabalho e um esforço conjunto de todos os setores que se envolvem no dia-a-dia de uma comunidade. A ação intersetorial não deve ser apenas tida como justaposição de papéis, mas complementares que busquem otimizar os recursos, muitas vezes escassos, na tentativa de resolver os problemas que as comunidades apresentam.

A ação intersetorial mostra também a construção de vínculos entre equipe e população, aumentando a crença desta na resolutividade do serviço.

Essa nova forma de pensar saúde passa necessariamente por um intercâmbio, (...) onde as pessoas podem verbalizar suas inquietações com relação aos seus problemas peculiares sobre sua saúde, (...) principalmente ter a certeza de que elas ao voltarem a unidade ou serem referenciadas para voltarem a unidade ou a até um serviço especializado elas estão tendo um interesse, a equipe não está indiferente aos seus problemas (...) e isso então modifica e vai modificando um pouco a forma das pessoas de pensarem a sua saúde, é uma longa batalha com certeza é uma batalha que é diária todos os dias existem enfrentamentos... (Saturno).

O interesse dos profissionais em relação aos problemas das pessoas, a possibilidade delas falarem sobre suas inquietações, em um relacionamento horizontal, é uma forma de fazer com que elas repensem sobre sua saúde. As modificações em relação à saúde ocorrem de forma lenta, nos enfrentamentos cotidianos dos serviços.

A relação entre os profissionais também é modificada, a interdisciplinaridade está em construção dentro de uma interação entre a equipe multidisciplinar com um crescimento positivo para estes:

(...) antigamente os funcionários trabalhavam mais cada um fazendo a sua técnica o médico chegava, atendia o seu paciente, (...). Hoje tem uma atuação

da equipe (...) essa visão de equipe uma vez não tinha e agora está tendo, isso é bom tanto por que antes médico uma vez era médico, enfermeira era enfermeira, e agora não a equipe tá bem mais unida, a profissão de cada um se tornou um pouco mais importante para o colega de trabalho (Vênus).

Compreende-se que no trabalho em equipe, a interação e as trocas acontecem, sendo esta a forma de se trabalhar a interdisciplinaridade, entendida com princípio dentro do trabalho em equipe no PSF. Benito et al¹⁴ referem-se a interdisciplinaridade na saúde da família:

Necessitamos desenvolver a comunicação entre diferentes saberes, como atenção integral à família, em resposta aos problemas de saúde que são interdisciplinares, pois o saber interdisciplinar cria condições para que o profissional de saúde perceba o homem como um todo, sendo que a interdisciplinaridade surge justamente, da funcionalidade da equipe multiprofissional, através do modo com que cada membro da equipe entende seu saber, suas funções, habilidades e competências e quais suas expectativas em relação à sua profissão, ao outro e à sua própria vida.

Dentro do PSF o trabalho interdisciplinar é uma proposta, que enquanto processo de integração recíproca entre campos de conhecimento, torna-se capaz de romper as estruturas de cada uma delas para alcançar uma visão comum do saber, trabalhando em equipe.

(...) cada um assumir o que há muito tempo nós que atuamos na atenção básica não fazíamos, cada um se comprometendo com aquilo que tem que ser feito em termos de atenção básica com o PSF a gente percebe isso nitidamente (...) existe um compromisso pessoal de cada um (...) quando você começa a estabelecer o programa, gradativamente isso vai acontecendo (...) o PSF cria bastante vínculos com a comunidade até porque aproxima os profissionais e (...) eles não são mais encarados como o enfermeiro fulano de tal ou o médico, é o Saturno. Eu acho isso extremamente importante, nós não somos vistos como pessoas à parte, nós somos integrantes dessa comunidade, não somos pessoas que trabalham dentro da unidade, nós somos da comunidade (...) (Saturno).

No jogo da vida diária, estamos desempenhando inúmeros papéis e o ideal "nesta caminhada é poder conciliar/integrar o conhecimento científico/técnico com a responsabilidade, a sensibilidade, a ética coletiva e a solidariedade humana^{15:34}". Conforme Saturno, este conciliar gera o comprometimento que provém do envolvimento e do

vínculo com a comunidade, na qual os profissionais deixam de ser somente técnicos para se integrarem a ela. Este envolvimento é outro desafio dos profissionais que atuam na saúde da família, centrar seu trabalho na lógica da produção do cuidado se orientando nos problemas, nas necessidades e na busca de qualidade de vida do usuário¹⁶.

Tal compromisso aproxima profissionais com a comunidade, estabelece vínculos, desperta sentimentos, até então desconhecidos, que vai além do trabalho desempenhado, se é percebido como integrante da comunidade. Isto exige uma modificação na postura e no relacionamento percebidos pelos profissionais em atuação, que precisa romper com barreiras do poder técnico, de postura pessoal e profissional.

O conhecimento da comunidade em que se atua é um dos pontos cruciais do trabalho em PSF. O entendimento de que a vida humana é dinâmica e que a saúde não se reduz ao aparecimento de um transtorno e à busca do serviço, mas ao resultado de um processo complexo e dinâmico que acontece no interior da sociedade, torna imperioso o conhecimento e a participação do profissional de PSF neste processo. Para que este conhecimento se instaure é preciso despir-se de preconceitos, muitos até incutidos na própria formação profissional, nem sempre em consonância com a prática vivenciada.

3.3 Limites que se Impõe

A prática sanitária proposta pelo PSF passa por mudanças gerenciais, mudanças na concepção do processo saúde-doença, mudanças enfim, no paradigma sanitário, passando da concepção da prática sanitária centrada na atenção médica, para a da vigilância em saúde. São necessárias profundas modificações para a viabilização destas propostas. Os limites vivenciados dentro deste mostram que estas precisam começar pelos próprios profissionais que atuam.

(...) a primeira grande mudança, vai ter que começar a acontecer em quem trabalha no PSF. As pessoas que trabalham no PSF, trabalham e acham muito bonito o PSF e se fala em mudança de modelo, ah, nós estamos fazendo um modelo novo e coisa assim, fazendo um modelo novo e pensando no velho, (...) Pro pessoal da saúde não é uma coisa muito fácil trabalhar, digamos assim, menos curativista (Júpiter).

A construção de um modelo de atenção diferenciado parte de uma atuação diferenciada, de uma nova postura em relação às questões de saúde e doença. No entanto não adianta construir um “novo

modelo” somente no discurso. E a prática do dia-a-dia continuar centrada apenas no curativo. Conforme Paim¹⁷:

(...) um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do SUS somente poderá se concretizar “no plano técnico-institucional, no encontro de indivíduos ou cidadãos com a burocracia e com os agentes das práticas de saúde”, englobando a vida concreta dos homens e a prática empírica.

Esta dificuldade é compartilhada com os gestores, entendendo-se como gestores o prefeito e o secretário municipal de saúde, que, muitas vezes, não têm o entendimento da proposta de mudança do PSF:

(...) eles tem uma preocupação política e o que dá voto pro gestor é basicamente a assistência, porque nós temos um histórico no Brasil de medicina assistencial de mais ou menos uns 500 anos e pra mudar a realidade do paciente, pra mudar o entendimento que ele faz da saúde demora muito tempo, então programas assim de prevenção, como o PSF, são programas que tem que se trabalhar durante muitos anos, e o gestor não consegue visualizar isso, ele não consegue fazer essa leitura porque, porque ele tem um prazo pequeno pra se manter no poder, ele tem um mandato curto, e ele quer um resultado muito rápido... (Mercúrio).

O interesse do gestor em conseguir um retorno rápido do programa pode ser visto como uma forma dele se manter no poder. Isto na realidade pode se tornar um impeditivo para que a mudança ocorra. Os motivos pelos quais os gestores aderem ao programa diferem das razões dos profissionais da saúde. Enquanto estes parecem ser impulsionados por um ideal de mudança da realidade social em prol da melhoria da saúde da população, os primeiros são impulsionados pelo fator econômico:

(...) os gestores não conhecem o programa, eles fazem de conta que conhecem o programa, então a idéia de trazer um médico pra trabalhar no programa, de um enfermeiro, de uma equipe para trabalhar no programa se deu (...) porque os gestores sabiam que iriam receber recursos pra isso, mas não que eles tivessem necessariamente interessados em trabalhar o programa, (...) eles não entendem exatamente qual é a proposta de trabalho do PSF... (Mercúrio).

Não sei, qual foi o objetivo deles implantar o PSF lá eu descobri (...) que o objetivo deles era vim o dinheiro (Marte).

Eu percebo assim que o PSF aqui, nós, a equipe definiu o caminho ia tomar, porque os

administradores, enfim, o próprio gestor, o próprio prefeito, que toma a decisão máxima de implantar um programa dessa natureza, eles não tem noção... (Saturno).

Os profissionais ressaltam a falta de conhecimento dos gestores em relação aos reais objetivos dos programas. Infelizmente, ainda permanece a visão retrógrada da saúde como uma mercadoria, que traz lucro para o município através do repasse dos recursos. Entretanto, administrar estes recursos tem se tornado difícil, tendo em vista a demanda crescente de serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade que o trabalho das equipes proporciona. Além da pressão dos técnicos e dos usuários para um atendimento qualificado, gerando investimentos novos, que se somam à demanda de recursos necessários ao atendimento de rotina. Como se percebe no relato abaixo:

(...) então o gestor (...) achava que ia economizar fazendo prevenção. E tu tá trazendo cada vez mais gente e tem cirurgia pra ser feita e tem isso e tem aquilo. Tu trouxe uma demanda tão grande que saturou o sistema e essa demanda estava reprimida (...) nós trouxemos um gasto terrível para o município, então eu acho assim que nas reuniões de equipe muita equipe gava nós conseguimos diminuir isso, diminuir aquilo, nós nesses dois anos nós só conseguimos trazer gente pra dentro do serviço, parece uma torneira aberta que não para de vim (Júpiter).

O aumento do trabalho e da cobertura traz como conseqüência o aumento dos gastos, contrariando o gestor que acreditava na economia de recursos financeiros. O trabalho, com as questões de saúde/doença, de um modo geral, exige um elevado investimento econômico. Discussões em relação ao financiamento das ações de saúde/doença são históricas. Conforme o levantamento realizado por Gilson de Carvalho em 2006 os gastos em saúde no Brasil continuam, chocantemente, distantes de efetivar para sua população, serviços suficientes e de qualidade, próprios de um sistema de saúde razoável. Os gastos públicos em saúde no Brasil, no ano de 2006, encontram-se em torno US\$ 690 dólares enquanto nos EUA tem um custo estimado neste mesmo período de US\$ 7.000 percapita com saúde, cerca de dez vezes mais¹⁸. Dentro desta realidade nacional, municípios de pequeno porte populacional, com cem por cento de cobertura de PSF estão fazendo a diferença aplicando os poucos recursos municipais, e os repasses estaduais e federais destinados à saúde.

3.4 Sentimentos dos Profissionais em Relação ao PSF

O PSF se propõe a ter uma prática assistencial diferenciada. Humanização, integralidade, trabalho de equipe, intersetorialidade, vínculo com a comunidade, responsabilização, começam a fazer parte do cotidiano dos profissionais que atuam no PSF, diferenciando-os de outros profissionais perante a comunidade assistida. Isto revela sentimentos, que, possivelmente, começam a se manifestar no dia-a-dia do trabalho.

Ao atuar em uma proposta relativamente nova que prevê atender a comunidade, com uma carga de trabalho semanal de 40 horas, no serviço público, deixando de lado outras atividades, talvez mais bem remuneradas, é tido muitas vezes como loucura.

(...) fui taxado que eu não estava bem da cabeça, (...) mesmo diziam que não estava bem da cabeça... (Netuno).

Netuno mudou seu local de residência e trabalho. Anteriormente atuava em consultórios e hospitais. Tal atitude deixou outras pessoas perplexas, pois não conseguiam entender a motivação por ele encontrada para esta mudança (sic). Bergamini^{19:48} afirma que "o enfoque mais natural para se compreender a motivação humana deve ser aquele que individualiza as pessoas através de sua história particular de vida, isto é, aquilo que se denomina de 'realidade motivacional do ser'". As pessoas têm motivações diferenciadas ligadas a sua história de vida. Netuno encontrou na proposta do PSF o seu ideal de trabalho em saúde, como referiu em sua entrevista. O que para alguns é considerado loucura, para outros é o arriscar-se no novo buscando realizar sonhos, há muito desejado. No entanto, na realização deste sonho muitas vezes encontramos uma realidade nem sempre esperada, nos deparamos com pessoas que vivem em situações consideradas insalubres, os próprios profissionais referem que não são todos que se adaptam a esta forma de trabalho proposta pelo PSF.

Não é fácil né, porque PSF tem que ter perfil pra trabalhar, não é qualquer profissional que se aventura sair da cidade, meio urbano pra ir pro interior e trabalhar o PSF que é um trabalho desgastante porque você trabalha com gente muito pobre com gente com muito pouca higiene, você se desloca pra casas onde a higiene é péssima, existe muita pobreza assim por diante. Então não é qualquer médico, não é qualquer enfermeiro que tem perfil pra trabalhar dentro desse programa (Mercúrio).

Além de modificar seu estilo de vida pessoal, sair da cidade, ir para o meio rural, conviver com a comunidade mostram as diferenças sócio-econômicas

e culturais existentes no Brasil. Bettinelli et al¹⁵ reporta-se à dificuldade dos profissionais de saúde em relação às experiências interiores, aos sentimentos, sonhos e necessidades na heterogenidade da vida cotidiana.

Trata-se de um sentimento que ultrapassa as questões de uma simples relação, por atingir uma dimensão ética de responsabilidade (...) os profissionais sentem-se responsáveis também pela decisão sobre a vida das pessoas que estão sob seus cuidados, desempregadas, com fome, doentes e excluídas de diversas formas pela sociedade capitalista.

O envolvimento com a comunidade dentro do processo saúde/doença desperta sentimentos diversos, no entanto as questões de saúde passam necessariamente por discussões coletivas nas quais os profissionais são um elo da corrente na construção de uma realidade com melhor qualidade de vida. A ação dentro do processo saúde/doença na comunidade:

(...) impõe ao profissional algo mais do que o conhecimento somente, ou seja, um viver compartilhado, solidário, sensível, crítico, consciente e responsável. Ao mesmo tempo exige que se preocupe com o resultado de sua conduta e as alterações decorrentes do processo de doença no paciente e família¹⁹.

Netuno relata este envolvimento diferenciado e o surgimento de um trabalho voltado para a humanização, percebendo-se que o profissional tem compreensão da importância de seu papel atuando na relação profissional-paciente. O entendimento de que é necessário humanizar a assistência nos serviços de saúde, ou seja, reconhecer as pessoas como Seres Humanos num atendimento que deixa de ser somente técnico/mecânico, para ser técnico envolvido com o lado humano das pessoas demonstrando um "importar-se" pelas mesmas é percebido na fala de Netuno.

(...) a minha medicina é um pouco diferente dessas técnicas e de muita coisa, é um pouco diferente, eu acho que é muita mecânica, é muita coisa, está muito evoluída na parte científica e parte técnica, mas falta humanismo, é isso que falta, isso faz uma falta enorme, graças a isso se consegue essas barbaridades que se vê aí na rua (...) (Netuno).

A convivência com formas de atuação consideradas inadequadas em relação à postura do profissional faz com que Netuno aspire por mudança há muito tempo. Para Bettinelli et al^{15:27} "o ser humano precisa compartilhar as experiências interiores, os sentimentos, os sonhos e necessidades,

na heterogenidade da vida cotidiana". Neste sentido, o trabalho no PSF pode ser a realização de uma aspiração, de um ideal de vida.

(...) por um golpe de sorte eu vim pra cá e me foi acenado uma possibilidade de trabalhar neste plano, e vendo como eu comecei a ver, como funcionaria este plano eu vi que era uma coisa que em toda em minha vida, eu sempre sonhava com uma coisa assim (...)Honestidade, sentimento, tem que ter sentimento e não pode ter ganância, a ganância é fatal, quando a pessoa quer subir demais ela sobe em cima dos outros,(...) é preciso que haja sentimento, que haja amor, eu acho que é a palavra certa, gostar de fazer o que a gente faz, principalmente gostar, porque se fosse olhar a parte financeira eu não estaria aqui (...) (Netuno).

Netuno define o que entende ser necessário ao profissional que atua no PSF que é referendado por Bettinelli et al¹⁵, "o compromisso com a vida, com a saúde e com uma condição melhor de viver do cidadão significa o resgate das virtudes do ser humano, do valor da vida e da melhor compreensão da saúde para um viver melhor". Valores humanitários esquecidos dentro do modelo tecnicista são resgatados no PSF. O trabalho do profissional parece ser desenvolvido tanto com o lado técnico/científico quanto com o lado subjetivo/humanístico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da compreensão dos médicos e enfermeiros, quanto ao PSF e sua atuação, revelou neste estudo, que as mudanças iniciadas com a implantação deste modelo de atenção à saúde estão gerando pequenas, mas importantes mudanças na implementação do SUS. Acredito que esta não seja a única forma de atuação na saúde que possa modificar as questões no processo saúde/doença. No entanto, tenho convicção de que pode ser uma estratégia para tal, quando respeitados os seus princípios e diretrizes, e onde fundamentalmente haja uma equipe de profissionais compromissados em condições de atuação em conjunto: equipe, gestores e comunidade.

As práticas de atenção à saúde dentro do novo paradigma da produção social da saúde requerem uma nova postura de todos os atores envolvidos no processo para construção de uma vida com mais qualidade.

Em relação à equipe de saúde da família, as mudanças devem iniciar na formação acadêmica universitária com um preparo para a atuação dentro das questões de saúde e doença com todas as suas implicações, visando uma atuação com competência e resolutividade. Questões voltadas para o novo paradigma da construção social da saúde, trabalho em

equipe, interdisciplinaridade, intersetorialidade e trabalho com a família e comunidade devem ser vivenciadas já na formação básica dos profissionais em saúde. A educação permanente em saúde como suporte das ações também não deve ser negligenciada, pois o trabalho com saúde da família é dinâmico, exigindo constante reflexão e redirecionamento.

Em relação aos gestores, faz-se necessário um preparo maior para a atuação. Ser, hoje, prefeito ou secretário municipal de saúde, deixou de ser um cargo somente político, para ser também um cargo de gerência com todas as responsabilidades da gestão do sistema municipal de saúde. É imprescindível que os gestores entendam o processo histórico das questões de saúde e doença e seu papel dentro dele na viabilização do SUS.

Quanto à comunidade, o aprender o controle social deve ser uma realidade, através de capacitações, mas, principalmente através do exercício deste controle. Para que o SUS seja possível, de fato, o CMS e a comunidade como um todo necessita cumprir o seu papel de controle e avaliação das ações e dos gastos em saúde.

Em relação ao PSF especificamente, percebe-se através das falas dos profissionais, que este difere de um local para outro, de acordo com a realidade local e os pontos facilitadores ou dificultadores existentes. Um ponto que parece ser essencial é o envolvimento da equipe de saúde, acreditando na proposta e entendendo seu papel no processo. Isto ficou demonstrado na diferença percebida nas entrevistas entre um município e outro, quando ambos tinham dificuldade com os gestores e uma conseguia encontrar meios para desenvolver o trabalho e outra não. A primeira administrou os limites criando outras possibilidades e a segunda luta contra o imobilismo provocada pelo desânimo de não encontrar possibilidades para superação dos limites. O terceiro município no qual existe sintonia entre gestores e equipe, o trabalho está voltado para a comunidade, na tentativa de mudanças culturais em relação aos determinantes e condicionantes da saúde e da doença, mostrando que é possível o trabalho nesta área de forma interdisciplinar e intersetorial.

O Programa de Saúde da Família, colocado como uma estratégia para a organização da Atenção Básica, na lógica da vigilância da saúde, demonstra na prática diária que é viável e que as mudanças em relação à assistência estão aos poucos acontecendo em alguns municípios. Em contrapartida, em outros o PSF continua sendo um programa não viável, enquanto proposta de mudança no modelo assistencial. Esta percepção leva ao entendimento de

que o desafio colocado de organização do sistema de saúde, a partir da atenção básica, depende de vontade e decisões políticas e técnicas, e dos pactos de integração entre os diversos atores envolvidos, para que seja uma prática modificadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penna CMM. Ser saudável no cotidiano da favela. Florianópolis: Ed. Universitária; 1997.
2. Souza HM. Programa de Saúde da Família: Entrevista. Rev Bras Enferm 2000; 53:49-59.
3. Brasil. Ministério da Saúde Portaria 648/GM de 28.03.2006 <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> <Acesso em 28.11.2010>
4. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Brasília. www.ufrgs.br/bioetica/res19696.html <Acesso em 16.12.2010>
5. Garbois, JA, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. Physis 2008; 18(1):32-9.
6. Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9 (16):39-52.
8. Maffesoli M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.
9. Nitschke R. Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Florianópolis: Ed. Universitária; 1999.
10. Magela AL. Educação em saúde – um enfoque micro-social. Artigo parte da disciplina Interdisciplinaridade em Educação e Saúde. Mestrado em Ciências da Saúde Humana: UnC Concórdia; 2001
11. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
12. Godinho RWA, Curi LR. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am. Enferm 2005; 13(6):1027-1034.
13. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
14. Silva BG, Meireles S, Felippetto, S. Interdisciplinaridade no cuidado às famílias: repensando a prática em saúde. Família Saúde Desenvolvimento 2003; 5(1):66-72.
15. Bettinelli LA, Alacoque EL. Relações solidárias nos serviços de saúde: uma utopia? Rev Gaúcha Enferm 2000; 21(2): 19-36.
16. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial Rev Bras Enferm, Brasília 2009; 62(1): 113-8.
17. Paim JS. Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-71.
18. Goulart FAA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília 1999; 8(2): 17-26.
19. Carvalho G. Gastos com saúde no Brasil em 2006. http://www.conasems.org.br/files/GastocomSaudenoBrasil2006_Gilson.pdf <Acesso em 30.11.2010>
20. Bergamini CW. Motivação. São Paulo: Atlas; 1991.