

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA

**DA TEORIA A PRÁTICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF  
NO MUNICÍPIO DE ITAPEMA/SC.**

FLORIANÓPOLIS/SC

2005

ISABEL CRISTINA DOS SANTOS OLIVEIRA

**DA TEORIA A PRÁTICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF  
NO MUNICÍPIO DE ITAPEMA/SC.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública – Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Dr. Marco Aurélio Da Ros

FLORIANÓPOLIS

2005



*Aos meus pais, Eleara e Elói, pelo apoio incondicional, durante toda a minha trajetória pessoal e profissional.*

*Aos meus irmãos, Marcelo, Márcio e Camila, pela garra e luta em prol dos estudos. Vocês são orgulhos da minha vida.*

*Ao meu namorado, Luiz Cláudio, pelo amor e apoio para prosseguir nesta caminhada.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu adorável orientador Marco Aurélio Da Ros, o Marcão, por acreditar nesse trabalho e nas minhas potencialidades; pelo apoio e paciência nas muitas orientações e revisões; pela disposição e força durante a trajetória; pelo carinho. Para mim, és um exemplo de dedicação e força e tens em mim uma profunda admiração, respeito e carinho.

Aos professores do curso de Mestrado, pelas experiências e conhecimentos a mim proporcionados.

Aos professores participantes da banca examinadora pelo aceite do convite.

A todos os colegas da turma do mestrado, em especial a Célia e Helena pelas “viagens” agradáveis até Florianópolis para as aulas do curso de mestrado.

Aos meus colegas de trabalho de Itapema, aqueles que saíram e os que ficaram, e os colegas atuais, de Balneário Camboriú, pelo apoio, carinho e por entender os momentos que tive de ausentar-me.

Aos autores utilizados neste trabalho que proporcionaram a minha fundamentação teórica.

Aos sujeitos participantes da minha pesquisa, que concretizaram este desafio.

A todas as pessoas, que direta e indiretamente, fizeram com que esse momento fosse possível.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>07</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>08</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>09</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
3.1 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS .....	15
3.2 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – PACS.....	18
3.3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF .....	19
3.3.1 Diretrizes do MS para o PSF .....	20
3.4 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	22
3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DA SAÚDE .....	23
3.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	24
3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	25
3.7.1 Comunicação na Educação em Saúde .....	27
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>29</b>
4.1 CONTEXTO DO TRABALHO.....	29
4.1.1 Município do Estudo .....	30
4.1.2 Programa Saúde da Família de Itapema.....	30
4.1.3 Sujeitos do Estudo .....	31
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	32
4.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA .....	32
4.4 COLETA DE DADOS E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES .....	33
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.6 CUIDADOS ÉTICOS .....	35
<b>5 APRESENTANDO OS RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
5.1 FORMAÇÃO ACADÊMICA .....	36

5.1.1 Capacitação Profissional .....	39
5.2 TRABALHO EM EQUIPE .....	42
5.2.1 Agentes Comunitários de Saúde – ACS.....	44
5.3 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES.....	48
5.3.1 Visita Domiciliar .....	50
5.4 RELAÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL .....	52
5.5 FUNÇÃO DO PSF .....	55
5.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	57
5.7 MOTIVOS DA SAÍDA DO PSF .....	61
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS: Ações Integradas de Saúde

ESF: Equipe de Saúde da Família

EPS: Educação Permanente na Saúde

IAP: Instituto de Assistência e Previdência

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

MS: Ministério da Saúde

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

OPS: Organização Panamericana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS: Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PSF: Programa de Saúde da Família

SUDS: Sistema Único de Descentralização da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SES: Secretaria Estadual de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994, em todo o território brasileiro o Sistema Único de Saúde (SUS) tenta se efetivar como um sistema que pode reorganizar o modelo assistencial vigente, predominantemente curativo. Decorrido dez anos de sua implantação, o PSF, em muitos municípios, se mostra uma estratégia que consolida as diretrizes e princípios doutrinários do SUS mostrando uma nova forma de se fazer saúde, mas em algumas cidades, como Itapema, município da pesquisa, existem obstáculos que impedem a concretização das práticas do PSF. Este trabalho tem como objetivo geral: Identificar avanços e obstáculos que influenciam no desempenho do PSF de Itapema/SC, a partir da visão dos profissionais que abandonaram o programa, nesse município. Como objetivos específicos tem-se: Comparar a proposta ministerial para o PSF (teoria) com a realidade do município em estudo (prática); Identificar características da formação dos profissionais que atuaram no PSF de Itapema; Identificar os motivos que levaram esses profissionais a deixarem o programa, Analisar o que os profissionais do estudo entendem por educação em saúde. O estudo foi realizado no município de Itapema/SC. Utilizou-se como referencial teórico principal as diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF e tratou-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo são profissionais de nível superior, com dois anos ou mais de experiência profissional no PSF de Itapema, no total de sete, que não trabalham mais em equipes de PSF no município em estudo. Utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por BARDIN (1997), das entrevistas e categorização a priori dos sujeitos do estudo que resultaram na classificação de sete categorias: **formação acadêmica, trabalho em equipe, planejamento das atividades, relação com a gestão municipal, função do PSF, educação em saúde e motivos da saída do PSF**. Dentro da categoria **formação acadêmica** foi identificada uma subcategoria: *capacitação profissional* e na categoria **trabalho em equipe** foi identificada outra subcategoria: *agentes comunitários de saúde*. Ainda na categoria **planejamento das atividades** também uma subcategoria: *visita domiciliar*. A questão da formação dos recursos humanos representa um nó crítico para a consolidação e ampliação da construção do SUS e do PSF. As capacitações não condizem com a realidade dos profissionais, com o seu cotidiano enquanto trabalhadores de saúde. As concepções e práticas dos profissionais permanecem centradas na doença, sendo que não conseguem dar resolutividade na atenção primária. É preciso formar e capacitar profissionais sob outra lógica, a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado a família, ao domicílio e a comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e da perspectiva de promover uma ação intersetorial.

**Palavras-chave:** PSF; profissionais de saúde; práticas em saúde.

## ABSTRACT

Family Health Program – From Theory to Practice. PSF in Itapema/SC.

With the implementation of the Family Health Program (PSF) in 1994, all the national territory tries to become a system with the purpose to reorganize the actual assistance program which is most likely focussed on healing. Ten years after this implementation, the PSF, in several cities is a strategy that makes real the directives and doctrine principles of SUS presenting a new way of making health. Therefore in some cities like Itapema, the foccus of research, there are many obstacles that prevent efficient practica. The main goal for this paper is: Identifying advances and obstacles that influence the SUS performance in Itapema/SC based on the view of the professionals who abandoned the program at this place. The specific goals are: Comparing the government proposal for the PSF to the reality of the city researched; Identifying professional characteristics of the people who worked on the project in Itapema; Identifying the reasons why those professionals abandoned the program; Analysing the professionals understanding about health education. The research was done in Itapema/SC. The references were based on the “Ministério da Saúde” directives and it was a descriptive research with a qualitative approach. The subject of the study were seven graduated professionals with two years of experience in the PSF in Itapema who do not work for the PSF team anymore. The proposal by BARDIN was used to analyze the content of the interviews and to put into cathegories the subjet for study. There were seven cathegories so far: Academic Instruction, team work, activities plan, relationship with the city govern, PSF job, health education and reasons for the PSF leaving. Into the academic instructions there is anoher cathegory: professional abilities. And into Team work, there is city health agents. Into activities plan, there is house visiting. The human resources formation represents a problem for the consolidation and increase of SUS and PSF. The abilities are not according to the professional reality or with their lives while health workers. The professionals conceptions and practice are focussed on the disease, so they can not solve the basic needs. It's necessary to provide another instruments to the professionals based on health strenght, total assistance, individual care as part of a family, housing and community, increasing ways of solving basic attention, trade of services and professionals in order to provide an action between sectors.

**Word-key:** PSF; health professionals; practical in health.

## 1 INTRODUÇÃO

Meu objeto de pesquisa, inicialmente, baseava-se no entendimento das práticas de educação em saúde que não aconteciam nas equipes de saúde da família do município de Itapema/SC a partir da visão dos profissionais que saíram do Programa de Saúde da Família - PSF dessa cidade em estudo. Meus pressupostos eram de que o PSF, em dez anos de funcionamento no Brasil, já teria subsídios teóricos e práticos suficientes para uma análise das práticas de educação em saúde nas equipes de PSF já que esse é um dos objetivos desse Programa. Nesse contexto elegi como marco teórico Paulo Freire e Briceño-Leon por entendê-los como os principais autores na área de educação.

Mas, no decorrer da pesquisa, percebeu-se que falar de educação em saúde, no PSF de Itapema, ainda está só na teoria. Evidenciei, com o estudo, que vários fatores determinantes no trabalho em saúde nesse município impedem as práticas de atenção em saúde no geral.

Na descrição do percurso metodológico aprofundarei as mudanças que ocorreram nessa trajetória. Estas foram tão grandes que mudou o objetivo principal do meu trabalho que era estudar educação em saúde, como falei anteriormente.

A seguir faço uma breve síntese da minha pesquisa através da apresentação dos temas e pressupostos que foram estudados e aprofundados antes, durante e após análise dos resultados.

Antes de qualquer coisa, é necessário entender que a saúde pública no Brasil e na América Latina vem se reestruturando há várias décadas e, que cada vez mais tem-se dado ênfase à promoção da saúde. De acordo com a OPS (2000), durante muito tempo o termo “promoção da saúde” passou a ser utilizado para caracterizar só um nível de atenção da medicina preventiva, sendo que seu significado foi mudando e passou a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado e não só um nível de atenção. Com isso, podemos dizer que a promoção da saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros. (OPS, 2000).

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também na forma de se

estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Conforme enfatiza Chiesa e Veríssimo (2001), houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar as informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados a vivência das doenças e à sua prevenção.

No Brasil, destaca-se a vigência predominante, nos serviços de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as práticas (procedimentos técnicos) curativas e não educativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Franco (1998) afirma que o momento atual é marcado por uma crise do modelo da saúde pública no Brasil, e que essa teve uma construção histórica, a partir do desenvolvimento de uma crescente indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos, forçando a um modelo centrado na produção de procedimentos. Pode ser que esta idéia esteja presente no imaginário da população, entendendo como um atendimento satisfatório aquele centrado na prescrição, ou seja, exames e medicamentos como indicadores de um bom atendimento.

Ainda de acordo com Chiesa e Veríssimo (2001), este panorama revela que a assistência prestada nas instituições de saúde não tem incorporado um caráter educativo, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”. Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, a falta de cuidado e ao desleixo da população com a saúde, culpabilizando a vítima. Esse novo entendimento de promoção à saúde possui formas distintas de compreensão. A mais adotada, a saúde pública mais tradicional, ainda centra a promoção à saúde em mudanças de hábitos de comportamentos dos indivíduos, reduzindo o entendimento de estilos de vida a, no máximo, como um fator de responsabilidade das famílias. Há uma tendência nessa concepção de que a vítima seja considerada culpada pelas doenças que eventualmente adquira. (DA ROS, 2000).

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais de saúde e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens ao invés do diálogo. Campos (1997, p. 181) diz que “a relação profissional/cliente é concebida como um intercâmbio entre um sujeito potente – geralmente o médico – e um objeto suposto

de ser dócil, ativo apenas quando presta informações necessárias ao diagnóstico e de quem espera “servidão voluntária”.

Além disso, a formação acadêmica na graduação, segundo Maranhão (2002), tem-se baseado em currículos cuja formulação, através de “grades (prisões) curriculares”, caracteriza-se por excessiva rigidez, que advém, em grande parte, da fixação detalhada de conteúdos disciplinares. Essa situação resulta na diminuição da margem de liberdade das instituições de ensino superior para organizarem suas atividades de ensino e dos alunos de serem agentes ativos na sua formação.

Diante de todos esses fatores supracitados o trabalho em saúde parece não se fazer de forma efetiva. Mas todos esses discursos são constatações ou meramente divagações sobre o tema em questão? A população, quando procura a unidade de saúde, está à procura de ensinamentos? Os profissionais de saúde estão, realmente, deixando as universidades sem o preparo necessário para atuar em saúde? Entendida como um conjunto de valores e princípios de ética, equidade e justiça social aliada a conhecimentos técnicos e científicos multidisciplinares para promoção da saúde. E, ainda, os profissionais que atuam na atenção primária em saúde estão recebendo condições adequadas de trabalho?

Com a implantação do Programa de saúde da Família (PSF), no ano de 1994, em todo o território brasileiro, o SUS (Sistema Único de Saúde) tenta se efetivar como um sistema que pode mudar o modelo assistencial vigente, predominantemente curativo, através da necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a prática educativa em saúde. Esse programa que, na verdade, se trata de uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação intersetorial.

Decorridos dez anos de sua implantação, o PSF, em muitos municípios, se mostra uma estratégia que consolida as diretrizes e princípios doutrinários do SUS mostrando uma nova forma de fazer saúde, mas em outras cidades, como o município em estudo, existem obstáculos que impedem a concretização das práticas do PSF, fazendo, muitas vezes, com que os profissionais que ali atuam abandonem o referido programa. Em Itapema, percebia-se que a evasão de trabalhadores de

nível superior das equipes de Saúde da Família era muito grande. O meu estudo, no primeiro momento, iria ser realizado com os profissionais que atuavam e os que haviam saído do PSF, mas a questão da saída excessiva desses trabalhadores me fez refletir que a pesquisa teria um aprofundamento melhor se feito somente com aqueles que haviam saído das equipes de Saúde da Família do município em estudo.

Por ter atuado como enfermeira de uma equipe do Programa Saúde da Família no município de Itapema/SC, me deparo, várias vezes, pensando acerca dessas questões e a partir destas formulei o meu problema de pesquisa: *Quais os entraves ou lacunas no processo do Programa de Saúde da Família referente as suas práticas em saúde?* Defino também meus pressupostos de trabalho: A de que, realmente, as questões descritas anteriormente: modelo biomédico na atenção à saúde; formação acadêmica fragmentada e sem conexão com a realidade da sociedade, entre outras, influenciaram e ainda influenciam no distanciamento de uma prática emancipatória na saúde, onde, todas as pessoas, têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde e que existem aspectos a serem destacados/elucidados.

Educação em saúde foi o recorte do PSF que não deu certo mas mostrou, de qualquer forma, o quanto esse programa não acontece no município estudado. Nesse processo, não me propus a analisar todas as diretrizes preconizadas para esse programa, mas sim, a partir da discussão da educação, possível de ser feita e que não foi, analisar os porquês da não concretização do PSF.

Dessa forma, essa pesquisa visa oportunizar uma reflexão sobre as práticas em saúde pública, principalmente na atenção primária em saúde, definido no projeto pelo Programa de Saúde da Família no município de Itapema/SC, através de profissionais de nível superior que não fazem mais parte das equipes de saúde da família do município, práticas essas que devem ser realizadas, como a teoria define, através de diretrizes do Ministério da Saúde definidas para este Programa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar avanços e obstáculos que influenciam no desempenho do Programa de Saúde da Família – PSF de Itapema/SC, a partir da visão dos profissionais que abandonaram o programa, nesse município.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar a proposta ministerial para o PSF (teoria) com a realidade do município em estudo (prática).
- Identificar características da formação dos profissionais de nível superior que atuaram no PSF de Itapema.
- Identificar os motivos que levaram esses profissionais a deixarem o PSF de Itapema.
- Analisar o que os profissionais do estudo entendem por educação em saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Conforme os autores Oliveira e Aragão (2001) o século XIX é identificado como marco na formação dos profissionais de saúde, por representar um período de intensa transformação social, desencadeada, especialmente, pela Revolução Industrial. Já nessa época, a ideologia dominante era fundamentada no modo de produção capitalista, com as atividades humanas submetidas às necessidades do lucro. A ciência passava a privilegiar o desenvolvimento tecnológico, que, por sua vez, servia aos propósitos imediatistas da sociedade burguesa, altamente consumista. O caráter de subordinação da ciência aos interesses do capital disseminou-se por todas as disciplinas, obrigando-as a radicais modificações de seus conteúdos e práticas.

A valorização da ciência, atrelada à tecnologia, tem seu surgimento a partir da consolidação dos ideários positivistas, quando a preponderância da técnica, tendo como pano de fundo o capitalismo, foi capaz de desencadear profundos processos de mudanças na sociedade e nos projetos educacionais.

Oliveira e Aragão (2001) falam ainda que um verdadeiro exemplo de impregnação do modelo positivista nas práticas de assistência à saúde foi a efetivação do modelo flexneriano, iniciado nos Estados Unidos com a Reforma Flexner, a partir de 1910, quando houve a divisão em departamentos do ensino médico, separando o ciclo básico do profissional, sendo então criado o Hospital de Ensino ou Universitário, com a intenção de modernizar a prática médica, através de um ensino que incorporasse avanços tecnológicos emergentes à época. Cabe ressaltar que esse modelo de ensino foi adotado na formação de todos os profissionais da área da saúde, extrapolando o campo da medicina, para o qual foi pensado inicialmente.

Na década de 40, quando muitas foram às transformações no ensino, a América do Norte lançou para o mundo um tipo de currículo médico que passou a servir de modelo para transmissão mais eficaz dos conhecimentos médicos. Esse modelo passou a ser chamado de flexneriano e tinha como base a ciência e uma abordagem biocêntrica dos problemas de saúde. A formação médica é, portanto, de

caráter cientificista e pragmática, implicando postura "fria", "neutra" e "objetiva", atributos reconhecidos da ciência positivista. É nesse cenário que o sistema educacional tem a sua lógica. Nele, o processo ensinar-aprender assume uma dimensão não apenas ética, mas também política. (OLIVEIRA; ARAGÃO, 2001).

Oliveira e Aragão (2001) ainda dizem que as críticas e sugestões evidenciadas no relatório estavam de acordo com o modelo cartesiano-newtoniano e também com a ideologia das corporações capitalistas, sendo seu objetivo fixar diretrizes para o ensino de medicina nos EUA e Canadá. O relatório em referência consubstanciava a defesa dos seguintes itens: um currículo mínimo de quatro anos de estudos científicos, com sólida formação em ciências básicas (anatomia, bacteriologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia, histoembriologia, microbiologia e patologia); valorização da aprendizagem no campo hospitalar, com professores especialistas, filiação das escolas médicas à universidade, e incorporação da pesquisa nos programas de ensino.

Acredita-se que a tentativa de modernização das práticas médicas, pela implantação do ensino que incorporava os avanços tecnológicos da época, tenha trazido, de um lado, grandes benefícios para o desenvolvimento da técnica no campo da assistência médica, mas, por outro, trouxe inadequada compreensão do processo saúde-doença, que passou a ser visto exclusivamente em sua dimensão biológica, com intervenções limitadas a apenas essa dimensão. Pode-se afirmar que, em termos gerais, a produção do conhecimento, nesse período, esteve subordinada ao capital e à sociedade do lucro. Nesse caso, prevaleceu uma imposição quanto à formação dos profissionais de saúde, que deveria estar em consonância com o mercado de trabalho; na verdade, é da competência desse mercado traçar o perfil desses profissionais, não raro evidenciando incoerências acerca do seu saber-fazer e dos resultados do seu trabalho.

O que se tem observado é a mercantilização da saúde, que passa a ter um valor e lucro no mercado capitalista. Dessa forma, a sociedade foi incorporando as formas de assistência à saúde, predominantemente hospitalocêntrica, individual e com alta tecnologia (OLIVEIRA e ARAGÃO, 2001).

A essência do modelo flexneriano está concentrada nos aspectos curativos, face à valorização que confere ao diagnóstico e à terapêutica, bem assim, no plano do conhecimento, por prestigiar o processo fisiopatológico, em detrimento da sua determinação. À medida que esse conhecimento for preponderante, ele consegue

impregnar a prática em todos os seus níveis. Este modelo é coerente com o conceito de saúde, como ausência de doença, e constitui uma base que permite sustentar a prática da assistência médica nos dias atuais.

No ano de 1918, a Fundação Universidade John Hopkin's acreditava que saúde pública só poderia ser dada em nível de pós-graduação e formaram um curso de especialização onde dois médicos professores brasileiros da Universidade de São Paulo – USP foram alunos. Após o curso, de volta ao Brasil, conseguem recursos através da Fundação Rockefeller e fundam a Faculdade de Higiene e Saúde Pública em São Paulo e este era separado dos demais cursos (medicina, enfermagem, etc.).

A saúde volta a ser evidência na década de 60. No ano de 1963, o modelo de atenção era voltado para a doença baseado nos Institutos de Assistência e Previdência – IAP's, que foram expropriados em 1964, devido ao golpe militar que ocorreu nesse ano, sendo esses institutos incorporados a uma entidade única governamental, o INPS. O Ministério da Saúde tinha 8% da renda do governo federal para saúde preventiva e realizava desde perfuração de poços, confecção de fossas, operações mata-mosquitos, bem como tinha centros de saúde para atender as grandes endemias: de hanseníase, tuberculose, verminose. Caiava casas para a prevenção de Doenças de Chagas. (DA ROS, 2004).

Entre os anos 1970 e 80, já existiam 56 faculdades de medicina no Brasil. Em dez anos, de 1963 a 1973, surgiram 30 cursos novos e, para existirem era necessário seguir o modelo flexneriano, pois recebiam financiamento para funcionar. Nessa época, o MS, em relação a saúde preventiva, de 8% de financiamento que tinha caiu para 0,8%. (DA ROS, 2000)

No ano de 1975, aconteceu a 5<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, onde é a primeira vez que se tenta criar um Sistema Nacional de Saúde, tema da mesma, que como consequência cria a Lei 6229, que estabelece que a Previdência Social compete a assistência individual e curativa, mas ela não sai do papel. (DA ROS, 2000)

Entre os anos de 1975 e 1976 ocorre a 6<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde onde o governo militar estava em crise.

A Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, associando-se a um programa governamental de integração de ações ministeriais, cria o PIASS – Programa de Interiorização e Assistência em Saúde, e esse é considerado modelo,

este acontece do ano de 1976 a 1979, na região Norte de Minas Gerais e Sul da Bahia, sendo desativado posteriormente. A UFMG muda o seu currículo de medicina e cria, também, um internato rural chamado projeto Montes Claros. (DA ROS, 2000).

A 7ª Conferência Nacional de Saúde acontece em 1980 onde houve a primeira tentativa de se racionalizar a saúde, é apresentada uma proposta chamada PREV-Saúde. Nela, os dois ministérios se fundiriam: o da Saúde e o da Previdência – e passaria a repassar recursos para os municípios. Esta proposta criava uma porta de entrada (os postos de saúde) com alta resolutividade; uma lista de medicamentos prioritários – básicos; e assalariava os profissionais de saúde. (DA ROS, 2004).

Em 1982 é criado o PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde, onde um município em cada estado recebe recursos dos dois ministérios para viabilizar saúde. Em 1983, com a avaliação positiva, passa a ser política ministerial e as Ações Integradas de Saúde – AIS passam a ser a política prioritária de ambos os ministérios. Considera-se que as AIS são a grande matriz do SUS. (DA ROS, 2004.).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde fala-se que saúde é um direito de todos e dever do Estado, lema este que virou lei. O SUS aparece nessa conferência, baseado num modelo de complexidade crescente e é criado o SUDS – Sistema Único de Descentralização da Saúde. Acontece no mesmo ano a Conferência Estadual de Saúde em Santa Catarina.

Conforme Da Ros (2004) em 1988 foi aprovado em lei que a medicina privada seria complementar ao SUS e não suplementar, isto é, faria parte do sistema. Começa a descentralização da saúde onde os recursos começam a ser descentralizados e os municípios passam a ter autonomia financeira. Fica ainda, criado um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como pressupostos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social.

### 3.2 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, ou seja, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde. O agente comunitário representava o “elo” entre a

comunidade e o serviço de saúde. Este agente, sendo uma pessoa da própria comunidade e, portanto identificado com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular. Na medida que o PACS se fortalecia nos municípios, demonstrando resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil e sendo bem avaliado pela própria população, estas contradições cresciam e passaram a pressionar as unidades básicas de saúde. Assim, foi expandindo-se a idéia de que o MS precisava ampliar os investimentos no sentido de dar retaguarda a este trabalho, uma vez que a idéia de “elo de ligação” não mostrava-se tão verdadeira, e que as unidades básicas de referência continuavam desestruturadas, sucateadas e sem vínculo nenhum com a população.

### 3.3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Na continuidade deste processo, o MS, lança, no início de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), valorizando os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, de estímulo à participação da comunidade, e de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, entre outros. O PSF surge com o objetivo de reorganizar a atenção básica do Sistema Único de saúde, tendo o aspecto marcante de agilizar, de forma efetiva, a descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população, que se manifestam como prioridades e refletem problemas concretos. (SOUZA, 2000).

A criação do PSF não pode ser entendida de forma descontextualizada. Naquele período, a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde estavam no foco do debate, como grande desafio para a implantação efetiva do SUS. Mas a partir de 1995, o PSF passou a ser incorporado pela Secretaria de Assistência à Saúde e iniciou uma trajetória importante para sair da condição “periférica” no MS e que o levou a ocupar hoje o espaço de prioridade, não somente do MS, mas configurando-se como um certo consenso entre os níveis estadual e municipal de gestão do sistema. Nesta trajetória, o PSF gerou a organização do Departamento de Atenção Básica – hoje vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde, que tem como missão o fortalecimento da atenção básica, tendo o PSF como seu eixo estruturante. (SOUZA, 2000).

O PSF surgiu, adotando a diretriz de vínculo, propondo a adscrição da clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta geralmente por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 4 a 10 agentes comunitários de saúde. Esta equipe então, passou a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde. (MS, 2001)

A criação do Programa Saúde da Família pelo MS caracteriza uma preocupação do Estado em voltar suas políticas públicas a este segmento da população, assim como o empenho de manter suas políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da vida familiar, havendo maior integração da equipe de saúde com a população. (MARCON; ELSEEN, 1999).

Este novo programa é de atenção à comunidade, uma vez que se propõe a assistir a “todos os homens” e ao “homem total”. Não o divide em curativo e preventivo. A ênfase é a promoção da saúde, por meio de ações educativas e a democratização do saber.

### 3.3.1 Diretrizes do MS para o PSF

Conforme a Portaria n 1.886/97 do Ministério da Saúde os aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família são os seguintes:

- Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.
- Programação e planejamento descentralizados.
- Adscrição de população/territorialização.
- Integralidade da assistência.
- Abordagem multiprofissional.
- Estímulo à ação intersetorial.
- Estímulo a participação e controle social.
- Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.
- Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.

Conforme essa mesma portaria a Unidade de Saúde da Família é assim configurada:

- Consiste em unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.
- Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.

Nesta mesma portaria são definidas as responsabilidades do município:

- Conduzir a implantação e a operacionalização do PSF como estratégia de reorientação das unidades básicas de saúde, no âmbito do sistema local de saúde.
- Inserir o PSF nas ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde.
- Inserir as unidades de saúde da família na programação físico financeira ambulatorial do município com definição de contrapartida de recursos municipais.
- Eleger áreas para implementação das unidades de saúde da família, priorizando aquelas onde a população está mais exposta aos riscos sociais, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que integram as equipes de saúde da família.
- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ou por outro instrumento de monitoramento, desde que alimente a base de dados do sistema preconizado ao programa pelo Ministério da Saúde.
- Utilizar os dados gerados pelo sistema de informação para definição de atividades prioritárias no processo de programação e planejamento das ações locais.
- Apresentar sistematicamente a análise dos dados do sistema de informação e de outros mecanismos e/ou instrumentos de avaliação aos

conselhos locais e municipais de saúde.

- Garantir a infra-estrutura e os insumos necessários para resolutividade das unidades de saúde da família.
- Garantir a inserção das unidades de saúde da família na rede de serviços de saúde, garantindo referência e contra-referência aos serviços de apoio diagnóstico, especialidades ambulatoriais, urgências/emergências e internação hospitalar.

### 3.4 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os futuros profissionais de saúde estão sendo bem preparados? A OPS (2000) diz que não, afirmando que esses profissionais de saúde pública, incluindo os mestres das escolas, não se encontram preparados para a defesa da saúde, reafirmando valores e princípios de ética, equidade, solidariedade e justiça social, nem metodológica e pedagogicamente estão preparados os serviços e as escolas para esta nova e impostergável função. Maranhão (2002, p. ix) reforça essa afirmação dizendo que a crise da eficiência e eficácia da formação, exclusiva ou preponderante nos hospitais universitários, bem como a ausência de um perfil profissional contemporâneo adequado e baseado em competências, demonstram e reforçam a precária realidade médico-social e o esgotamento do modelo atual de saúde e de formação. Ainda diz que é fundamental contemplar de forma significativa, na formação, o modelo de promoção à saúde preconizado para o país, a atenção integral da saúde num sistema hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Do profissional espera-se a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social. A reforma curricular na área da saúde vem para transformar o ensino tradicional, arcaico e fora da realidade, em algo mais humano e condizente com as questões sociais existentes.

A perspectiva atual, seguindo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, é a de assegurar maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos alunos e, ainda, a necessidade de uma profunda revisão da tradição que burocratiza os cursos.

Conforme Maranhão (2002, p. xv):

O objetivo maior das diretrizes curriculares é levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender**, o que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**. Garantindo assim a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

Segundo Merhy, Silva e Carvalho (2003) na formação e capacitação de profissionais de saúde há, de modo geral, ênfase na aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e agravos. Isso gera uma lacuna de formação no campo relacional, transferindo à sensibilidade e habilidade de cada profissional a possibilidade de um bom desempenho profissional. Os membros da equipe, mesmo com vivências, conhecimentos e dificuldades diferentes, constroem no cotidiano de suas práticas seus momentos de reflexão, incorporando ou compreendendo melhor outras práticas de saúde.

### 3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ÁREA DA SAÚDE

Conforme Ribeiro e Mota (2003) a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Desde uma perspectiva pedagógica, a EPS se situa no contexto de uma “virada” no pensamento da educação profissional, na qual o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem. Ao tomar como objeto de transformação e de investigação o processo de trabalho, a EPS não procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Hoje é consenso que o conhecimento tornou-se fator principal da produção. O aprender a aprender torna-se uma competência fundamental para a inserção numa dinâmica social que se reestrutura continuamente. A perspectiva do processo

educacional é, então, desenvolver meios para uma aprendizagem permanente, que permita uma formação continuada, tendo em vista a construção da cidadania.

Ao pensar os processos educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a educação permanente circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma com que se concebe a educação para este trabalho.

A proposta de educação permanente em saúde reflete um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde, a educação de adultos e a educação profissional, campos que também permeiam o debate e a prática sobre a formação de recursos humanos.

### 3.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O processo saúde-doença constitui um fenômeno complexo, com determinantes de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica. As ações que o tomam como objeto, embora possuam características técnicas evidentes, têm-se organizado, historicamente, como práticas sociais, que podem ou não guardar relação com as necessidades de saúde ou mesmo com as necessidades dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, a temática avaliação ganha relevância, de um lado associada à possibilidade e à necessidade de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e de outro pelas dificuldades encontradas. Por essas mesmas práticas de alterarem indicadores de morbi-mortalidade.

Conforme Peixoto (2001):

O processo de construção e consolidação do SUS impõe o desenvolvimento de novos métodos de controle e avaliação que considerem, de um lado, o compromisso prévio com o resgate do interesse público e social e, de outro, a mudança da lógica atual. É fundamental que se busque a mudança enfocando as necessidades da população e que se utilize a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, desenvolvendo instrumentos de avaliação da qualidade das ações, de seus resultados e de seu impacto sobre as condições de saúde da população.

Assim, os projetos de reorganização das práticas de saúde necessitam da definição de estratégias e instrumentos para avaliação, sintonizados com as

perspectivas de mudança do modelo de atenção que transcendam os mecanismos de controle e de aferição do atendimento à demanda espontânea (centrada no cuidado individual) ou à revisão de faturas, entre outros.

A elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorar os processos de reorganização das práticas de saúde, suas relações com as necessidades da clientela, bem como os possíveis impactos ocorridos no nível de saúde das populações são requisitos para a consolidação do PSF e, conseqüentemente, do SUS.

### 3.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A prática de educação em saúde não é recente. Segundo Rosen (apud DA ROS, 2000) desde a antiga Roma, existe a noção de que educar em saúde (praticar a higiene) é uma forma de garantir mudança de comportamentos para que as pessoas não adoeçam. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias, o enfoque era a informação em saúde para provocar mudanças na realidade social onde, conforme cita Da Ros (2000) na sua tese de doutorado, ao identificar estilos de pensamento distintos na saúde pública: o educador é o conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento em uma população objeto do planejamento em saúde dos técnicos, definida então como educação sanitária.

Hoje o termo educação sanitária não é mais utilizado sendo substituído por educação em saúde, já que educar em saúde, de acordo com Silva e Bordin (1996), é dar autonomia aos sujeitos, a partir de uma ação consciente do mundo e assim podendo intervir no processo saúde-doença.

Assim, a educação vem sendo considerada, teoricamente, um elemento central na elaboração e execução dos programas institucionais prestadores de assistência à saúde.

A educação em saúde, ligada tanto ao discurso desenvolvimentista quanto ao revolucionário, é considerada um instrumento de transformação social. Entretanto, ao analisar as definições de educação e de transformação social que acompanham tais discursos, podemos perceber que elas diferem segundo concepções de mundo

e de homem que norteiam suas propostas, desde a formulação das políticas assistenciais até a prática profissional cotidiana.

Assim, podemos encontrar na literatura diferentes propostas de trabalho educativo, como aquelas que apontam para uma atuação profissional mais técnica e formal até outras que defendem a necessidade do engajamento político a algum processo de transformação social. A direção dada ao trabalho profissional, de acordo com essas propostas, dependerá, em primeira instância, do referencial teórico que o sustenta, isto é, das concepções que lhe servem de alicerce e direção. Por outro lado, a prática educativa realizada depende das condições objetivas nas quais ela se dá, da finalidade maior que a guia bem como da qualidade do envolvimento das pessoas cujo processo são sujeitos, tanto profissionais quanto clientes.

A educação em saúde visa promoção a saúde que, conforme a OPS (2000) representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, propõe a articulação de conhecimentos técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o seu enfrentamento e resolução. Sendo assim, a promoção da saúde configura-se como instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde, necessitando, portanto utilizar componentes educativos em seus programas e atividades.

Como Carr (apud GUESTA, 1999, p.123) afirma:

[...] a prática educativa se interpreta sempre como “problemática”, não simplesmente no sentido de que dá origem a problemas práticos aos que podem aplicar soluções teóricas, mas no sentido dos objetivos a que serve, às relações sociais que cria, à forma de vida social que contribui a sustentar, podem reconsiderar criticamente em termos da maneira em que ajudam ou obstaculizam o progresso e as mudanças educativas genuínas.

Um aspecto importante a ser destacado é a desvalorização, pelos profissionais, dos momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, com a utilização de equipamentos com alta tecnologia. Franco (1998) afirma que o efeito devastador desta política é sentido hoje a partir da pintura criada nos serviços de saúde de que a sua resolutividade é diretamente proporcional à incorporação de máquinas, equipamentos e fármacos de última geração, o que está diretamente ligado à formação dos recursos humanos em saúde.

Segundo Rosen (1994, p. 308):

A educação em saúde é hoje uma das mais importantes expressões da teoria moderna da ação em saúde comunitária. Seu valor aumentará ainda mais, sem dúvida, quando se souber mais sobre a natureza humana e sua capacidade de mudar.

### 3.7.1 Comunicação na educação em saúde

De acordo com Chiesa e Veríssimo (2001) alguns trabalhos realizados junto à clientela atendida nos serviços públicos de saúde, constataram a enorme lacuna de informações da população atendida, acerca de seu processo patológico, das alternativas terapêuticas que haviam sido colocadas e também sobre as perspectivas futuras em função do agravo vivenciado. Nesse processo destaca-se a comunicação como importante meio de veiculação do processo educativo, constituindo-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

Com o objetivo de assegurar a manutenção dos valores e das condições estruturais da sociedade atual, o processo educativo implementado nas diferentes instituições assistenciais de saúde, tem servido basicamente para preparar os indivíduos para adaptarem-se à ordem socialmente imposta. Os conceitos conservadores (como verdades absolutas, porque “científicas”) e seus métodos autoritários têm conseguido reforçar o poder de tutela socialmente constituído.

Silva (1998, p. 20) diz que:

Cada vez mais entende-se que existe necessidade de compreensão mútua nos jeitos de ser e de fazer as coisas, que existe uma interdependência necessária para que os processos funcionem ou aconteçam, da necessidade de haver uma reciprocidade na forma de dar e receber. Existe a necessidade de interação entre individualidade e coletividade, precisamos voltar a entender que só temos um bom trabalho coletivo à medida que somos capazes de satisfazer necessidades pessoais, individuais e coletivas.

Desta maneira, educação em saúde entende-se como uma ação comunicativa, que permite a construção compartilhada do objeto de conhecimento.

O conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Segundo Chiesa e Veríssimo (2001, p. 3)

Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

[...] um caminho é só um caminho. Não é desrespeito a si ou aos outros abandoná-lo, se é isso que o coração nos diz. Devemos examinar cada caminho com muito cuidado e deliberação, tentar várias vezes, tantas quanto julgarmos necessárias. Então, perguntar para si mesmo: “Esse caminho tem coração?” Se tem, o caminho é bom, se não tem, o caminho não me serve. Um caminho, é só um caminho.

(Carlos Castaneda.)

### 4.1 CONTEXTO DO TRABALHO

Quando da construção do projeto de pesquisa a minha intenção era estudar os trabalhadores de saúde que atuavam e os que haviam saído de equipes do PSF do município em estudo, na sua prática de educação em saúde, mas percebeu-se que, no período de feitura do instrumento a maioria dos profissionais das ESF haviam pedido demissão. Surgiu, então, a necessidade de investigar essa evasão, sendo esse um dos objetivos específicos. Com o decorrer da pesquisa me deparei com indagações minhas acerca de uma educação em saúde que não tinha como ser avaliada simplesmente pelo fato que essa não existia, até mesmo porque o próprio PSF não existia.

Como ex-profissional de uma equipe de PSF do município em estudo, tinha uma vontade, a princípio, de saber porque a educação em saúde não acontecia, e na trajetória de construção da pesquisa, me deparei, várias vezes, pensando acerca desse assunto.

Na análise dos dados pude comprovar, então, que meus pressupostos de pesquisa: modelo biomédico na atenção à saúde; formação acadêmica fragmentada e sem conexão com a realidade da sociedade, grande evasão de profissionais das equipes de PSF realmente fazem que não existam práticas emancipatórias em saúde, conseqüentemente, não há educação em saúde.

Assim, meu trabalho de pesquisa tomou outra dimensão: a de que a realidade do PSF em muitos municípios ainda está longe de ser a preconizada pelo Ministério da Saúde e está funcionando, ainda, por um lado, no modelo biomédico, por outro num instrumento político -eleitoral para o gestor.

O trabalho transformou-se em uma avaliação dos fatores que levam alguns profissionais a abandonarem o PSF da cidade de Itapema como pode ser visto na minha apresentação dos resultados.

#### 4.1.1 Município do estudo

Cidade do litoral catarinense, distante 60 Km de Florianópolis, Itapema pertence a região do Vale do Itajaí, localizado em uma baía e cercado por ramificações da Serra do Mar, apresentando mais de 7 Km de orla marítima. Na fase de distrito, Itapema foi anexada ao município de Camboriú, no período de 1923 a 1925. Fruto da colonização açoriana do século XVIII, com a ampliação populacional ocorrida ao longo da primeira metade do século XX proporcionando as condições mínimas para que o município fosse criado, sendo fundado em 21 de fevereiro de 1962. Itapema, que no Censo de 1970 apresentava uma população de 3.492 habitantes, sofreu um espantoso crescimento urbano a partir da década de 1980, resultante da forte migração interna para a área, devido às perspectivas tanto de empregos como de investimentos.

De origens étnico-culturais e procedências diversas, de Santa Catarina e de outros estados da federação, estes novos moradores vieram basicamente do oeste e norte catarinense.

Segundo dados do IBGE 2000, Itapema apresenta uma população total de 25.857 habitantes, sendo que destes, 24.769 habitam em área urbana e apenas 1.088 em área rural.

Inicialmente cresceu de forma desordenada, na velocidade imposta pela iniciativa privada, representada pelas dezenas de imobiliárias e construtoras, sendo que o poder público municipal sequer delineava uma política de ocupação urbana.

#### 4.1.2 Programa Saúde da Família de Itapema

Em relação ao Programa Saúde da família (PSF), este foi implantado a partir de junho de 2000 no município, conjuntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a princípio com 4 (quatro) equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 8 agentes comunitários de saúde. Foram escolhidos os bairros periféricos para a

implantação das equipes iniciais: Morretes, Tabuleiro (que também compreende os bairros Sertão do Trombudo e Várzea), Sertãozinho (que também compreende os bairros Alto São Bento e Areal) e Ilhota (compreende o bairro Canto da Praia). No ano de 2000 foi implantada uma quinta unidade de saúde da família no bairro Meia Praia passando a um total de 5 equipes de Saúde da Família. No ano de 2001 mais 4 (quatro) equipes de Saúde da Família foram implantadas nos bairros Morretes, Meia Praia, Sertão do Trombudo e Centro.

As 9 (nove) equipes de Saúde da Família são a única referência de atendimento a população pois atendem toda a demanda das 7 unidades de saúde do município sendo que as especialidades se encontram na Unidade de Saúde Central. A forma de contratação dos profissionais é por cooperativa onde recebem por hora trabalhada, sem direitos trabalhistas, o que não condiz com o preconizado pelo Ministério da Saúde em relação ao PSF.

Alguns profissionais possuem capacitação em saúde da família sendo que esta foi ministrada pelo Pólo de Capacitação da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI no ano de 2002, mas a procura por melhores condições de trabalho fez com que a maioria destes deixassem Itapema entrando novos, principalmente médicos. A alta rotatividade de profissionais no PSF dificulta o bom andamento do trabalho em educação em saúde, pois não cria vínculo da comunidade com a equipe.

#### 4.1.3 Sujeitos do estudo

Foram escolhidos sete profissionais de saúde de nível superior, quatro enfermeiros e três médicos, que atuaram 2 (dois) anos ou mais em equipes de saúde da família no município em estudo, escolhidos de forma intencional. A escolha desses profissionais foi realizada pelo tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, por entender que esses permaneceram um período maior de tempo em uma Equipe de Saúde da Família em relação aos outros profissionais em Itapema/SC.

## 4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa com análise de conteúdo das entrevistas e categorização a priori dos sujeitos do estudo, tendo em vista a natureza do problema de investigação.

Para Leopardi (2001, p. 134) com a pesquisa qualitativa “tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos”.

A pesquisa qualitativa permite uma abordagem subjetiva, trabalha com mensagens, com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade para compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, que por sua vez, são depositários de crenças, valores, atitudes e hábitos.

Segundo Minayo (1994) “a pesquisa qualitativa se preocupa com nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes ou que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”.

Conforme Chizzotti (1998, p. 79), “A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”.

O conhecimento não se reduz a uma quantidade de dados isolados, o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

## 4.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizada entrevista semi-estruturada aberta, (Apêndice B), norteada por questões ligadas a formação acadêmica, educação em saúde e PSF, com o objetivo de obter junto aos sujeitos do estudo os seus posicionamentos sobre as questões supracitadas.

O instrumento da pesquisa construiu-se a partir dos objetivos formulados na investigação, de maneira que eles ficassem representados, na sua totalidade, ao longo da entrevista. Este foi testado previamente com um profissional de saúde que já atuou em uma equipe de PSF em outro município de Santa Catarina e hoje atua em outro programa no município de Itapema, a fim de que se tivesse certeza que estava de acordo com o proposto na pesquisa. O pré-teste se mostrou de grande valia, pois foi possível analisar o alto grau de subjetividade da entrevista, a importância das palavras e a riqueza de informações que elas possuem. Pela complexidade do tema em estudo, optou-se em informar ao entrevistado, uma semana antes da entrevista, as perguntas que seriam realizadas.

Quanto ao método de exploração do material pude comprovar que a utilização de codificação das categorias não era necessária, bastando apenas destacá-los, o que poderia ser feito diretamente nas entrevistas transcritas.

#### 4.4 COLETA DE DADOS E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

A entrevista constou de um roteiro semi-estruturado (Apêndice B) e foram realizadas conforme a disponibilidade de tempo e lugar dos sujeitos do estudo, durante os meses de novembro e dezembro de 2004. Os dados referentes à entrevista foram gravados em fita cassete e posteriormente transcritos para interpretação e análise.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se pela análise de conteúdo por essa se caracterizar, segundo Bardin (1977), um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para Bardin, esta análise não se restringe somente à mensagens faladas ou escritas, mas busca revelar os significados nos sinais, expressões, atitudes, espaço, tempo e outros elementos que participam no processo de comunicação. E refere ainda:

A análise de conteúdo não se limita a descrever o conteúdo das mensagens segundo procedimentos sistemáticos e objetivos. Além de descrever, a análise de conteúdos analisa significados contidos nas mensagens [...] o interesse não reside na descrição de conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados, relativamente a “outras coisas”. (BARDIN, 1977).

De acordo com a orientação do método, o levantamento dos dados e a conseqüente análise dos conteúdos foram organizadas da seguinte forma: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, procurou-se a leitura flutuante dos dados, através das observações do diário de campo e das transcrições das entrevistas. A leitura flutuante ajuda a tornar o conteúdo mais claro, mais compreensível. Esta leitura favoreceu um primeiro contato com as entrevistas a serem analisadas, permitindo conhecer os textos. Seu caráter flutuante fez com que, pouco a pouco, a leitura se tornasse mais precisa, em função dos objetivos estabelecidos, das teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação da técnica sobre outros materiais similares. As repetidas leituras sobre o documento a estudar (entrevistas) abriram a possibilidade de compreender as comunicações com uma visão mais ampla.

Na fase de exploração do material, foram realizadas novas leituras, assinalando-se as idéias importantes, em vistas à organização do material coletado destacando-se os temas, por recorte e agregação, que chamaram mais atenção: repetição, surpresa ou ausência, que logo após foram agrupados em categorias e subcategorias, baseadas na interpretação dos dados (categorização a priori).

Seguindo a temática supracitada, delimitou-se a técnica de análise de conteúdo como análise categorial temática. Para Bardin (1997), a análise por categoria é a técnica mais utilizada na prática, sendo a análise temática, ou investigação de temas, a possibilidade rápida e eficaz de categorização, podendo ser aplicado em discursos diretos e simples.

#### 4.6 CUIDADOS ÉTICOS

Quando trabalha-se com seres humanos, as questões éticas devem permear todas as etapas do estudo. Foram observadas todas as questões éticas constantes

na resolução número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas com seres humanos.

As entrevistas foram realizadas somente após contato prévio com os sujeitos do estudo, no sentido de esclarecer os objetivos das mesmas e para promoção de agendamento das entrevistas com determinação de hora e local e após obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), por escrito, de cada sujeito em colaborar no estudo, devidamente informado sobre os objetivos e os cuidados éticos de direitos humanos de participantes de pesquisa, seguindo os aspectos éticos no sentido de respeitar a liberdade de escolha em participar da pesquisa, dando-lhe o direito de desistir a qualquer momento; manter sigilo quanto à identidade dos participantes escolhendo um nome fictício para cada um; utilizar o conteúdo das informações coletadas de maneira sigilosa e não publicar informações coletadas que não forem do seu consentimento. O recurso da gravação foi autorizado pelos participantes.

Para manter o anonimato dos sujeitos do estudo, foram usados nomes fictícios de pássaros. A escolha por pássaros se deu pelo fato de considerar as pessoas seres livres, que fazem suas escolhas conforme suas necessidades, seus anseios e também suas afinidades, assim como certos pássaros. Lendo um livro de Richard Bach, Mensagens para sempre (2001), sobre seu personagem Fernão Capelo Gaivota, um trecho me chamou a atenção:

Ao amanhecer, havia cerca de mil pássaros escutando, tentando compreender Fernão Capelo.

Ele lhes falou de coisas muito simples: que está bem que uma gaivota voe, que a liberdade é a verdadeira essência de seu ser e que tudo aquilo que impeça essa liberdade deve ser evitado.

Começas a sentir o céu, no momento em que sentires a velocidade perfeita. E esta não é voar a mil quilômetros por hora, nem a um milhão, nem à velocidade da luz. Porque qualquer número já é um limite e a perfeição não tem limites. A velocidade perfeita é estar aqui.

[...] É estranho. As gaivotas que trocam a perfeição pelo gosto de viajar, lentamente não chegam a lugar algum. As que se esquecem de viajar para alcançar a perfeição, chegam a todos os lugares num piscar de olhos.

Os profissionais do PSF são pássaros, a meu ver, procurando um lugar seguro para ficarem. Como preconiza o MS, esses trabalhadores precisam criar vínculo com a comunidade onde atuam para desenvolver um bom trabalho e assim tentar alcançar a perfeição como as gaivotas de Fernão Capelo. (BACH, 2001).

## 5 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Através da interpretação das respostas dos entrevistados foi possível identificar 7 (sete) categorias, a priori, para analisar o conteúdo das falas: **formação acadêmica, trabalho em equipe, planejamento das atividades, relação com a gestão municipal, função do PSF, educação em saúde e motivos da saída do PSF**. Dentro da categoria **formação acadêmica** foi identificada uma subcategoria: *capacitação profissional* e na categoria **trabalho em equipe** foi identificada outra subcategoria: *agentes comunitários de saúde*. Ainda na categoria **planejamento das atividades** também uma subcategoria: *visita domiciliar*.

### 5.1 FORMAÇÃO ACADÊMICA

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho trazem novas exigências ao profissional da área da saúde, principalmente aquele que se insere em programas da saúde pública, como é o caso do PSF. Isso cria um debate no campo educacional, na formação desses profissionais que estão saindo para o mercado de trabalho. Nesse contexto, é necessária uma perspectiva de incorporação de novos requisitos indispensáveis ao trabalhador nessa nova conjuntura de saúde, depois da formação do Sistema Único de Saúde – SUS: capacidade de interpretar a lógica social, de realizar trabalho em equipe, de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando como agente de transformação social.

As universidades, tanto públicas quanto privadas, ainda possuem grades curriculares tradicionais, que mantêm uma formação fragmentada e desarticulada com a realidade social vigente, que não trazem o aluno para dentro da comunidade onde a própria faculdade está inserida:

[...] algumas professoras falavam em saúde pública, mas saí da faculdade com o pensamento de trabalhar em centro cirúrgico. Era o que eu queria, não era (trabalhar em) saúde pública. Naquela época (recém-formada) eu não gostava de saúde pública, eu aprendi a gostar trabalhando, não na faculdade.

(canarinho)

O debate sobre formação profissional se insere, num plano legal, no contexto definido pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Embora legalmente sustentado, há um extenso caminho a ser percorrido na definição de modelos de formação profissional pertinentes.

[...] alguns hospitais-escola formam médicos só para tratar pacientes dentro do hospital, o cara fica residente 2, 3 anos dentro do hospital, nunca atendeu um paciente no consultório e aí fica difícil, dá aquele impacto, por isso que tem médico que não consegue ir pro interior, vão pro interior e se dão mal porque ele nunca teve esse relacionamento médico-paciente do consultório, de conversar, de se relacionar [...] (rouxinol)

Gadotti (1995, p. 141) nos pergunta: Pode a universidade preparar esses novos profissionais para que assumam a tarefa de "formular uma concepção de mundo adequada aos interesses populares"? A atual organização universitária não proporciona por si mesma os meios para uma atuação efetiva junto à população. Por isso as iniciativas que visam unir os universitários aos setores populares são extremamente raras e, muitas vezes, são puramente movidas por motivos humanitários, religiosos ou assistencialistas, que não põem em questão, seguramente, o autoritarismo da instituição universitária.

E, ainda, segundo Maranhão (2002, p. xi), o ensino compartimentalizado em disciplinas tende a formar profissionais preparados para uma visão segmentada do paciente, bem como a ênfase nas doenças não os capacita para atuarem como promotores da saúde integral do ser humano.

O que se tem observado, não apenas no campo da educação, são vários modelos impostos aos países subdesenvolvidos, sem que estes atendam às verdadeiras necessidades locais. Esses são, com certeza, modelos incompatíveis com a realidade do país, provocadores, quase sempre, de profundos danos à população brasileira. Ao que se percebe, o conhecimento em saúde acompanhou a evolução da ciência e os principais paradigmas teóricos da produção do conhecimento, no mundo ocidental. Nesse processo de evolução da ciência, todas as profissões parecem ter recebido influências dos paradigmas dominantes, sendo de se ressaltar que essa passividade consagra de forma decisiva, o processo de trabalho de profissionais de todas as áreas, com especificidade os que atuam no campo da saúde (OLIVEIRA; ARAGÃO, 2001).

Assim, nos dias atuais já não pode haver perplexidade diante da crise de formação dos recursos humanos na saúde. Conforme Paim (1994, p. 53) seus determinantes – externos (interesses capitalistas-médico-industriais-medicamentos, equipamentos, descartáveis, etc., organização dos serviços de saúde, mercado de trabalho e política de saúde do Estado) e internos (desintegração básico-profissional, biológico-social, especialismo e domínio da ideologia da medicina liberal, conservadorismo docente, desarticulação ensino-serviço, etc.) já são identificados, tendo reconhecida a articulação dialética entre ambos.

Ainda Paim (1994, p. 53) nos diz:

O espaço de atuação que se delinea para os projetos de reforma na preparação de recursos humanos em saúde tende a limitar-se nas tentativas de articulação ensino-serviço, tendo os pobres como objeto (e não para o conjunto dos cidadãos como defendia a Reforma Sanitária), e na resistência contra o sucateamento das universidades e serviços de saúde públicos. Movimentos de reforma curricular, enquanto vias de conscientização e organização das forças institucionais comprometidas com a democratização da saúde e com a melhoria da qualificação do profissional médico, podem representar esforços positivos, ainda que restritos.

Conforme a cartilha do MS (2004), Aprender SUS, desde o início de 2003, a implementação da política de educação para o SUS vem construindo aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino. Com o Aprender SUS, o MS pretende dar mais um passo essencial na construção de relações de co-operação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior através de propostas estratégicas como: Adoção da integralidade como eixo da mudança na formação de graduação, ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde; trabalho articulado com o Ministério da Educação; desenvolvimento de linha adicional de financiamento aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e sistematização de experiências que mostrem ser possível produzir benefícios de curto prazo para a formação, para o exercício profissional e para os serviços de saúde.

O Aprender SUS é uma proposta necessária no sentido de, ainda na graduação, levar o entendimento do que é SUS na sua forma mais ampla aos estudantes dos cursos de graduação em saúde já que muitos destes não têm em suas grades curriculares disciplinas que falem em promoção, educação em saúde, muito menos trabalho popular em saúde, pois ainda se encontram dentro de uma

lógica: biologicista, hospitalocêntrica, unicausal, positivista, fragmentada, como se vê no discurso de alguns entrevistados.

Nesse sentido, o ministro de Estado da Educação, Tarso Genro, apresenta o anteprojeto de Lei – versão preliminar – Art. 32 de 06 de dezembro de 2004:

O Sistema Federal da Educação Superior será articulado com o Sistema Único de Saúde – SUS, de modo a garantir orientação intersetorial ao ensino e à prestação de serviços de saúde, mediante decisão compartilhada quanto às normas regulatórias aplicáveis, resguardados os âmbitos de competência do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

E ainda:

1º A criação de cursos de graduação em medicina, odontologia, psicologia, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e biomedicina, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

Isso demonstra que propostas de avanços estão ocorrendo na área de ensino da saúde e, que acontecendo, será um salto de qualidade no âmbito da formação profissional de trabalhadores de saúde.

#### 5.1.1 Capacitação profissional

No instrumento de pesquisa, o questionário, não havia uma pergunta referente à capacitação dos profissionais do PSF, mas um sujeito da pesquisa comentou e isto é um dos mecanismos preconizados pela metodologia qualitativa: o dado surpreendente. Em função disso é necessária uma reflexão teórica sobre o tema uma vez que não constava no referencial desse trabalho:

A quanto tempo não tem mais nenhum curso? Vai fazer um ano que saí do PSF e até então ninguém mais saiu para fazer nenhum curso, vai fazer dois anos e meio que teve uma capacitação do PSF da UNIVALI (Universidade do Vale do Itajaí) e mais nada. O profissional acaba ficando bitolado também. (gralha-azul)

De acordo com Maranhão (2002, p. xi),

A necessidade de capacitar o profissional para aprender a aprender e aprender fazendo deve permitir, ao longo da carreira/vida, uma educação permanente, com ênfase na auto-aprendizagem. A prática da profissão deve ser exercida sob bases científicas e evidências válidas. Mas, certamente com a percepção de que cada indivíduo possui característica própria, que exige uma conduta profissional-ético-humanística responsável. ao mesmo tempo, impõe-se o uso adequado de novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto às de ponta, para o diagnóstico e procedimentos.

Há uma necessidade, cada vez mais urgente, de se construir processos de educação permanente ou continuada, pois o conhecimento do novo sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção é fundamental, já que esses profissionais estão saindo das academias sem esse conhecimento. Isso gera conflitos no trabalho em saúde e deixa uma lacuna enorme entre o que o MS preconiza através das diretrizes e o que os profissionais da ESF realizam como práticas no seu dia-a-dia.

Leite e Pereira (1981, p. 127)

Dizem que uma instituição precisa de profissionais mais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. Nesse sentido, necessita não somente de um processo seletivo adequado, mas sim de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os na própria função e no contexto institucional.

Entendo que a atualização do conhecimento influencia diretamente no processo de prestação de cuidados, pois atualmente vivenciamos momentos de grandes mudanças e avanços crescentes no conhecimento que levam os profissionais a necessidade de buscar revisões e atualizações constantes, no sentido de exercer a profissão de forma que atenda as necessidades sociais para o qual o PSF esta diretamente relacionado.

No seu Guia prático do Programa de saúde da Família (2001, p. 84) o MS mostra como se deve realizar a educação permanente dos profissionais do PSF: “Após o treinamento introdutório, as equipes são inseridas em um processo de educação permanente, para possibilitar o desenvolvimento constante de suas competências como equipe generalista”.

As ESF devem estar preparadas para:

- Atuar nas áreas já definidas como estratégicas: controle da tuberculose, da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus, eliminação da hanseníase,

ações de saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.

- Prestar atenção integral e contínua a todos os membros das famílias da população adscrita à USF, em cada uma das fases de seu ciclo de vida.
- Ter consciência do compromisso de dar atenção integral também aos indivíduos saudáveis da comunidade.
- Participar do processo de planejamento das ações de saúde em sua área de abrangência, tendo por base o conhecimento da realidade social, econômica, cultural e o perfil epidemiológico da população, com enfoque estratégico.
- Ter capacidade de agir em sintonia com os demais integrantes da equipe, individualmente e em grupo, compreendendo o significado do trabalho em equipe, o seu papel e o sentido da complementaridade das ações no trabalho em saúde.

Entre as prioridades das ESF está o desenvolvimento de ações programáticas, de acordo com a fase do ciclo de vida das pessoas, sem perder de vista o seu contexto familiar e social, e garantindo uma abordagem integral da assistência à saúde.

Nesse sentido, em 2001, o MS instituiu os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, concebendo-os como espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciaram ou celebraram convênios com SES e/ou SMS para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família.

Constituem objetivos dos Pólos:

a) A curto prazo:

- Ofertar treinamento introdutório para ESF e cursos de atualização destinados às abordagens coletivas e clínica individual, objetivando a permanente melhoria da resolutividade das equipes de saúde da família.
- Apoiar o processo de acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes nas unidades de saúde da família.

b) A médio e longo prazos:

- Implantar programas de Educação Permanente destinados aos profissionais das ESF, utilizando cursos curtos presenciais, educação a distância ou modalidades associadas, valendo-se das atividades de interconsultas a especialistas, recursos audiovisuais, telemática e outros.
- Implantar cursos de especialização em saúde da família e outras formas de pós-graduação para médicos, enfermeiros, odontólogos e outros profissionais.
- Introduzir conteúdos referentes à estratégia de saúde da família e desenvolver iniciativas destinadas a promover inovações curriculares nos cursos de graduação da área de saúde.

Na região do Vale do Itajaí, da qual faz parte o município em estudo, o Pólo de Educação Permanente foi criado em 2003 e é vinculado a Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, na cidade de Itajaí/SC. Antes existia o Pólo de Capacitação para as Equipes de Saúde da Família, nessa mesma universidade, que realizou poucas capacitações com os profissionais do PSF no ano de 2002, não tendo continuidade nos anos seguintes.

## 5.2 TRABALHO EM EQUIPE

Segundo o mini dicionário da Língua Portuguesa Houaiss (2003), equipe significa: 1. grupo de pessoas que trabalham em conjunto. 2. time. Diferente de grupo que, conforme o mesmo dicionário diz: reunião de coisas ou pessoas num todo. Sendo assim, a diferenciação dos dois termos se dá pela questão do trabalho que só acontece em uma equipe.

Um grupo compartilha de um conjunto de normas, crenças, valores, e que implícita ou explicitamente mantém relações definidas, de tal forma que o comportamento de cada um traz conseqüências para as demais. Estas conseqüências refletem a capacidade de interação dos seus membros como fator fundamental para a definição de um grupo. Assim, um grupo converte-se em uma equipe quando os membros sentem-se seguros de si mesmos e do valor de sua contribuição.

O que se vê nos depoimentos dos sujeitos do estudo são demonstrações de trabalho em grupo ou, muitas vezes, trabalhos individuais, isolados:

O planejamento mensal, eu (enfermeira) e os auxiliares de enfermagem fazíamos, depois eu sentava com os ACS e passava para eles, uma vez no mês a gente sentava, a equipe toda sentava junto, o primeiro médico que a equipe teve trocava bastante idéias, conversava, os outros já não, não realizavam nada. (gralha-azul)

Em Itapema não existia trabalho em equipe, a gente tentava fazer o que dava... eu trabalhava no posto de saúde da Meia Praia (bairro), eram duas equipes de PSF, então eu sentava mais com a outra enfermeira e tentava fazer alguma coisa... (beija-flor)

A gente tentava, no máximo, trabalhar em equipe, mas algumas coisas não deixavam fazer funcionar, né? Mas a equipe de enfermagem e o médico a gente tentava sempre fazer até aonde a gente conseguia [...] (canarinho)

Eu cumpria os dois turnos e o colega da outra área só cumpria um turno e isso gerou problemas, ela (chefia) queria que (no turno da) tarde eu desse cobertura pra minha área e a área dele, então não é possível, né? Eu não conseguia fazer meu serviço porque, na verdade, nós não éramos dois, nós éramos um e meio. (quero-quero)

Na verdade a equipe se resumia, no meu conhecimento, no médico e na enfermeira, essa era a equipe... eu até via circular pessoas no posto, às vezes eu estava falando com a enfermeira e chegavam avisando: "as tuas agentes estão aí, tão te esperando", me soava estranho aquilo, também não perguntava porque tinha que voltar pro consultório e atender, atender, e depois eu comecei a identificar que tinham um jalequinho amarelo, parecido com os entregadores do correio, eu não sabia que eram porque nunca me apresentaram ninguém, esse é outro princípio básico, eu acho, quando você tem um trabalho de equipe [...] (rouxinol)

Conforme o Guia prático do Programa Saúde da Família (MS, 2001), é importante que as ações tenham base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de desenvolver diferentes disciplinas para obter, assim, um melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

E ainda,

A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. (MS, 2001).

O trabalho do PSF não acontece se os profissionais não conseguem interagir no dia-a-dia de suas práticas. Nota-se que há uma diferenciação entre os membros da equipe onde os auxiliares de enfermagem e os ACS não fazem parte dessas equipes.

Como se vê, o conceito de trabalho em equipe é, predominantemente, no máximo, pluridisciplinar, ou seja, não há de fato objetivos comuns, há tão somente um trabalhar no mesmo espaço.

Borges (1999) complementa afirmando que o que ocorre na prática cotidiana dos serviços é que o trabalho da equipe de saúde torna-se inexistente, na medida em que, embora compartilhado o mesmo espaço físico, os profissionais atuam de forma isolada muitas vezes, perdendo-se a noção do que seria uma abordagem integral do paciente, o que não é possível se esta abordagem não inclui sua família e comunidade.

Desta forma, ao pleitear uma nova forma de relação entre os profissionais e a comunidade, o PSF lança um desafio que busca uma nova concepção de trabalho diferente do modelo biomédico tradicional, procurando construir um modelo de atenção à saúde democrático e consonante com as diretrizes básicas do SUS. Assim, este novo modelo de atenção estaria pautado na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade.

Acerca dessa realidade, Neto (2000, p. 9) afirma que:

[...] configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refugio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe, assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção a saúde.

### 5.2.1 Agentes Comunitários de Saúde – ACS

Desde 1991 o tema Agente Comunitário de Saúde tem feito parte do SUS como uma estratégia de saúde para melhorar as condições de vida da comunidade onde atua, sendo antecessora do PSF.

A grande especificidade do ACS, que o diferencia da equipe, é que ele vive e intervém no processo saúde-doença da comunidade num nível de interação próprio de quem participa de um mesmo universo simbólico, de uma mesma cultura. Assim, ele é o elemento central para fomentar movimentos sociais por melhores condições

de vida (moradia, transporte, educação, lazer, acesso a serviços de saúde), pelo sentido único de pertencer àquela comunidade.

Para o MS (2001, p. 78) “o agente comunitário de saúde é um trabalhador que integra a equipe de saúde local, prestando cuidados primários às famílias de sua comunidade, auxiliando as pessoas a cuidarem da própria saúde, através de ações individuais e coletivas”.

O agente comunitário é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce. O ACS funciona como elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que dá força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Portanto, elemento fundamental para a proposta desta dissertação: educação em saúde.

Decorridos dez anos após a implantação da primeira equipe de PSF no Brasil, parece que ainda há muito que refletir sobre o trabalho dessas equipes. Será que os profissionais do PSF atuam de forma conjunta com os ACS, em total harmonia?

Construí a subcategoria *agentes comunitários de saúde* através da fala dos entrevistados, pois não havia esse tema no meu questionário e alguns depoimentos são bastante interessantes:

[...] o ACS não era escolhido por nós, era politicamente contratado, isso dificultou muito o trabalho de educação em saúde. O enfermeiro dá palestra, orientação que os ACS precisam só que aquele que não entende o que ta fazendo ali, não gosta do que ta fazendo, ele não se enquadra só que continua lá porque foi politicamente contratado [...] (canarinho)

[...] os agentes foram colocados, em muitas situações, como cabos eleitorais para fazer política na saúde, é usar a saúde para fazer política e não fazer a política da saúde. (rouxinol)

[...] se tu for contra esses agentes a tua cabeça fica a perigo e isso é uma coisa muito séria que acontecia em Itapema [...] (canarinho)

[...] as agentes (ACS) trocavam bastante (muitas demissões e troca de área) devido as determinações administrativas, político-partidárias na Secretaria de Saúde [...] (quero-quero)

A falta de processo seletivo para os ACS, como também pros outros profissionais do PSF, é uma determinante para contratações de pessoas, muitas vezes, sem perfil para o trabalho em saúde. No caso dos ACS um agravante é a

pouca escolaridade exigida dos candidatos a uma vaga, no município em estudo é exigido o primeiro grau completo, conforme determinação do MS, e como não são profissionais de saúde não possuem cursos na área.

Muitos políticos usam como manobra de campanha a promessa de emprego a algumas pessoas e, geralmente, essa vaga é de agente comunitário. Esse começa a trabalhar, muitas vezes, sem saber o que deve fazer, quais suas atribuições enquanto trabalhador da saúde, não percebe a sua importância dentro de um contexto de promoção de saúde para a comunidade onde atua.

Segundo o Guia Prático do PSF do MS (2001) as atribuições específicas do ACS são:

- Realizar mapeamento de sua área.
- Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro.
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco.
- Identificar áreas de risco.
- **Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde**, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário.
- Realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básica.
- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.
- Estar sempre bem informado, e **informar aos demais membros da equipe**, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco.
- **Desenvolver ações de educação e vigilância da saúde**, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças.
- **Promover a educação** e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras.
- **Traduzir para a equipe de saúde da família a dinâmica social da comunidade**, suas necessidades, potencialidades e limites.
- Identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pelas equipes.

Como vemos não são poucas as atribuições dos ACS e se esses não tiverem uma boa orientação quando do início das atividades, o seu trabalho, certamente, será falho e sem impacto nenhum para a população. O que percebemos é que alguns profissionais do PSF também não conhecem as reais funções dos ACS, principalmente o profissional médico, pois, geralmente, cabe ao enfermeiro capacitá-los para o trabalho.

No PSF eu vejo que a vantagem de se ter uma equipe é que o médico não tem condições de estar sabendo, individualmente, cada paciente que ele viu, avaliou, mandou voltar, mas tem os “olhos” da comunidade que são os agentes que trazem essas informações [...] (rouxinol)

Nessa fala o profissional de saúde evidencia o trabalho do ACS como um complemento do seu, como um auxiliar que organiza e, conseqüentemente, facilita o seu serviço, mas como vimos anteriormente o trabalho do ACS é muito amplo e complexo para ser qualificado somente como os “olhos” da comunidade, será que isso não desqualifica o trabalho do ACS?

Outro fator que, me parece, o mais sério, é o não conhecimento do profissional ACS, como citado a seguir:

Na verdade a equipe se resumia, no meu conhecimento, no médico e na enfermeira, essa era a equipe... eu até via circular pessoas no posto, às vezes eu estava falando com a enfermeira e chegavam avisando: “as tuas agentes estão aí, tão te esperando”, me soava estranho aquilo, também não perguntava porque tinha que voltar pro consultório e atender, atender, e depois eu comecei a identificar que tinham um jalequinho amarelo, parecido com os entregadores do correio, eu não sabia que eram porque nunca me apresentaram ninguém, esse é outro princípio básico, eu acho, quando você tem um trabalho de equipe [...] (rouxinol)

Como pode profissionais trabalhar no mesmo ambiente e não se conhecerem? Isso mostra a falta de uma organização do serviço e do seguimento de um princípio básico do PSF que é o trabalho em equipe como foi discutido anteriormente.

Parece que o ACS, ainda, é um ser estranho dentro das equipes do PSF, sem acesso as informações e conhecimentos necessários a sua prática.

[...] você não pode bater de frente (com os ACS) porque, na verdade, o que é o agente de saúde? Ele é a comunidade, é povo, eles estão defendendo o povo deles e eu vejo isso na prática, eles falam a linguagem do povo...” (rouxinol)

O ACS, sendo da comunidade, tem uma vantagem que nenhum profissional da saúde possui: o real entendimento daquela comunidade, mas fazendo parte de uma equipe de PSF ele está dos dois lados e não somente do lado do povo como a fala mostra. Temos que entender que o agente tem, em qualquer contexto, a atribuição importante de provocador da vinculação, o que possibilita a criação dos laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços, as equipes e a população. Por tudo isso, podemos pensar no papel que os agentes terão no futuro, mas ainda é preciso trabalhar muito para superar os problemas com os quais ainda se convive no presente.

### 5.3 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES

O MS (2001, p. 73) preconiza que toda equipe de PSF planeje suas ações. Assim, para que o trabalho tenha efeito é preciso elaborar e avaliar planos de trabalho que produzam o impacto apropriado sobre as condições sanitárias da população, famílias e indivíduos da área abrangida pela USF. A partir do momento em que a equipe dispõe das informações referentes a sua área de abrangência, sendo possível elaborar um diagnóstico sanitário local, a programação das atividades deve ser realizada, num processo de discussão com a comunidade. Nesse intuito a equipe deve:

- Conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença do indivíduo, das famílias e da comunidade;
- Estabelecer prioridades entre problemas detectados e traçar estratégias para sua superação;
- Conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência;
- Garantir estoque regular de todos os insumos para as estratégias e funcionamento da USF.

[...] faltava planejar para fazer a ação...planejamento mesmo não tinha, era uma coisa de imediato. Claro que a gente montava, por exemplo: reunião de hipertensos e diabéticos, mas outro tipo de planejamento para avaliar problemas daquela população, a gente não fazia, a visão do todo a gente não teve [...] (canarinho)

[...] na verdade não existia planejamento, eu tentei com minha equipe organizar com os ACS, uma reunião por semana, toda sexta-feira, pra gente fazer trabalho... eu passava filmes pra elas (ACS) como devia ser um bom atendimento, qual era a função delas, mas tudo feito por mim, por minha própria vontade. (quero-quero)

A programação é o plano de trabalho da equipe, contendo suas atividades e as tarefas a serem desenvolvidas em um determinado período e incluindo os recursos necessários para se atingir os objetivos propostos.

A ESF necessita possuir uma programação própria, tendo em vista não só a necessidades de organização das atividades e tarefas a serem cumpridas, como também sua posterior avaliação. Essa programação possibilita ainda a racionalização dos recursos disponíveis.

Planejamento de todas as equipes, no tempo que trabalhei lá, nunca teve, a gente planejava assim: eu trabalhava no posto de saúde da (do bairro) Meia Praia, eram duas equipes de PSF, então eu sentava mais com a outra enfermeira e tentava fazer alguma coisa...cada PSF fazia o que dava pra fazer. (beija-flor)

Dentro das limitações a gente conseguia planejar alguns programas, não vou dizer que a gente conseguiu fazer o que o programa (PSF) preconizava porque não tivemos apoio de quem precisava, que seria da parte gerencial da secretaria (de saúde), então a gente tinha que se virar como dava. (gralha-azul)

A gente não conseguia ver acontecer, de a gente conseguir atingir um objetivo de alguma coisa que foi previamente planejada não teve, não tava acontecendo [...] (curió)

Nos depoimentos vemos a total falta de um planejamento para desenvolvimento das atividades nas equipes estudadas.

O dinamismo do processo de planejamento faz com que ele acompanhe as mudanças existentes na comunidade, sendo possível, dessa forma, readequar, sempre que necessário, as atividades da ESF às reais necessidades locais.

A programação deve estar sob permanente avaliação, devendo nela ser observados os resultados obtidos frente às ações desenvolvidas, com base nos objetivos e nas metas previamente estabelecidos.

É importante ressaltar que a comunidade é extremamente dinâmica em seu processo de desenvolvimento e uma equipe de saúde da família precisa, assim, manter-se tão dinâmica quanto ela.

### 5.3.1 Visita domiciliar

Segundo o Manual de Enfermagem do MS (2001) a visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde.

Na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das visitas e dos atendimentos domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam junto ao programa. Fazer uso dessas tecnologias de assistência, de forma a operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de desgaste para a saúde e a doença.

No ano de 2003 eu fiz uma só visita domiciliar, e assim mesmo porque era um paciente que tinha chegado de uma cirurgia cardíaca de Curitiba.”  
(rouxinol)

[...] todas as visitas (domiciliares) que fiz foi no meu carro [...] (sabiá)

[...] até uma simples visita domiciliar a gente não conseguia fazer, se a chefe achava que não precisava fazer ela dizia que não e ninguém ia [...].  
(canarinho)

Nos depoimentos acima vemos que a visita domiciliar nas equipes de PSF de Itapema é uma tarefa difícil de ser executada.

As visitas domiciliares, segundo Franco e Merhy (1999), não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário. As visitas domiciliares são próprias da missão das unidades de saúde e devem ser consideradas um expediente rotineiro em serviços assistenciais.

E ainda conforme o MS (2001), entende-se que a visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-

doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção de saúde da coletividade.

Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a visita domiciliar é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde.

Portanto, uma proposta de educação sob outro ponto de vista, o da visita, também não ocorre.

Existem alguns pressupostos que orientam a visita domiciliar:

- Nem toda a ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD.
- A sua execução pressupõe o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada.
- A realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- A relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios de participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença. (MS, 2001).

Scliar (2001, p. 69) narra, em seu livro de contos: “A Face Oculta: Inusitadas e reveladoras histórias da medicina”, a história de um médico retratado em um quadro famoso por um pintor chamado Sir Luke Fields, do século 19, exposto na Tate Gallery, em Londres, e reproduzido muitas vezes em publicações médicas:

O quadro mostra o interior de uma humilde casa. No primeiro plano, deitada, está uma criança, evidentemente enferma. Ao fundo, os pais, que são a imagem mesma do sofrimento resignado. Uma lamparina está acesa, iluminando a cena, mas por uma janela entreaberta, vemos que a madrugada começa a raiar. Finalmente, sentado junto à menina, está o personagem principal de Fields, o médico – que, obviamente, passou ali toda a noite. Com o queixo apoiado na mão, ele sonda o rosto da pequena paciente, em busca de sinais de melhora.

Sob muitos aspectos esta cena poderia ser rotulada como um anacronismo. Afinal, o médico ficou em vigília junto à pequena paciente porque não tinha outra coisa a fazer. À época, eram raras as situações em que a medicina curava enfermidades. Isso só mudou em meados do século XX, quando os

antibióticos vieram revolucionar a terapêutica. O médico de Luke Fields está ali inerte, sem recursos para enfrentar a doença. Mas a verdade é que ele está ali. E isso é o que faz dele um médico. Porque curar não é só liquidar micróbios ou corrigir distúrbios metabólicos. A palavra “curar” vem de um termo latino que quer dizer “cuidar”. E é exatamente o que o velho doutor de Fields faz: ele cuida da paciente, cuida da família.

Ainda, para Moacyr Scliar (2001), paradoxalmente, foi o progresso da ciência médica que trouxe de volta esta figura. A Superespecialização vista como necessária resposta ao acúmulo de conhecimentos e de técnicas, falha num ponto: quando se trata de organizar a assistência à saúde da comunidade. Nesta, o generalista desempenha um papel essencial: não apenas resolve a maior parte dos problemas (que são, na verdade, relativamente simples) como encaminha adequadamente os casos que não pode resolver.

E a família é a unidade básica para este médico. Ainda que a família esteja em crise, como se tem repetidamente anunciado, todas as estruturas sociais que a substituem, desde os grupos hippies até as uniões gays, acabam funcionando como uma célula familiar.

Atuar nesta célula é hoje uma especialidade médica, que exige conhecimentos de antropologia, de sociologia, de psicologia social. O moderno médico da família, sendo um generalista, é também um especialista. Mas ele é, sobretudo, o médico retratado por Luke Fields, que volta do passado para dizer que medicina, ao fim e ao cabo, é a arte e a ciência de cuidar da humanidade.

#### 5.4 RELAÇÃO COM A GESTÃO MUNICIPAL

Segundo Mendes (1996, p. 253) “as práticas sanitárias têm implicação operativa na forma como as cidades são governadas, do ponto de vista da saúde”.

Assim, na prática da atenção médica, certamente que o papel do Estado municipal é maximizar a oferta de serviços médicos, e ele o fará por meio de uma agência singular, normalmente uma secretaria municipal de saúde.

Com o surgimento do PSF, ainda mais os municípios necessitam analisar sua estrutura administrativa, funcional, para se adaptar as transformações que essa estratégia proporciona.

Nas entrevistas o que mais pôde-se perceber é a falta de contato dos gestores com os profissionais do PSF:

Nós tínhamos pouco contato, eles (gestores) não se interessavam por nada, na verdade eu os vi poucas vezes porque eles não se comunicavam com a gente [...] (sabiá)

“Nunca tivemos reunião com o secretário de saúde, ele nunca se interessou em debater nenhum programa [...] (sabiá)

Conforme o Guia Prático do PSF do MS (2001) compete às secretarias Municipais de Saúde:

- Executar e gerenciar o PSF visando à organização da atenção básica em saúde.
- Inserir a estratégia de saúde da família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde.
- Organizar fluxo de usuários, garantindo as referências de primeiro nível definidas na NOAS/2001.
- **Garantir infra-estrutura necessária** ao funcionamento das USFs, dotando-as de recursos materiais e equipamentos suficientes **para o conjunto de ações propostas.**
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais.
- Assegurar o cumprimento de horário integral das equipes atuantes no PSF.
- Alimentar o banco de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema municipal de saúde.
- Consolidar e analisar os dados de interesse do município gerados pelo sistema de informação e divulgar os resultados obtidos.
- Acompanhar e avaliar o trabalho das ESF, divulgando as informações e os indicadores alcançados pelo programa.
- Estimular e viabilizar a capacitação dos profissionais das equipes.
- Identificar e viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento do programa no âmbito do município.

O município, quando envia o projeto para adesão ao programa saúde da família e depois quando este é aprovado pelo MS tem plena consciência dos seus deveres enquanto gestor de saúde como vemos nas atribuições supracitadas, o que

acontece é a falta de responsabilidade desses gestores com o programa usando-o, muitas vezes, como máquina eleitoreira, como fica claro no depoimento a seguir:

[...] com a gestão municipal eu falei várias vezes tentando, dando dicas de como melhorar, várias vezes, quase todos os meses, ia falar com a secretária (de saúde) e era uma pessoa que não era da área da saúde, que o plano dela era se candidatar vereadora, que aconteceu e ela ganhou a eleição, então usava a secretaria (de saúde) de “trampolim” pra conseguir votos... e não dava a mínima pro programa (PSF) [...] (quero-quero)

Além do uso do programa para benefícios políticos, os gestores não davam atenção suficiente aos profissionais, deixando-os trabalhando sem apoio, sem conhecimento da realidade desses trabalhadores, como fica explicito nesses depoimentos:

Eu não concordava com muitos aspectos principalmente porque tinha muita dificuldade no trabalho, muita desorganização, falta de sensibilidade com o servidor, não davam apoio nenhum ao nosso trabalho, falta de incentivo, então isso fazia com que o nosso trabalho não fosse pra frente (beija-flor)

Com o Prefeito eu fui no gabinete dele uma vez, falei com ele sobre salário atrasado, ele disse que não sabia que o salário estava atrasado...mas todo o tempo que trabalhei lá eu nunca recebi em dia [...] (quero-quero)

[...] em Itapema a situação chegou a tal ponto que, já que a secretária (de saúde) não resolvia, eu ia no Prefeito, aí uma pessoa que já trabalhava na rede (de saúde) a mais tempo me aconselhou dizendo: “Eu conheço o Prefeito, se o senhor for lá pra fazer isso, o senhor tá despedido” – “mas peraí, será que o Prefeito não vai me ouvir? Eu quero melhorar o atendimento da comunidade, mudar isso, isso e isso – “Mas isso não interessa, se o senhor for lá fazer esse tipo de reclamação, vai pra rua.” Aí pela primeira vez eu desisti de brigar e fui embora. (rouxinol)

Dois entrevistados fizeram colocações interessantes:

[...] faltou lá (Itapema) o conhecimento do gestor sobre o que é o SUS, como ele funciona, eles (gestores) não tinham essa visão... então quando a gente falava parecia que não surtia efeito como a gente desejava [...] (canarinho)

[...] todos os gestores deveriam saber, realmente, como o PSF deve funcionar, pois em todos os municípios que trabalhei em PSF não tinha resolutividade e era pela falta de conhecimento do gestores. (beija-flor)

Em muitas cidades os gestores possuem pouco conhecimento do SUS o que deixa a situação do PSF ainda mais crítica. Mesmo que o SUS tenha uma construção recente é imprescindível que os gestores conheçam suas diretrizes, as leis que regem esse sistema para produzir uma saúde de qualidade para a

população, e não somente no papel onde tem-se uma lógica ordenada de trabalho em saúde, com financiamento próprio que, aliás, é o que mais motiva os gestores a aceitarem o PSF em sua cidade. Percebe-se que os municípios estão organizando cada vez mais equipes de Saúde da Família, mas com o intuito de prover lucros, sendo que poucos pensam, primeiramente, no melhoramento das condições de vida da população.

## 5.5 FUNÇÃO DO PSF

No ano de 1994, comemorou-se o “Ano Internacional da Família”. Nesta data, o Ministério da Saúde (MS) resgatou uma estratégia perdida ao longo do tempo, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência. O PSF surge, então, como uma estratégia importante para reorganização da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o aspecto marcante de agilizar, de forma efetiva, a descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população, que se manifestam como prioridades e refletem problemas concretos.

Fundamentado no vínculo e na co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o PSF tem como ponto de partida a família e seu entorno visando à transformação gradativa da atual realidade sanitária.

Neste contexto, o Ministério da Saúde assumiu, desde 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que, segundo Souza (2000, p. 7-8)

Valoriza os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros”.

No depoimento dos entrevistados, de uma certa forma, há um entendimento da real função do PSF:

Há uma ignorância muito grande em relação ao que as pessoas entendem de PSF. Pelo que percebo todo mundo tá entendendo PSF como se fosse um modelo e ele não é um modelo, ele é uma opção, é uma estratégia realmente [...] (curió)

Segundo Mendes (1996, p. 273):

[...] a conceituação da saúde da família como estratégia de organização da atenção primária, implica a negação de algumas versões comumente encontradas, seja na literatura, seja na prática social. Não deve-se descartar, na singularidade brasileira, a expressão "Programa Saúde da Família" porque uma estratégia transformadora precisa ser comunicada. E, incontestavelmente, a sigla PSF pegou e constitui, hoje, boa marca política para a saúde da família.

Outra questão levantada é o conhecimento integral da comunidade onde atua com abordagem de cuidado voltada para a família:

[...] a diferença que eu vejo do PSF é a promoção e educação em saúde, tu vai conhecer a população, as necessidades, tu vê o todo da área que tu tá atuando. (canarinho)

A função do PSF para mim é fazer atendimentos de cuidados à saúde da família como um todo, de preferência na família, tu não vai tratar dos membros da família individualmente, tu vai tratar da família, da interação uns com os outros [...] (quero-quero)

É necessário ter uma abordagem integral da família e assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar próprios de desenvolvimento. As ações dos profissionais do PSF devem entender a família em seu espaço social, compreendendo-o como rico em ações interligadas (interações) e em conflitos.

A construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, com intervenções diretas na saúde dos seus membros. Ao profissional de saúde, que entra na dinâmica daquela vida familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva.

Durante muito tempo se fez medicina trabalhando com diagnóstico, tratamento e a medicina curativa e terapêutica, nessa medicina não se diz às pessoas que aprendam como se tratar, não visa a prevenção. Sempre vai ter a mesma quantidade de pessoas adoecendo porque elas não têm noção de como promover a saúde delas, de como melhorar a saúde delas [...] (sabiá)

Essa interpretação do modelo tradicional ainda é muito vigente e,

infelizmente, praticada, pois é baseada na medicina flexneriana que estruturou um sistema de saúde com foco na doença, pela livre demanda, apresentando baixa resolutividade e altos custos, desumanizando o cuidado da saúde e restringindo-se a ações unisetoriais.

Você vai resgatar um tipo de **atendimento médico humanizado** no lugar que foi abandonado por muitos anos e a culpa disso se chama INPS, principalmente SUS, que foi mal gerido, mal interpretado, mal administrado, mal conduzido e mal vendido, o peixe foi vendido errado... eu acredito que o PSF veio para consertar o SUS [...] (rouxinol)

O modelo biomédico, centrado na consulta médica, exames e medicações ainda está muito presente na nossa cultura, não somente da população, mas também dos profissionais de saúde. Este modelo, que foi hegemônico ao longo do século XX e permanece até hoje arraigado nas instituições e nas aspirações da população, é consequência do desenvolvimento econômico do país, submetido a uma lógica de produção econômica capitalista. Esta produção está centrada nas leis de mercado, que influenciam diretamente o modelo de saúde.

## 5.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação para a saúde tem despertado, nos últimos anos, um especial interesse, observando-se um grande crescimento, em suas atividades. Entre as causas que fundamentam o requerimento de seu desenvolvimento, encontram-se, por exemplo, a fragmentação do cuidado pelo aumento de especializações na medicina o que obriga as pessoas a procurar um número maior de profissionais.

Segundo Vasconcelos (1999, p. 24): “A educação em saúde é o campo de 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 cotidiano da população”.

Eu acho que educação em saúde acontece com a vivência com a comunidade, em sala de espera, na consulta de enfermagem. (curió)

Para mim é uma produção social da saúde, onde vai ocorrer uma mudança, comportamento no processo saúde-doença [...] (canarinho)

[...] é promover saúde [...] (canarinho)

Os depoimentos supracitados mostram que há um certo entendimento do que é educação em saúde, mas em alguns momentos, a impressão que se tem é que o conhecimento acerca desse tema e de outros ligados à saúde é bem limitado para quem está inserido nesse processo.

O que se vê, muitas vezes, é que as palavras-chave se confundem, por exemplo: promoção de saúde, educação em saúde, territorialização. Os profissionais reproduzem conceitos que são incutidos em capacitações, cursos, mas não sabem dizer realmente o que é, citam essas palavras sem saber como coloca-las em prática. Paulo Freire (1997) diz que na educação bancária, a educação em saúde é vista como uma forma de repasse de conhecimentos.

A transmissão de conhecimentos, característica da educação bancária, deforma a criatividade do educando e do educador. Aqui podemos dizer que esse tipo de educação acontece, tanto no caso dos profissionais que recebem “treinamentos” como, no caso desses mesmos trabalhadores quando atuam na sua comunidade.

Vemos também depoimentos assim:

É transmitir informações para as pessoas modificando suas práticas que são inadequadas para mim. Na verdade, educação em saúde é tu transmitir informações e se modelar junto a comunidade, é achar formas para trabalhar essa educação em saúde [...] (beija-flor)

Educação em saúde é isso: pegar a criança, o adolescente, e orientar que tem que ter respeito, cuidado pelo corpo, orientar que tem que usar camisinha[...] (sabiá)

O profissional do PSF, ao afirmar que educação em saúde é “transmitir informações”, não leva em consideração os saberes da população, saberes que são socialmente construídos e resultantes de suas experiências sociais enquanto indivíduos.

Em contrapartida, a educação libertadora proposta por Paulo Freire propõe o debate, a análise dos problemas, propiciando as condições para uma verdadeira participação.

[...] a gente sempre saí com algum aprendizado, quando a gente pensa que vai ensinar alguma coisa, na verdade, o que a gente passa são os conhecimentos que a gente tem como o lado científico da vida mas existe muito conhecimento do lado que não é científico [...] (quero-quero)

Conforme Scliar (2002, p. 95)

Para que o processo educativo em saúde atinja a plenitude de seus objetivos é preciso percorrer várias etapas: a partir de um diálogo com a população, procura-se informar as pessoas, para que, informadas, adotem uma atitude positiva, que deve gerar um comportamento; esse comportamento. Idealmente, deveria ser introjetado sob forma de hábito, ou seja, o comportamento automatizado.

Bricenõ-Leon afirma que há dois tipos de educação sanitária: a primeira formal – uma conferência, um folheto, um filme, e a segunda informal que se desenvolve na ação de todos os dias dos programas de controle, que se desenvolve quando se executam os programas sanitários.

E, o mesmo autor, nos diz que “a educação é uma maneira como os conhecimentos que têm derivado da pesquisa científica são utilizados e postos em funcionamento para que o ser humano aja ou deixe de agir, ou seja, participe, de forma tal que contribua para o controle das doenças”.

O papel do profissional de saúde numa educação libertadora deve ser de um contínuo desafio dos educandos para uma postura essencialmente dialógica e crítica do mundo circundante, promovendo a compreensão dos fenômenos que cercam a vida cotidiana.

[...] é tentar fazer uma lavagem cerebral porque tá todo mundo bitolado, chega no posto e tem que ser do jeito que eles (pacientes) querem, hoje os pacientes já chegam pedindo exames, etc. (gralha-azul)

Vemos nesse depoimento supracitado que muitos profissionais ainda acreditam que educar em saúde é mudar os hábitos e costumes das pessoas.

Infelizmente esse objetivo chama a atenção para aquilo que a pessoa faz errado, ao invés de partir daquilo que ela faz certo. Está baseado no ponto de vista paternalista de que a “ignorância” da população é causa principal das doenças e que a sociedade deve corrigir os hábitos e costumes “errados”.

Para Wendhausen e Saupe (2003, p. 21), o modelo tradicional de educação como repasse de conhecimentos ainda está muito presente na prática dos profissionais, sendo o educador aquele que sabe e que deve dizer algo e o educando, que não possui conhecimentos, deve receber passivamente os conhecimentos da autoridade profissional.

Vemos, na prática, que o cliente sempre faz uma avaliação e escolha frente às orientações que lhe são oferecidas. E, nesse processo, há diversos fatores que interferem: compreensão acerca do problema e das formas de abordá-lo; confiança nas próprias habilidades e capacidades e rede de suporte ou condições objetivas de implementar as orientações. A compreensão acerca do seu problema depende de conhecimentos, incluindo informações e experiências anteriores e atuais, e também do significado desses conhecimentos no contexto de valores da pessoa.

A educação em saúde que valoriza a pessoa, faz o oposto: reconhece que a má saúde da população é, em grande parte, resultado de uma ordem social injusta. Ao invés de reformar as pessoas, a educação em saúde precisa ajudá-las a mudar a situação. Quando as pessoas ficam mais seguras de si e de sua capacidade, as atitudes e comportamentos mudam. As mudanças duradouras surgem de dentro das próprias pessoas.

A busca da autonomia dos cidadãos através da educação, discurso tão defendido por Paulo Freire, nos remete a uma percepção de entendimento de mundo que vai além da Unidade de Saúde: vai até a comunidade, ao ambiente social das pessoas, a sua vida.

Um depoimento me chamou a atenção:

O papel do pessoal que trabalha no PSF, eu vejo que é o mesmo papel de quem trabalha na rede básica de saúde, em qualquer programa deve ser trabalhado interdisciplinaridade, precisa-se pensar em promover saúde.  
(curió)

A questão do acolhimento e vínculo, conceitos que ficaram famosos com o surgimento do PSF, na verdade, não é, quer dizer, não poderia ser de uso exclusivo do PSF. Na prática diária de todos os profissionais de saúde o atender bem, receber o usuário é um dever.

O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço.

Trazer o usuário de saúde para perto, para junto dos profissionais não é tarefa fácil já que é preciso conhecer a dinâmica da comunidade como um todo, trabalhar as diferenças, acolher, torna-lo parte ativa do processo de educação, isso

nos remete, mais uma vez, ao discurso de Paulo Freire que nos fala que educação é uma troca de saberes e não somente um repasse de informações.

## 5.7 MOTIVOS DA SAÍDA DO PSF

Nesta última categoria aparece nos depoimentos o motivo do desligamento dos trabalhadores estudados do município de Itapema/SC.

Nas primeiras falas, os entrevistados mostram todo o seu descontentamento com o trabalho que não foi realizado em Itapema.

[...] um trabalho estafante no sentido físico, estressante no sentido emocional porque não se tinha respaldo de ninguém e frustrante no sentido de programa (PSF) que nunca existiu [...] (rouxinol)

Não era PSF, trabalhava só com demanda, todas as visitas (domiciliares) que eu fiz foi no meu carro, o trabalho que fizemos foi porque queríamos fazer porque não interessava para os gestores, muitas vezes nós tínhamos que correr pra procurar cursos por nós mesmos e ainda diminuíram o salário em 20% dizendo que ia voltar em 3 meses ao normal e não voltou. Era uma falta de respeito enorme com os profissionais que trabalhavam ali. (sabiá)

Saí por vários motivos: falta de incentivo, diminuição do salário duas vezes num ano, a forma de receber salário era através de uma cooperativa o que dificultou bastante porque não tínhamos direitos trabalhistas, a desvalorização do funcionário, a falta de apoio dos gestores quando queríamos fazer algo pelo PSF e a maioria dos profissionais não cumpria horário porque era virado numa bagunça. (beija-flor)

Não tinha nem um tipo de motivação positiva pra gente ficar porque se pelo menos tivesse uma equipe. (rouxinol)

Em relação ao depoimento supracitado, Franco (1999) relata que a solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um 'luto' da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e some-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe. O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência.

Aqui entra uma questão central, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um

“campo de produção do cuidado”, que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode-se dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto, dependente. Ao contrário, o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado, e, portanto da educação em saúde.

Com isso podemos analisar que os trabalhadores das equipes de PSF do município estudado estavam executando suas tarefas sem um mínimo de entrosamento, pois nem mesmo se consideravam membros de uma equipe.

Um participante do estudo comentou:

[...] a especialização em saúde da família mexeu muito comigo, de ver tanta gente imbuída de coisas boas, o pessoal do meu grupo de TCC (trabalho de conclusão de curso) me estimulou muito, eles estavam saindo da especialização (em saúde da família) prontos para fazer esse tal “SUS” acontecer [...] (curió)

É notório o benefício que os cursos de aperfeiçoamento, tanto os de capacitação como os de especialização, para a prática profissional dos trabalhadores do PSF, pois estes profissionais necessitam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis a nova concepção de trabalho, de forma a estarem preparados ao enfrentamento de situações e problemas no cotidiano da comunidade que está sob sua responsabilidade.

Eu passei no concurso da secretaria de Saúde e saí. Eu até ficaria se eles tivessem aceito porque eu gosto (do PSF), me especializei em PSF pra continuar, ter novas idéias mas disseram que não dava, que eu não podia ser cedida pro PSF porque meu contrato era de 20 horas semanais. (gralha-azul)

Este depoimento mostra um contra-senso na saúde pública: um profissional se especializa na sua área de atuação, no caso o PSF, mas a burocracia administrativa da Prefeitura não há deixa continuar trabalhando no programa. Esse é mais um exemplo das contradições que acontecem com os profissionais que integram as equipes de saúde da família pelo país.

O PSF necessita de profissionais que permanentemente ampliem seus conhecimentos, apropriando-se de novas teorias e práticas. Eles devem estar

sempre abertos para enfrentar novas experiências, identificar novos problemas críticos de sua realidade de trabalho, refletir sobre tais problemas e buscar, de forma interdisciplinar, soluções apropriadas para eles. Enfim, eles devem estar sempre disponíveis para o processo ensino-aprendizagem.

Dessa forma, entendo que os gestores tendo em seu município um profissional que busca conhecimentos maiores para suas práticas em saúde o deviam valorizar para que, cada vez mais, esse trabalhador procure mais aprimoramento teórico e prático.

Um trabalho que não está voltado, de fato, para as intenções do PSF; um modelo de atenção em saúde que é só no papel; uma situação profissional que não dá “segurança” para os trabalhadores de saúde, certamente não são fatores que fixem os profissionais em um município.

Vale esclarecer nessa categoria que todos os profissionais que saíram, incluindo os sujeitos do estudo, pediram demissão em vários períodos dos últimos três anos. A saída desses trabalhadores não se deu em período eleitoral já que em muitos municípios esse é um momento de transição de gestores que favorece a demissão de funcionários de setores como o da saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Saúde da Família constitui um marco dentro do Sistema Único de Saúde. Por isso, avaliá-lo é tarefa primordial para todos os envolvidos no debate sobre as perspectivas da consolidação desse programa e dos avanços possíveis do próprio SUS.

Sendo assim, na primeira categoria, *formação acadêmica*, um resgate da formação de recursos humanos na área da saúde, principalmente dos cursos de medicina, proporcionou um entendimento melhor da evolução da saúde no Brasil, onde a valorização de equipamentos, máquinas, procedimentos se sobrepõe a uma abordagem com visão mais social, política e econômica da sociedade.

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho trazem novas exigências ao profissional da área da saúde, como é o caso do Programa de Saúde da Família. A questão da formação representa um nó crítico para a consolidação e ampliação da construção do SUS e do PSF.

Nessa perspectiva é que a formação para a área da saúde se mostra fundamental e, segundo a cartilha Aprender SUS do MS, essa formação deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas.

Na subcategoria *capacitação profissional*, pode constatar que os profissionais iniciam sua atuação em equipes de saúde da família com limitações de capacitação específica. Os programas de qualificação teóricos e metodológicos são extremamente reduzidos, não proporcionando as mudanças desejadas na prática diária desses trabalhadores.

Nesse contexto, os Pólos de Educação Permanente em Saúde poderão se mostrar como espaços de articulação de conhecimentos variados entre profissionais de diferentes áreas da saúde, envolvidos nos processos de planejamento, informação, comunicação e educação na disposição de reorientar as práticas dos

trabalhadores em saúde já que trabalha na dimensão da *integralidade da atenção à saúde*. Isso envolve, principalmente, a compreensão da clínica ampliada, o conhecimento da realidade e o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar.

Com o art. 32, de 6 de dezembro de 2004 (anteprojeto de lei – versão preliminar), do Ministério da Educação, novos rumos para a formação de recursos humanos na saúde estão surgindo pois decide que o Sistema Federal da Educação Superior será articulado com o SUS, de modo a garantir orientação intersetorial ao ensino e à prestação de serviços de saúde e garante que cursos novos de graduação na saúde, deverão ser submetidos à manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

Na categoria *trabalho em equipe*, houve uma demonstração, por parte dos sujeitos do estudo, de que não havia em Itapema um trabalho em conjunto, por parte dos profissionais das equipes de saúde da família. Há um entendimento de que, somente, os trabalhadores de nível superior são a equipe, os auxiliares de enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde parecem não fazer parte desse contexto.

O PSF lança um desafio que busca uma nova concepção de trabalho, diferente do modelo biomédico tradicional, procurando construir um modelo de atenção à saúde democrático e consonante com as diretrizes básicas do SUS.

Sobre a organização do trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nota-se que os trabalhadores das equipes de saúde da família não conseguem romper com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual. Conforme MERHY (2003) “parece que não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência”.

Nesse sentido talvez possamos encontrar institucionalmente formas de articulação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, envolvidos nos processos de planejamento, informação, comunicação e educação na disposição de reorientar as práticas de capacitação de recursos humanos para os problemas

referentes à qualidade e equidade dos serviços referenciando-os à esfera das decisões dos gestores.

Na subcategoria *agentes comunitários de saúde*, a grande evidência que o estudo me proporcionou foi a minha omissão acerca desse profissional no PSF. Não era meu objetivo analisa-lo isoladamente, mas sendo uma peça importante dentro do contexto do PSF, poderia ter feito questionamentos sobre esse trabalhador. O interessante foi que isso só me ocorreu quando alguns entrevistados citaram os ACS nos depoimentos.

Decorridos dez anos após a implantação da primeira equipe de PSF no Brasil, parece que ainda há muito que refletir sobre o trabalho dos ACS. Muitos profissionais, principalmente os médicos, não conhecem o trabalho dos ACS como deveria, pois, muitas vezes, ainda se coloca (ou é colocado) numa posição de destaque, acima da equipe.

Na terceira categoria, *planejamento das atividades*, viu-se, no depoimento dos entrevistados, que não havia uma organização do trabalho nesse sentido. A falta dessa organização faz com que o trabalho não aconteça de uma forma efetiva, os profissionais traçam atividades isoladas e, por trabalhar em um mesmo espaço que outros profissionais acreditam que estão fazendo um trabalho em conjunto.

Na subcategoria, *visita domiciliar*, atividade preconizada pelo MS para o PSF, observou-se, nos depoimentos, que esta não é realizada como rotina pelas ESF. A visita domiciliar proporciona uma maior proximidade do profissional com a família, seu ambiente de moradia, de relacionamentos, de vida.

O que se percebe é que a grande demanda de usuários nas Unidades de Saúde não favorece a prática da visita, pois obriga os profissionais de saúde a permanecerem nessas unidades toda a carga horária que dispõe de trabalho.

Na categoria *relação com a gestão municipal*, o que ficou claro na pesquisa é o difícil relacionamento dos profissionais do PSF com os gestores, isso se reflete no comportamento desses trabalhadores que se encontram desmotivados, sem iniciativa nas suas práticas diárias, pois esses gestores não valorizam o trabalho através de estabelecimento de uma relação dialógica, participativa da Secretaria de Saúde junto aos profissionais de saúde e comunidade.

Na quinta categoria, *função do PSF*, os entrevistados citam palavras como: educação em saúde; promoção em saúde; cuidados da família como um todo, mas não há um esclarecimento melhor, os conceitos parecem ser reproduzidos somente.

O PSF preconiza uma abordagem integral da família assistindo-a com integralidade, enxergando cada indivíduo como sujeito social, ao profissional de saúde que entra na dinâmica familiar, cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele núcleo de pessoas, intervindo de forma mais participativa e construtiva. E isso não é uma tarefa simples, tampouco fácil.

Cada profissional que atua em equipes de saúde da família precisa estar a par de suas responsabilidades enquanto ator social no contexto do PSF, entendendo sua importância nesse processo.

Na categoria *educação em saúde*, observamos a carência de conhecimento, por parte dos profissionais, acerca do que realmente a educação em saúde quer alcançar. O que nota-se é que essa carência reflete-se na forma como os trabalhadores do PSF atuam: com ações fragmentadas como, por exemplo: grupos de hipertensos e diabéticos, de gestantes, que são denominados programas preventivos. Estas práticas são conduzidas com uma concepção bancária de educação, estabelecendo uma relação técnica do profissional com os usuários.

Questões como vínculo e acolhimento ainda são estratégias consideradas novas nas ESF, sendo que deveriam ser usadas desde o início das atividades do PSF e não só pelos profissionais desse programa mas por todos os trabalhadores de saúde.

Na última categoria, *motivos da saída do PSF*, entendo que um conjunto de fatores contribuíram para a saída dos profissionais das equipes de saúde da família: falta de entrosamento dos profissionais; o não apoio dos gestores municipais; os baixos-salários; um trabalho que não está voltado de fato para as intenções do Programa; falta de vínculo profissional, entre outros.

Assim, fica claro porque as práticas em saúde não acontecem no município de Itapema no que tange o trabalho do PSF, pois os trabalhadores das equipes de saúde da família se encontram perdidos, sem rumo, dentro de uma estratégia tão fascinante e abrangente em relação à saúde da comunidade.

Os profissionais do PSF não conhecem, muitos deles, as diretrizes preconizadas pelo MS em relação ao PSF. A meu ver, falta uma participação mais efetiva e política desses trabalhadores. Alguns possuem uma visão ainda antiga e uma compreensão acrítica da sociedade, projetando-a de uma maneira burocrática, técnica e uma simples repetição de seu cotidiano. Estes profissionais precisariam combater a desinformação, buscando conhecer o programa, interagir com a

comunidade, agir com criatividade, consertando suas falhas, tendo a responsabilidade de lutar pelo maior de todos os desafios, o compromisso com a ética da esperança, a ética do futuro. Isto só poder-se-ia dar na medida que fosse disponibilizado, pelos gestores, a proposta de Educação Permanente.

Espero que esta pesquisa possa trazer uma contribuição significativa para os profissionais da área da saúde, pois tenta fazer uma discussão sobre as práticas em saúde dentro do contexto atual do PSF e assinala que são necessários dispositivos mais capazes para garantir dinamicidade ao trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACH, R. **Mensagens para sempre**: Fernão Capelo Gaivota. São Paulo: Melhoramentos, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BORGES, R. **Processo de Trabalho em Programas de Saúde da Família e a questão da interdisciplinaridade**. Texto elaborado como contribuição para debate no Seminário do Distrito Docente-Assistencial de 04/08/1999.

BRASIL – IBGE. [www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo2000](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/população/censo2000).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, 2001.

BRICEÑO LEON, R. **Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales**. Fermentum, Venezuela, 1994.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. L. R. A educação em saúde na prática do PSF. Temas de caráter introdutório. **Manual de Enfermagem**, Brasília, 2001. Disponível em: < [http:// www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem) > Acesso em 18 out. 2002.

CHIZZOTTI, A **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1998.

COCCO, M. I. M. **A ideologia do enfermeiro**: prática educativa em saúde coletiva. Campinas, 1991. (Dissertação de mestrado, Faculdade de educação, UNICAMP).

CUTOLO, L. R. A; DELIZOICOV NETO, D. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC/Florianópolis, 2001. Tese (Doutorado) em Educação – CED – UFSC.

FARIAS, V. F. **Itapema: natureza, história e cultura**: para o ensino fundamental. Itapema: Ed. Do autor, 1999.

FLACH, A **Controle social em saúde**: possibilidades e limites. Dissertação de mestrado, Mestrado em Enfermagem – UFSC, Florianópolis, 2002.

FRANCO, T. B. **Uma nova agenda para a saúde pública**. São Paulo, 1998. Resenha crítica.

\_\_\_\_\_; MERHY, E. E. *PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo TecnoAssistencial*. **Mimeo**, Campinas (SP), 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1997. (Coleção Questões da nossa época; v. 23)

\_\_\_\_\_. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: Ed. UNESP, 2001.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. **A educação contra a educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

\_\_\_\_\_. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 1991.

GARCÍA, J. C. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Ed.Cortez, 1989.

GIESTA, N. C. Mudanças curriculares e ações docente/discente. In: LAMPERT, E. (org.). **Educação para a cidadania: gênero, etnia; políticas educacionais, competência docente/discente**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 1999. p.115.

LEITE, M. M. J; PEREIRA, L. L. Educação Continuada em Enfermagem. In: KURGGANT, P., Coord. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, p. 127.

LEOPARDI, M. J. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

\_\_\_\_\_, (org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Ed. Papa-livro, 1999.

MANUAL DE ENFERMAGEM/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MARANHÃO, E A. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. **A Construção Coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde**. Londrina: Rede Unida, 2002.

MARCON, S. S. E ELSEN, I. A Enfermagem com um novo olhar... a necessidade de enxergar a família. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v. 1, n. 5, p. 21-26, jan./dez. 1999.

MEDEIROS, M. C. *Refletindo sobre as práticas educativas de uma equipe da estratégia saúde da família*. **Dissertação de Mestrado**. Mestrado em Enfermagem – UFSC, Florianópolis, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E.; SILVA, JR. A. G.; CARVALHO, L. C. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**: refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

MINAYO, M. C. De S. **O desafio do conhecimento**: uma pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez, UNESCO, 2000.

NETO, M. M. C. N. Introdução. **Caderno de atenção básica**. Programa de Saúde da Família. Brasília, n. 1, p. 9-10, Dez 2000.

OLIVEIRA, E. N.; ARAGÃO, A. E. de A. A influência positivista na formação dos profissionais de saúde. **Mimeo**, Aracajú, 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desafíos para la educación en salud pública**. La reforma sectorial y las funciones esenciales de salud pública. Washington: OPS, 2000.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, 1994.

PEREIRA, M.R. **Avaliação da Implantação e Implementação do PSF no Município de Itapema/SC**. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina – UFSC. Florianópolis/SC, 2001.

RIOS, T. A. **Compreender e ensinar**: por uma docência da melhor qualidade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ROS, M. A. D. **Estilos de pensamento em saúde pública**. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 – 1994, a partir da epistemologia de Ludwig Fleck. Florianópolis, 2000. 192 p. Tese de Doutorado em Ensino das Ciências – CED – UFSC.

\_\_\_\_\_. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. Artigo elaborado para o livro: Saúde em Debate na Educação Física. BAGRICHEVSKI, M. organizador, editado como material didático/ICPG. Blumenau, setembro de 2004.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994.

SAKAI, M. H.; NUNES, E. F. A.; MARTINS, V. L.; ALMEIDA, M. J.; BADUY, R. S. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; JÚNIOR, L. C. **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, 2001. p. 111-124.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: Senac, 2002.

\_\_\_\_\_. **A face oculta:** inusitadas e reveladoras histórias da medicina. 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.

SILVA, J. O.; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial:** condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 61-64.

SILVA, M. E. K. **Educação em saúde na assistência de Enfermagem:** um estudo de caso em unidade básica de saúde. Dissertação de Mestrado. Área: Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1992.

SILVA, M. J. P. A importância da comunicação nos processos de qualidade. **Nursing – Revista técnica de enfermagem,** São Paulo, v. 1, nº 1, p. 20-26, jun. 1998.

SOUZA, M. F. de. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem:** Saúde da Família. Brasília, v. 53, n. especial, p. 81-86, dez, 2000.

TARRIDE, M. I. **Saúde pública:** uma abordagem anunciada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistemas de Bibliotecas. Referências. Curitiba: Ed. da UFPR, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec. Ministério da Saúde, 1999.

WENDHAUSEN, Á.; SAUPE R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.12, n.1, p. 17-25, jan./mar., 2003.

## APÉNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Isabel Cristina dos Santos Oliveira e estou desenvolvendo a pesquisa *Educação em saúde: da teoria a prática do programa de saúde da família no município de Itapema/SC*, com o objetivo de identificar os motivos que influenciam no desempenho do Programa de Saúde da Família – PSF de Itapema/SC, no que se refere à educação em saúde a partir da visão dos profissionais que abandonaram o programa nesse município. Este estudo é necessário porque atuo em uma equipe de saúde da família como enfermeira, e serão realizadas entrevistas gravadas e após digitadas. Isto não trará riscos e desconfortos, mas esperamos que traga contribuições para a prática do PSF no município. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 47 91095210. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido sobre a pesquisa: *Educação em saúde: da teoria a prática do programa de saúde da família no município de Itapema/SC*, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Itapema, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Instrumento de Entrevista**

**PESQUISA:** EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DA TEORIA A PRÁTICA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF NO MUNICÍPIO DE ITAPEMA/SC.

**Orientador:** Marco Aurélio Da Ros.

**Mestranda:** Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

- 1- Como se deu a trajetória na universidade? Que tipo de profissional formava: saúde pública ou saúde privada? Que ênfase dava o teu curso?
- 2- Seus professores tinham prática em PSF ou algum programa de saúde ou posto de saúde?
- 3- Você trabalhava exclusivamente no PSF?
- 4- Como era trabalhar em equipe, realizava educação em saúde? Existia um planejamento das atividades entre os profissionais da equipe?
- 5- Como era a sua relação com a gestão municipal?
- 6- Qual a função, para ti, do PSF?
- 7- O que é educação em saúde para ti?
- 8- O que você acha que a educação em saúde pretende alcançar? Isto é, na tua visão, qual seria o objetivo de uma atividade ou programa educativo? O que deveria ser feito para alcançar esse objetivo?
- 9- Como compara a realidade profissional que vivenciou no PSF do município com o que imaginou que seria no início das atividades?
- 10- Porque resolveu deixar o programa do município de Itapema/SC?