

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
THE FAMILY HEALTH PROGRAM ON THE MULTI-PROFESSIONAL GROUP EYES
EL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA,
SOBRE EL ASPECTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

*Maria de Lourdes Centa**

*Bernardo Montesanti Machado de Almeida***

RESUMO: Esse trabalho tem como objetivo retratar a preocupação dos profissionais que atuam em PSF sobre o impacto de suas estratégias no processo de trabalho. A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória descritiva onde se utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado o qual foi respondido por 40 profissionais que atuam em PSF, em diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região metropolitana de Curitiba, no mês de junho de 2003. Após análise e discussão dos dados pudemos observar que os profissionais de saúde relatam que o PSF possui pontos positivos, negativos e significado de atuar no PSF. Dentre os pontos positivos citam: relacionamento estabelecido, conhecendo o território, qualidade do atendimento, satisfação, resultados apresentados em relação a prevenção e promoção da saúde e interação. Como pontos negativos referem: a falta de recursos, excesso de funções, baixa qualificação profissional, falta de entrosamento da equipe, falta de consciência e conhecimento do programa por parte da população, insatisfação da população, riscos enfrentados, aspectos políticos e sistema de referência. Estas categorias nos levaram à categoria central: O PSF SOB OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR. Concluímos que o PSF é uma estratégia capaz de melhorar a qualidade de vida da população, mas que para isso aconteça, há necessidade de melhor gerenciamento de políticas locais, aumento de recursos financeiros e humanos, além de melhor capacitação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de assistência ao paciente; Programa saúde da família

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, tendo como objetivo principal a reorientação do modelo assistencial brasileiro. Isso porque, mesmo após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo assistencial vigente no Brasil durante a maior parte da segunda metade do século XX foi caracterizado pela prática "hospitalocêntrica", com uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas⁽¹⁾. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde responsável pela "ineficiência do setor", "insatisfação da população" e "desqualificação profissional"⁽²⁾.

O modelo hospitalocêntrico se baseia no tratamento curativo das doenças, exigindo altos gastos por parte do governo principalmente devido do uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis. Além disso, pouco se investia na prevenção, motivo pelo qual aumentava-se cada vez mais o tamanho das filas nos hospitais.³

O PSF pode ser encarado como uma forma de viabilizar e complementar as propostas gerais do SUS de universalidade, equidade e integralidade, porém, com características próprias.

* Dra. em Enfermagem. Profª adjunta IV da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenadora do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED). Rua Pará 1235, Água Verde, Curitiba, 80610-020 / mcenta@brturbo.com

** Acadêmico do Curso de Graduação de Medicina na UFPR. Bolsista CNPq/PIBIC. biboalmeida@bol.com.br

Ele é definido como uma dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e intervindo de forma apropriada. Seria a prática humanizada de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida⁽¹⁾.

Portanto, o plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela população. Para isso, a equipe deve estar integrada e motivada para atuar em PSF⁽⁴⁾.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

HISTÓRICO

O PSF surgiu no Brasil no início da década de 90, não como uma política de saúde propriamente dita, mas como experiências utilizadas em municípios diversos. Aos poucos foi sendo reconhecido como uma estratégia capaz de fortalecer a política nacional de saúde, preconizada na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica de Saúde. Teve como base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1990, e que causou um impacto positivo quanto a reorganização do sistema de saúde dos municípios do Nordeste. Outro estímulo para a criação do PSF foi a consolidação de sistemas nacionais de saúde baseadas em Atenção Primária à Saúde, em países como Canadá, Cuba e Reino Unido, entre outros⁽⁵⁾.

Conforme o Ministério da Saúde, o principal propósito do PSF é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua sendo o atendimento prestado, na UBS ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a comunidade criam vínculos de coresponsabilidade que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade⁽²⁾.

Estima-se que, funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população⁽⁶⁾.

Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Cada UBSF pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade⁽²⁾. Cada equipe do PSF atende entre 600 e 1.000 famílias – 3.475 pessoas em média. Existem hoje aproximadamente 18 mil equipes atuando no PSF atendendo mais de 57 milhões de pessoas. Pretende-se aumentar esse número para 100 milhões até 2006, ou seja, 77% da população brasileira⁽⁶⁾.

O trabalho em equipe da saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade do ser humano em atenção primária, pois ele enfoca a saúde em seu contexto pessoal, familiar e social.

Portanto, um rol de atividades e funções, buscando definir um perfil mínimo para atuação, não é suficiente para um trabalho em saúde compartilhado, humanitário, com responsabilidade e vínculo com a comunidade,

reconhecendo a saúde como direito de cidadania. Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinantes bio-psico-sociais da saúde-doença dos usuários, famílias e comunidade, a assistência à saúde passa ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias⁽⁴⁾.

É nessa relação de complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa com um saber próprio, que se entende o trabalho dos distintos profissionais que atuam em Saúde da Família. Articular estes fatores não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional, requer esforço contínuo, para que em todos os espaços possíveis, possamos construir a idéia de uma equipe integrada. Integrar conhecimentos próprios de cada grupo profissional não é tarefa fácil, mas deve ser buscado através do ensino, pesquisa e assistência com o objetivo de melhorar a qualidade das ações dos profissionais e auxiliar na construção da cidadania⁽⁷⁾. Devemos lembrar que atuar em PSF não requer apenas conhecimento, mas também interação, vinculando, participação e co-responsabilidade em uma equipe integrada e disposta a lutar pela melhoria da qualidade de vida da população.

OBJETIVOS

Retratar a percepção dos profissionais, que atuam em PSF, sobre o impacto de suas estratégias no processo de trabalho.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desse estudo, foi usada a metodologia qualitativa, por favorecer o conhecimento de crenças e valores do indivíduo, permitindo compreender o significado das ações e das relações humanas. Isso proporciona o conhecimento da dinâmica e da estrutura da situação em estudo sob o ponto de vista de quem a vivencia⁽⁹⁾. O modelo exploratório-descritivo foi usado para que pudessemos descrever a realidade vivida pelos profissionais que atuam em PSF.

CENÁRIO DA PESQUISA

Os dados foram coletados na região metropolitana de Curitiba, no período de junho e julho de 2003. Eles foram obtidos através de questionário aberto, onde os profissionais que atuam em PSF explicitaram suas opiniões sobre a estratégia de assistência prestada às famílias preconizadas pelo PSF. A amostra foi composta por 17 enfermeiros, 12 dentistas, 5 médicos, 3 nutricionistas e 1 assistente social, perfazendo um total de 39 profissionais.

Respeitou-se o contido na Resolução 196/96 que regulamenta Pesquisa em Seres Humanos⁽¹⁰⁾.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram analisados e discutidos, formando as seguintes categorias e suas respectivas sub-categorias: PONTOS POSITIVOS, PONTOS NEGATIVOS e SIGNIFICADO DE TRABALHAR EM PSF. A construção dessas categorias nos possibilitou chegar a categoria central: O PSF SOB OLHAR DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.

Na categoria PONTOS POSITIVOS, os sujeitos da amostra referem: relacionamento estabelecido entre o profissional e a comunidade, entre o profissional e equipe, conhecendo o território, qualidade do atendimento,

satisfação da população e profissional, resultados apresentados em relação a prevenção e promoção da saúde e Interação com a comunidade.

A subcategoria **relacionamento estabelecido**, deu origem as subcategorias: **Relacionamento entre o profissional e comunidade e Relacionamento entre os profissionais da equipe**.

Em **relacionamento entre o profissional e a comunidade** eles relatam que através das estratégias desenvolvidas no PSF, houve maior aproximação entre eles e a comunidade, gerando vínculos, possibilitando conhecer a realidade vivida pela população e transformando-a em co-responsável pelas ações de saúde desenvolvidas em sua área de atuação. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

"Oportunidade de atuar mais próximo à realidade de vida das pessoas. Ocorre vínculo com as famílias, aumentando a co-responsabilidade da população".

"A interação com a família permite em atendimento baseado em seu contexto sociocultural e econômico, resgatando seus valores e costumes e tornando a assistência mais humanizada".

Em **relacionamento entre os profissionais da equipe** foi citado como fator que oportuniza a melhoria da qualidade do trabalho realizado em PSF, devido a interação e integração de seus membros. Isso proporciona troca de idéias e experiências, além da possibilidade de planejar e implementar ações conjuntas que atendem as necessidades da comunidade.

"No trabalho em equipe ocorre maior integração entre os profissionais e com isso melhora a qualidade da assistência à população".

"Gosto da possibilidade de trabalhar com outros profissionais, pois isso possibilita a aquisição de conhecimento, apoio".

"O trabalho interdisciplinar possibilita conhecer a família em seu contexto sociocultural, dada possibilidade de ter outros profissionais para troca de idéias e experiências".

Em **conhecendo o território** os profissionais referem que no PSF há possibilidade de: conhecer a realidade da população e planejar suas ações de acordo com as necessidades sentidas pelas famílias.

"Os profissionais conhecem a realidade da população de sua base territorial podendo realizar um melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas, de acordo com as necessidades das famílias, trabalhando o risco e prevenindo doenças".

"Conhecer o território possibilita estabelecer a real situação de risco de adoecer das famílias, e elaborar programas educativos/preventivos".

"Conhecer o território e a dinâmica das famílias que o compõem, facilita o planejamento e a implementação das ações a serem desenvolvidas para determinada comunidade. Isso possibilita aumentar a resolutividade diminuindo riscos".

Em **qualidade do atendimento**, os sujeitos da amostra referem que houve melhora no atendimento e assistência prestadas à comunidade devido a maior integração entre os profissionais da equipe, maior conhecimento da população, aumento da carga horária, aumento do vínculo estabelecido com a população; compartilhamento da responsabilidade entre os membros da equipe e a comunidade, desenvolvimento de programas de saúde e conscientização da população.

Verificou-se, também, que os profissionais fazem relação entre a melhoria da qualidade da assistência individualizada, enfocando a importância da prevenção.

"Maior integração entre os profissionais, maior conhecimento da população e conseqüentemente melhor atuação do profissional na comunidade o que resulta em atendimento de qualidade. Há melhores resultados e reconhecimento da população".

"Ao se estabelecer o vínculo de afetividade e compromisso, passamos a partilhar responsabilidades pela busca da saúde, conscientizando a população para exercer sua cidadania".

"O atendimento se tornou mais qualificado devido a implantação de programas específicos de promoção e prevenção à saúde e, também, porque a equipe sai da UBSF e vai até a população".

Em **satisfação**, os profissionais referem-se a **satisfação da população** e **satisfação pessoal**.

Em **satisfação da população**, os profissionais entrevistados dizem perceber que boa parte da população está satisfeita com os serviços de saúde prestados, principalmente, por entenderem o papel dos profissionais de saúde em cumprimento à nova filosofia de trabalho e se sentirem mais seguros e interessados.

"A comunidade recebe atendimento diferenciado, estabelecendo prioridades e proporcionando atividades educativas. Eles reconhecem nosso trabalho e sentem-se seguros".

"A população está mais satisfeita porque as equipes estão mais próximas dos problemas, conhecendo seus problemas mais de perto e tentando solucioná-los. Eles percebem a diferença na atenção e no envolvimento da equipe".

"Devido a interação estabelecida entre as famílias e os profissionais, a confiança depositada na equipe e a resolutividade de seus problemas eles sentem-se amparados. Muitas famílias reconhecem os benefícios que a implantação do PSF trouxe a elas e se sentem valorizados. Há confiança e credibilidade na equipe e grande participação da comunidade"

Em **satisfação pessoal**, eles referem estar satisfeitos em atuar em PSF pois através desse programa eles podem desenvolver ações de prevenção, conhecer melhor as famílias, estabelecer vínculo de confiança entre o profissional e a família. Além disso eles relatam ter ocorrido crescimento pessoal, reconhecimento profissional e carinho da população.

"Estou satisfeita em fazer parte do PSF pois posso atuar na prevenção conhecendo melhor as famílias e estabelecendo relação de confiança. Além disso, o PSF possibilita crescimento pessoal obtido através da aquisição de conhecimento e melhores salários, reconhecimento profissional e carinho da população".

"Nesse trabalho eu posso ajudar as famílias na resolução de seus problemas, estabelecendo vínculos, adquirindo conhecimento e experiência. Isso permite o crescimento profissional e pessoal".

"Estar na área me traz muita satisfação pois posso interagir com as famílias, compartilhando seus problemas e alegrias, podendo desenvolver um trabalho mais humanizado".

Em **resultados apresentados em relação a prevenção e promoção da saúde**, os profissionais relatam uma melhora da situação de saúde, observada através dos dados epidemiológicos, o que se deve a conscientização da população através dos programas realizados.

"Através dos programas empregados na comunidade desde o início do PSF, os números epidemiológicos melhoraram, possivelmente pela conscientização da população".

"Hoje em dia fazemos muito mais programas preventivos para a população, que se sente amparada, pois vêem a nossa preocupação em relação a saúde".

"Várias pessoas vieram me falar que começaram a fazer exercícios ou mesmo pararam de fumar graças aos programas que fizemos".

Em **interação com a comunidade**, ele referem que o PSF possibilita uma maior interação com a comunidade, facilitando o conhecimento das famílias e melhorando a relação entre o profissional e a comunidade.

“Com o PSF, é possível saber a cultura e costumes das famílias, e podemos assim fazer programas preventivos voltado para cada tipo de comunidade”.

“Temos uma maior interação com a comunidade, melhorando muito nossa relação com eles”.

“A aproximação com a comunidade é um fator importante, porque podemos conhecer melhor as famílias e seus problemas, e atuar de acordo com as necessidades da comunidade.”

Em relação aos PONTOS NEGATIVOS, alguns dos profissionais referem que apesar da melhora na qualidade do atendimento, ainda existem pontos negativos que interferem na completa implementação do PSF. Dentre eles temos: Falta de recursos, Excesso de funções, Baixa qualificação profissional, Falta de entrosamento da equipe, Falta de consciência e conhecimento do programa por parte da população, Insatisfação da população, Riscos enfrentados, Aspectos políticos e Sistema de referência.

A subcategoria **falta de recursos** possui três subcategorias: Recursos físicos, Recursos humanos e Recursos financeiros.

Em **recursos físicos** eles referem precariedade do ambiente de trabalho, falta de material e medicamentos.

“Falta e dificuldade para conseguir materiais para dar continuidade aos programas como por exemplo remédios e preservativos”.

“Faltam recursos financeiros para implementar o programa de acordo com sua filosofia. Não temos estrutura para receber o PSF”.

“O espaço físico das U.S. não é compatível para atuar em PSF, a demanda aumenta e o espaço continua o mesmo”.

Em **recursos humanos**, foi citada a falta de profissionais envolvidos no programa, de profissionais de determinadas áreas e falta de perfil profissional para desenvolver as ações preconizadas.

“Alta rotatividade e falta de pessoal tornam difícil a criação de vínculos com a comunidade. Tem poucos profissionais realmente envolvidos com o programa”.

“Falta de equipe multiprofissional como nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos”.

“Profissionais descompromissados com o PSF, que trabalham só pelo dinheiro, não cumprem a carga horária, não têm perfil para atuarem no programa, não querem e não gostam de fazer visita domiciliar, e quando fazem vão com o carro próprio, profissionais que atendem seus clientes em poucas horas e o restante do tempo ficam lendo, assistindo TV, conversando, comendo e até dormindo nos consultórios”.

Em **recursos financeiros**, eles referem-se aos salários baixos e diferenciados entre os membros da equipe e sem reajuste.

“Remuneração inadequada e diferenciada entre médicos, dentistas e enfermeiros. É injusto, pois as grandes questões técnicas são executados pelos enfermeiros, portanto a remuneração não é compatível com as funções e responsabilidades assumidas”.

“Há necessidade de melhores salários para toda a equipe e não só para os médicos, pois o baixo salário obriga o profissional realizar dupla jornada de trabalho”.

“Falta equiparação salarial entre todos os profissionais de nível superior, pois o salário não é condizente para todos os membros da equipe”.

Em **excesso de funções**, os profissionais reclamam da sobrecarga de trabalho devido a alguns fatores, como: população de risco, falta de profissionais para a equipe, demanda excessiva e descaso de alguns membros da equipe, seja por baixa qualificação ou pouco envolvimento com o programa, atribuição profissional e cobrança de produtividade.

“Existe muito stress nas equipes devido o envolvimento excessivo com determinados problemas e pela cobrança por parte da instituição. A cobrança de produtividade às vezes pode comprometer a qualidade do serviço oferecido, pois o profissional tem que produzir...produzir...”.

“A falta de profissionais nas equipes de PSF, acarretam em sobrecarga de trabalho para os outros, fazendo com que algumas ações do PSF não possam ser realizados. Existe uma demanda exageradamente maior do que a equipe é capaz de atender, tornando o trabalho estressante e o atendimento inadequado”.

“Alguns profissionais que não estão envolvidos no Programa e devido a pouca qualificação ou falta do perfil para desenvolver o trabalho do PSF. Eles só atrapalham o trabalho dos outros. Existem outros que ingressam no PSF em virtude do salário, e só querem cumprir o horário e receber no final do mês”.

Em **baixa qualificação profissional** os participantes desse estudo referem-se a: falta de preparo para o atendimento integral do ser humano, o que ocorre devido ao tipo de formação e herança cultural.

“Falta preparo do profissional para atendimento integral às famílias, eles estavam acostumados a atender em programas específicos e o PSF requer profissionais generalistas”.

“A formação biologicista dos profissionais de saúde muitas vezes impede que o sujeito seja visto no todo, os cuidados acabam se reduzindo somente à doença”.

“Falta de qualificação profissional, pois cursos de graduação não preparam os alunos, os cursos de especialização não estão dando conta da demanda, falta treinamento e a educação continuada inexistem em alguns municípios”.

Em **falta de entrosamento da equipe**, os sujeitos referem a existência de conflitos entre os membros da equipe, intrigas resultantes da política salarial e atuação do médico.

“A rotatividade dos profissionais é muito grande, isso faz com que o trabalho em equipe fique prejudicado, pois muitos projetos são interrompidos. Falta clareza quanto aos papéis de cada membro da equipe, dificultando o atendimento”.

“Existe intriga entre os funcionários do posto devido às diferenças salariais, pois para uns houve aumento de trabalho e não de salário”.

“...os médicos trabalham no máximo 5 horas, o restante do tempo fazem almoço na U.S. e assistem TV, isso é causa de discórdias e conflitos entre os demais membros da equipe”.

“Existem profissionais que ingressaram através da mediação política em virtude do salário e só atrapalham, desestimulando, boicotando e dando insegurança para os colegas que querem trabalhar”.

Em **falta de consciência e conhecimento do programa pela população**, eles relatam que a comunidade quer atendimento clínico, desconhecem o PSF, é dependente da US e falta apoio para divulgar o programa.

“A comunidade quer atendimento clínico, e não preventivo”

“Falta envolvimento político e participação da população para divulgar o programa para as famílias, para a população que não conhece ou que não sabe o que é o programa”.

“A comunidade tem dificuldade de entender o programa, ela cobra resolutividade imediata de seus problemas. Eles cobram o individual e não o coletivo”.

Em **insatisfação da população**, os profissionais referem que existem famílias que não estão satisfeitas com a implantação do PSF devido a: falta de entendimento da filosofia de trabalho, áreas sem cobertura; centralização da atuação médica; falta de comprometimento dos profissionais; priorização da assistência curativa; desvalorização das ações preventivas e não inclusão no programa.

“As famílias que não estão na área de abrangência não estão satisfeitos por não entenderem por que uns tem médico em casa e outros não”.

“Muito ruim para aquela parcela da população que insiste em freqüentar a US por qualquer coisa, reclamando que ao invés de estarmos na área deveríamos estar atendendo dentro da US”.

“A comunidade quer atendimento médico, medicamentos e consultas especializadas. Poucos valorizam as ações preventivas e o trabalho dos profissionais do PSF. A população não compreende ainda qual o significado do PSF”.

Em **riscos enfrentados**, os profissionais relatam o enfrentamento de riscos físicos e sexuais devido a violência estabelecida em algumas áreas de atuação.

“Os profissionais de saúde estão sujeitos a enfrentar riscos, pois enfrentamos problemas de violência física e sexual na comunidade. Droga e bandidos são assuntos delicados para serem trabalhados pois envolvem denúncia”.

“Enfrentar condições sub-humanas em determinadas áreas onde vive determinada população sem perspectivas de melhora. A drogadição impede a equipe de atuar em determinados locais”.

“Falta de segurança nas US”.

Em **aspectos políticos**, eles referem a falta de responsabilidade, descaso e descompromisso políticos, além de sua interferência no vínculo empregatício e nas ações realizadas. Falta também participação comunitária no planejamento e estabelecimento de metas e avaliação do programa.

“No local de atuação há irritabilidade profissional em relação a segurança no emprego, pois na maioria dos municípios há vínculo entre empregados e políticos, que conforme a época política pode ser desfeito”.

“A instabilidade profissional, devido a interferência política, fazem com que os profissionais vivam a expectativa do desemprego o que interfere em seu processo de trabalho”.

“Os gestores não têm condições de avaliar o programa pois não estabelecem metas claras. Alguns secretários de saúde cobram apenas atendimento da demanda, produtividade, parecem que não entendem nada de PSF”.

“Existe muita ansiedade dos profissionais pois o gestor não investe de acordo com as prioridades dos serviços e da população. Os recursos estão fechados em programas conforme obrigação imposta pelo MS”.

“Descaso total e descompromisso político do município. Há necessidade de maior empenho dos dirigentes do Município, Estado e União. Falta de envolvimento político e participação popular no planejamento e execução de ações para aumentar recursos e responder à demanda da comunidade”.

Em **sistema de referência**, eles relatam as dificuldades encontradas na utilização do sistema como fator de não resolutividade de suas ações e dos problemas encaminhados. Alguns relatam que trabalhar em PSF possui significado negativo em relação à sobrecarga e não cumprimento das diretrizes do Programa.

“Os níveis de referência e apoio às equipes de PSF ainda não estão bem estabelecidos e a maioria dos pacientes se tornam ‘bulmerangues’, ou seja, são encaminhados para o sistema de referência e voltam

para o nível local, muitas vezes, sem atendimento ou sem resolutividade de seu problema e o município não tem muita infra-estrutura e nem referência para consultas e exames especializados”.

“Falta intersetorialidade para o atendimento da demanda, há dificuldade para dar encaminhamento às demandas da comunidade”.

“Demora dos encaminhamentos de exames necessários para o diagnóstico de casos intrigantes e de atendimento de serviços especializados”.

Em SIGNIFICADO DE TRABALHAR EM PSF os participantes desse estudo relatam que participar do PSF oferece oportunidade de crescimento pessoal e profissional, maior contato e envolvimento com a comunidade, trabalho em equipe, doação, mudança do modelo de atendimento à saúde e incentivo à cidadania.

“Possibilidade de estar sempre aprendendo, trocando conhecimento com as famílias e com outros profissionais da equipe é estar sempre crescendo. É envolvimento, responsabilidade, compromisso, vínculo, afetividade, o que faz com que o profissional se sinta mais realizado”.

“Estar pronto para o que der e vier. É você se doar, Ter consciência da responsabilidade assumida, se envolver com a comunidade, tentando resolver seus problemas. É ter amor pelo que faz. É muito gratificante. Acho que nasci para esse tipo de trabalho, me realizo como profissional e como pessoa... é a concretização de um sonho”.

“Um sentimento de contradição pois ao mesmo tempo que é gratificante trabalhar com a comunidade, conhecer a história das famílias, tentar resolver seus problemas, devolvendo-lhes a cidadania, é angustiante não conseguir realizar todo trabalho proposto pelo PSF como demanda, estabelecimento de protocolos, etc...”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber que o PSF está sendo importante, para a mudança dos paradigmas do sistema de saúde vigente. Isso vai diretamente de encontro com o preconizado pelas políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde por ocasião da sua implementação, pois ele permite uma visão mais ampla do processo saúde-doença, oportuniza um atendimento humanitário, estabelece vínculos e faz com que a população seja co-responsável pelas suas ações. Nesse processo são enfocadas as ações de promoção e prevenção da saúde, satisfação da população, qualidade de vida, exercício da cidadania, tendo como um de seus pontos fortes o trabalho em equipe multiprofissional e sua relação com a população. O processo de trabalho desses profissionais visualiza o indivíduo na família e comunidade como um todo integrado, onde os problemas devem ser detectados através da interação e resolvidos com a participação de todos. Apesar das vantagens ofertadas pelo PSF, observa-se a ocorrência de fatores negativos como a falta de entrosamento da equipe, despreparo profissional, falta de recursos humanos e materiais e falta de conhecimento do programa por parte da população.

Acreditamos que o PSF, apesar de seus pontos negativos, está proporcionando às famílias e comunidades melhores condições de saúde e qualidade de vida, entretanto para que atinja seus objetivos plenamente ele deve envolver não só os profissionais e a comunidade, mas, também, os gestores em nível municipal, estadual e federal. Além disso, os órgãos fornecedores de recursos humanos em saúde devem preparar os profissionais para atuarem dentro da metodologia indicada para o programa, onde sua ação deve contemplar o todo, ou seja, eles devem ser preparados para serem generalistas e interagirem com a comunidade. A implementação desse modelo requer não apenas recursos humanos qualificados, mas, também, modificações de nossa herança cultural

onde profissionais e população estavam acostumados a uma política de saúde individualizada, centrada nas especialidades, hospitalocêntrica e biológica.

O PSF, sob a óptica dos profissionais que nele atuam, tem muitos pontos positivos e seu êxito depende da união de esforços, interação e responsabilidade dos gestores de saúde, profissionais e comunidade.

ABSTRACT: The mains of this paper are to retract the preoccupations of professionals who work in PSF about the impact of their strategies in work process. The methodology used was an exploratory and descriptive research, which the data collect instrument was a semi-structured questionnaire, responded for 40 professionals that work in PSF Curitiba's Metropolitan Regions, in 2003, June. After analyze and discussion data, we observed that health professionals related that PSF have positive and negative points and the mean of work in PSF established relationship, now the territory, attendant quality, satisfaction, results about health prevention and promotion, interaction. Negative points were: deficient resources, excessive functions, low professional qualification, team disengagement, conscientiousness' deficient and program know how people, people dissatisfaction, risks, political aspects and reference's system. These categories convey us to the central one: the PSF observed for the multidisciplinary team. We conclude that the PSF is a strategy that can improve the life of people, but, for this, is necessary improving local politics manager, human and professional resources.

KEY-WORDS: Patient care team; Family health program

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es retratar la preocupación de los profesionales que actúan en el PSF encima del impacto de sus estrategias en el proceso de trabajo. El método empleado fue la pesquisa exploradora descriptiva, se uso como instrumental para cojer los datos un cuestionario seme-estructurado que fue respondido por 40 profesionales que trabajan en el PSF, en diversas Unidades Básicas de Salud (UBS) – POSTAS, del área metropolitana de Curitiba – PR – Brasil, en el mes de junio de 2003. Después de analizar y discutir los datos pudimos ver que los profesionales de salud comentan que el PSF tiene lados positivos, negativos y significado de actuar en PSF. De su lado positivo citan: relaciones establecidas, conocimiento de espacio, calidad al atender, satisfacción, resultados mostrados con relación a la prevención y promoción de la salud y interacción. De su lado negativo citan: falta de medios, sobrecargas de tareas, baja calificación profesional, falta de entendimiento del equipo, falta de conciencia y conocimiento del programa por parte de la comunidad, insatisfacción de la comunidad, peligros enfrentados, visiones políticas y sistemática referencial. Estas clases nos llevan a una clase central: EL PSF SOBRE ELASPECTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR. Concluimos que el PSF es una estrategia capaz de mejorar la calidad de vida de la comunidad, más para que esto acontezca, hay necesidad de mejorar la dirección de las políticas locales, aumentar los recursos financieros y humanos, mucho más allá de mejorar la capacidad profesional.

PALABRAS-CLAVE: Grupo de atención al paciente; Programa salud de la familia

REFERÊNCIAS

- 1 Souza HM. Programa saúde da família: entrevista. Revista Brasileira de Enfermagem. 2000; 53 (n.º esp): 7-16.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Programa de saúde da família. Brasília; 1994.
- 3 Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cadernos Saúde Família 1996; 1(1): 10-15.

- 4 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Tese] Campinas (SC): Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP; 1998.
- 5 Sampaio LFR; Lima PGA. Biblioteca virtual en salud, <http://saudepublica.bvs.br>, 2002
- 6 Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde, portal.saude.gov.br/saude/, 2003
- 7 Almeida MCP; Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação 2001; 5: 150-3.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. 2.ed. Brasília; 1999.
- 9 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucetec; 1994.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de out/1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos: Brasília;1997.

Recebido em 05/02/2003 aceito em 10/04/2003