

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SIMONE GRATIVOL MARCHON

DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS QUE INTERFEREM NAS AÇÕES
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARARUAMA: SUGERINDO O
EMPOWERMENT COMO TEORIA ORGANIZACIONAL

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIMONE GRATIVOL MARCHON

DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS QUE INTERFEREM NAS AÇÕES
DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARARUAMA: SUGERINDO O
EMPOWERMENT COMO TEORIA ORGANIZACIONAL

Dissertação apresentada à Universidade Estácio
de Sá como requisito parcial para a obtenção de
Mestre em Saúde da Família.
Orientadora Prof^ª Dr^ª Zeilma da Cunha

Rio de Janeiro
2007

SIMONE GRATIVOL MARCHON

DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS QUE INTERFEREM NAS AÇÕES DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE ARARUAMA: SUGERINDO O
EMPOWERMENT COMO TEORIA ORGANIZACIONAL

Dissertação apresentada à Universidade Estácio
de Sá como requisito parcial para a obtenção de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Zeilma da Cunha

Profª Drª Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Elaine Franco dos Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esse trabalho aos meus queridos
filhos Caio e Maria Júlia e ao meu marido
Carlos Alberto pelo apoio constante, carinho,
respeito e amor, e pela paciência neste
período produtivo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, os meus sinceros agradecimentos a Deus que tornou possível a realização deste sonho, me dando a oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Agradeço, de coração, à Prof^a Dr^a Zeilma da Cunha por ter me “adotado” como sua orientanda e por ter me auxiliado com dedicação e seriedade a encontrar o meu caminho.

Aos meus professores, que me ensinaram a compartilhar o maravilhoso caminho da construção do conhecimento humano.

E a minha família, pelo acolhimento, pelo amor e pela paciência neste período de intenso aprofundamento científico.

De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que é preciso continuar...
a certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro. (Fernando Sabino)

RESUMO

Partindo de uma concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de seus atores sociais e suas práticas cotidianas, neste trabalho buscou-se refletir sobre as práticas diárias em saúde, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), no campo da Atenção Básica. Na conjuntura atual da política de saúde brasileira, o PSF tem desempenhado papel estratégico para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo teve o objetivo de identificar as principais barreiras de infra-estrutura, comportamentais e sócio-demográficas apontado pelos profissionais do PSF do Município de Araruama, onde utilizou-se o *empowerment* como teoria organizacional de gestão, que busca um projeto de saúde que tenha compromisso com a mobilização e participação de todos os profissionais da equipe, provocando uma mudança da mentalidade. Neste trabalho utilizaremos o conceito de *empowerment*, sendo a mudança da mentalidade tradicional de comando e controle para a criação de um ambiente apoiador, onde as pessoas possam crescer e dar o melhor de si, em benefício da organização. Os resultados apontam para a existência de desgastes profissionais das equipes de PSF, onde poderemos através dos tipos de *empowerment*: organizacional, individual e comunitário, estabelecer estratégias de ação para as principais barreiras de infra-estrutura, comportamentais e sócio-demográficas, apontadas pela equipe dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família/Araruama. Os resultados do processo de *empowerment* vão-se dar na relação equipe-equipe, equipe-profissional e equipe-comunidade.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Gestão de Saúde. *Empowerment*.

ABSTRACT

Considering the concept that health policies occur throughout services, by means of the actions of its social actors and their daily practices, in this study we reflected on the health daily practices in the context of the Family Health Program (FHP) in the field of Basic Attention. In the current Brazilian health policy conjuncture, the FHP is playing an important role for the construction and consolidation of Sistema Único de Saúde (SUS). The purpose of this study was to identify the major barriers associated with infra-structure, behavior and social-demographic factors pointed out by the 82 health professionals interviewed. According to the results, the application of *empowerment* as an organizational theory was suggested. The concept of *empowerment* refers to the change in mentality of the traditional command and control in order to create a supportive environment where people are able to develop a new mentality and give their best for the benefit of the organization. The results demonstrate that the major barriers which hinder the development of a better output for the solution of problems at the PSF activities were: the under qualification of the professional team, creating lack of stimulus; the low education of Community Health Agents, causing conflict of information among team members; and the lack of professionals with adequate profile in public health, reducing the commitment among themselves and with the community. The lack of stimulus, conflicts and lack of commitment among the team members can be minimized by the utilization of organizational, individual and community dimensions of *empowerment* creating new strategies of actions through the continued process of relationship among the team-team, team- professionals, and team-community.

Key-words: Program of Health of the Family. district of *Araruama*. Empowerment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Nome das unidades do Programa Saúde da Família no Município de Araruama e composição da equipe de Profissionais da Saúde.	48
Tabela 2	Distribuição por sexo e faixa etária dos profissionais de saúde das oito Unidades do Programa Saúde da Família de Araruama.	55
Tabela 3	Distribuição do nível de escolaridade e tempo de formação profissional dos membros das equipes do Programa Saúde da Família – Araruama.	56
Tabela 4	Apresentação do tempo de formação profissional dos membros das equipes do Programa Saúde da Família – Araruama.	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Meios de Comunicação e publicações relativas ao PSF, que os profissionais de saúde do PSF tem acesso. 57

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Questionário Preliminar	95
ANEXO 2	Questionário Para Profissionais de Saúde de PSF	98
ANEXO 3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	101

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVO GERAL	17
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
	FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SETOR DE	18
2.1	SAÚDE	
	INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DO SISTEMA DE	23
2.2	SAÚDE	
	ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO	25
2.3	REESTRUTURANTE DO SUS	
2.4	FAMÍLIA COMO FOCO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	30
2.4.1	Inclusão da família como foco de atenção das políticas públicas e de saúde	30
2.5	O PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
2.5.1	Alternativas para a modificação das condições de trabalho	38
2.6	O <i>EMPOWERMENT</i> COMO TEORIA ORGANIZACIONAL	41
2.6.1	O <i>empowerment</i> como estratégia	44
		47
3	METODOLOGIA	
3.1	MÉTODOS UTILIZADOS NA ETAPA 1	47
3.1.1	Seleção dos Sujeitos da Pesquisa	47
3.1.2	Características do Município de Araruama	48
3.1.3	Elaboração do Instrumento	50
3.1.4	Aplicação dos Questionários nas Oito Unidades Seleccionadas	52
3.1.5	Análise dos Resultados	52
3.2	ETAPA 2	53
		54
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	
		55
5	RESULTADOS DA ETAPA 1	
		59
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ETAPA 1	
6.1	FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	59
6.2	FATORES RELACIONADOS COM A INFRA-ESTRUTURA	63
6.3	FATORES COMPORTAMENTAIS	67
		74
7	ETAPA 2	
7.1	O <i>EMPOWERMENT</i> COMO FERRAMENTA DE GESTÃO	74
		83
8	CONCLUSÃO	
		88
	REFERÊNCIAS	
		88
	ANEXOS	
		95

1 INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana para Saúde - OPAS (1998), define “Promoção da Saúde ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Mas, a aplicação desta definição torna-se um grande desafio ao modelo esgotado do paradigma biomédico, no desenvolvimento dos programas de promoção à saúde nas últimas décadas. Por esta razão, o Programa Saúde da Família (PSF), tem sido objeto de interesse, sustentando a proposta de reorganização da atenção básica, reduzindo a deficiência ou a ausência de propostas consistentes de reorganização das práticas assistenciais (MS, 1997).

A Carta de Ottawa, produzida durante a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, é o documento institucional que merece destaque na linha de ação da Promoção à Saúde. O modelo de história natural de doença e seus níveis de prevenção desenvolvido no documento incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, como fator principal para aumentar a saúde e o bem estar geral. Dentre as atividades de promoção da saúde propostas neste documento, foram incluídas a boa nutrição, o atendimento as necessidades afetivas, educação sexual, boas condições de moradia, trabalho e lazer, exames periódicos e educação para a saúde, além do incentivo para que as comunidades busquem a autonomia e lutem pelos seus direitos (LEAVELL E CLARK, 1965; *apud* ANDRADE, 2001).

No Brasil, a promoção da saúde vem sendo referida como elemento fundamental, indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde. Grande parte dos documentos sobre promoção da saúde ressalta a importância e a necessidade de reorganização do setor saúde e, sob esta concepção, as ações de promoção da saúde, incluindo os indivíduos, suas famílias, condições que permitem a formulação de políticas públicas possibilitando aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde (CAMPOS, 2004).

O Pacto Pela Saúde 2006, é a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) sendo uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira. Um dos objetivos do Pacto Pela Saúde 2006, é a Atenção Básica à Saúde,

Consolidando e qualificando a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (MS, 2006).

Neste cenário, o PSF ampliou suas possibilidades de intervenção na promoção da saúde, pois está ligado às ações educativas, preventivas e de mobilização social, passando a fazer parte da maioria dos programas de saúde pública. Segundo Marques e Mendes (2003), o PSF constituiu-se a principal estratégia para o fortalecimento do nível de Atenção Básica, assumido pelo SUS, como porta de entrada.

No Brasil, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciou em junho de 1991. Em Janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Segundo os requerimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 1999, cada equipe do PSF deve ser composta por quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas.

Atualmente, o PSF está inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas à referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde das pessoas assim exigir (MS, 1997). De acordo com o Ministério da Saúde (1999), o PSF deve trabalhar com território de abrangência definido e responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita, recomendando que uma equipe seja responsável, no máximo, por 4.500 pessoas. As unidades básicas do programa devem ser 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 (MS, 2000).

Embora constatados os inúmeros avanços no campo da Saúde Pública Brasileira, ocorridos principalmente nas últimas décadas, as unidades dos PSF convivem de modo contrário com problemas diversos, tais como, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. Ainda, os baixos salários, indefinição no vínculo contratual dos funcionários e a disparidade salarial, são os principais fatores que interferem na atuação do trabalho em equipe, desestimulando a co-

participação do gestor/funcionário e conseqüentemente desvalorizando e excluindo os trabalhadores e usuários no processo de promoção da saúde (ARAÚJO; STOTZ, 2004).

Machado (2000) realizou uma pesquisa sobre o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros do PSF, com o total de 3.131 participantes, de todas as regiões do Brasil. De acordo com os resultados, a maioria dos médicos e enfermeiros, declararam ser desgastante o exercício de suas atividades no PSF e o vínculo precário foi um dos motivos alegados pelos médicos e enfermeiros como geradores deste desgaste profissional. Ainda: o excesso de trabalho; a falta de recursos humanos capacitados; materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso às áreas de trabalho; a baixa remuneração; a falha no sistema de referência e contra referência, foram apontadas como as principais causas de desgaste no exercício profissional (2000: 25).

No documento publicado em 2002 pelo Ministério da Saúde, também foram verificados alguns pontos, os quais precisam ser observados pelos gestores, tais como: rede de referência e contra-referência; a comunicação intra e inter setorial - integração dos setores; baixo envolvimento comunitário e controle social, os quais trazem como conseqüência o distanciamento dos profissionais pela falta de compromisso, responsabilidade e desmotivação dos mesmos, causando a baixa resolutividade no atendimento médico.

Observando também ser comum entre os profissionais a falta de estímulo, os desvios de função, as duplas jornadas de trabalho, a submissão às formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei e, ainda com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores. Ainda neste documento, foi observado, na maioria das vezes, que as unidades de PSF foram improvisadas, nas antigas unidades básicas, recebendo apenas um acréscimo a sua estrutura física, estando inadequada à planta mínima exigida pelo Ministério da Saúde (MS, 2000).

É importante que seja enfatizada uma visão compartilhada da estrutura organizacional e do gerenciamento, com responsabilidade pela aplicação do conhecimento e aprendizagem, o reconhecimento institucional dos funcionários, visando o estímulo ao mecanismo de escuta e interação permanente entre gestores e profissionais de saúde e os usuários do SUS, de forma que suas opiniões e percepções sejam valorizadas no processo de mudança de gestão.

Atualmente o *empowerment* vem sendo amplamente utilizado nos programas de promoção da saúde por está associado às formas alternativas de conscientização das realidades sociais, suporte mútuo, cooperativismo, democracia participativa, autogestão e movimentos

sociais autônomos. Segundo Gutierrez (*apud* BLANCHARD, 1996) o significado central de *empowerment* está no “ganho de poder”, sendo que poder neste contexto, traduz a habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção, principalmente no aspecto do *empowerment* social, no qual atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político para criar mudanças relevantes para a coletividade.

Considerando a complexidade dos fatores envolvidos no sistema de saúde em geral e mais especificamente nos PSFs, é importante que haja uma reformulação nas estratégias, que contribua para a efetividade das ações propostas. Neste contexto, coloca-se a discussão do *empowerment*, buscando-se múltiplas competências da equipe profissional, pelo nível de compromisso e responsabilidade esperado dos profissionais que compõe as equipes de PSF, pelo nível de participação desejado da comunidade na resolução dos problemas de saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença, pela humanização das práticas, busca da qualidade da assistência e de sua resolutividade (ALVES, 2005).

Para Blanchard (1996), o conceito mais significativo de *empowerment* é a mudança da mentalidade tradicional de comando e controle para a criação de um ambiente apoiador, onde as pessoas possam crescer e dar o melhor de si, em benefício da organização.

O presente trabalho identificou as barreiras que dificultam as atividades realizadas pela equipe do PSF/Araruama, sugerindo o *empowerment* como teoria organizacional, uma possível estratégia de ação para a solução das barreiras encontradas.

Diante do exposto, justifica-se como necessária a busca de informações sobre as principais barreiras, percepções e práticas em relação à efetividade das atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde do PSF/Araruama, que possam servir como base, na utilização do *empowerment* como teoria organizacional, para o planejamento e gestão das atividades a serem desenvolvidas.

Pelo exposto, o presente trabalho tem os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL

➤ Diagnosticar as principais barreiras de infra-estrutura, comportamentais e sócio-demográficas, apontadas pela equipe dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família de Araruama, sugerindo o *empowerment* como teoria organizacional.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

➤ Identificar as principais barreiras que dificultam as atividades realizadas pela equipe do Programa Saúde da Família do Município de Araruama;

➤ Analisar criticamente os conhecimentos, percepções e práticas dos profissionais de saúde que interferem nas atividades desenvolvidas no Programa Saúde da Família do Município de Araruama;

➤ Estabelecer estratégias de ação para a solução das barreiras encontradas, utilizando o *empowerment* como teoria organizacional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SETOR DE SAÚDE

Quando se busca solução para um problema de saúde, se recorre a um médico, a um posto de saúde, a um hospital, o resultado obtido é fruto dessa complexa e imbricada relação.

A revisão de literatura busca compreender estas relações que se estabelecem entre a formulação de políticas, a construção do conhecimento e a implementação das práticas no setor saúde.

Segundo Elias os múltiplos aspectos que interagem mutuamente concorrem, por um lado, para a disponibilidade de um determinado conjunto de ações e serviços ou por outro, para o surgimento de dificuldades de acesso aos mesmos. Mas, como se dá a construção coletiva e social da prática de saúde? Este é um processo dialético e pode-se supor que estejam envolvidas instâncias distintas, ligadas às dimensões política e técnica (ELIAS, 2003).

Segundo Merhy (2002), a persistência de um grave problema sanitário no país, entrou no século XXI, com expressivos segmentos da população ainda sem dispor de acesso à atenção à saúde de alguma natureza, apesar dos avanços que experimentou a saúde brasileira nas últimas décadas, graças ao processo de democratização e descentralização.

Labra e Buss (2002) referem-se primeiramente às condições institucionais, com o surgimento de consensos, que através do processo político, se estruturam em princípios constitucionais, passando pela regulamentação de dispositivos legais e seus respectivos mecanismos de financiamento. A seguir, refere-se àquela ligada ao conhecimento que segundo modelos teóricos, passa a dar concretude e a reger a organização e a gestão do sistema de saúde e, finalmente, a definir o conjunto de tecnologias que as ciências oferecem. Todas estas condições, uma vez combinadas, segundo sua relação de custo-efetividade, resultam em práticas de saúde e assistência voltadas para as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades.

Considerando ser este sistema um processo histórico leva-se sempre em consideração a herança recebida, desde a existência de uma cultura institucional arraigada em unidades de saúde com diferentes conformações e espaços de prática, a refletirem uma determinada concepção histórica e, este conjunto, se não determina, ao menos condiciona os propósitos futuros.

De acordo com Giovanella *et al.* (2000), o sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal, tem-se atualmente como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Portanto, torna-se consenso que estes devam abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento.

Assim sendo, busca-se criar as condições para que de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local e promoção da saúde, estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor.

Atender às necessidades e aos anseios da população foi a motivação básica para a criação do Sistema Único de Saúde. As dificuldades não residiam apenas no arcabouço institucional, isto é, no conjunto de leis existentes na época, que dava prioridade ao modelo no qual a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Há que se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos (ELIAS, 2003).

Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil e lenta transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor. Daí é importante considerar-se que atualmente, o SUS estaria ainda em gestação, especialmente por existir há pouco mais de duas décadas. Porém, em se tratando do setor saúde, é justificável a impaciência verificada com relação à lentidão com que se dão as mudanças, frente às urgências da população por mais saúde (MS, 2001).

Mesmo quando se consideram, dificuldades como as acima descritas, vários progressos têm sido alcançados. Um dos pontos a destacar é o desenvolvimento da atenção primária à saúde, formada por uma rede que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo, tanto em número absoluto quanto em produção de serviços e aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas. Criadas na década de 1930, essas unidades se multiplicaram por todo o país, e se expandiram, de forma acelerada, a partir dos anos 80. Esse foi um dos ganhos oriundos do processo de descentralização da saúde

previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2001).

Essa rede básica ampliou sua oferta de serviços segundo dois eixos fundamentais, através da prestação de atendimento médico ambulatorial nas especialidades básicas e a oferta de ações de caráter preventivo, segundo a lógica da promoção em saúde. Elias (2003) define a rede básica de saúde como sendo, “o conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, toma como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo”. Ainda assim, Elias (2003) reconhece que os programas de saúde buscam, com base em prioridades, eleitas segundo critérios como magnitude, vulnerabilidade, transcendência, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas, calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas, sendo essas ações a parte mais visível do trabalho das unidades básicas. E, reconhecem que é inegável terem alcançado progressos, que se refletem em melhorias de determinados indicadores sanitários, além disso, em diversos setores sociais, existe o apoio necessário à sua continuidade (MS, 2000).

Ainda assim, não se pode afirmar que o sistema como um todo sofreu as transformações substanciais esperadas, nem que tenha correspondido aos anseios da população, muitos problemas ainda persistem (LABRA; BUSS, 2002). A atenção básica tem que lidar com problemas estruturais que dificultam o atendimento da população, como: fragmentação do trabalho entre as equipes; a falta de recursos adequados para agilizar o trabalho; falta de treinamento dos funcionários para dar resolutividade no atendimento e baixa remuneração profissional.

Por exemplo, com relação aos programas de saúde, a opção feita por operá-los tomando por base as especialidades de cada área acarretou a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existe o recurso disponível, o cardiologista atua no programa de controle da hipertensão; o pneumologista, no programa de controle da tuberculose; o dermatologista, no programa de controle da hanseníase e assim por diante. Porém, os impasses decorrentes dessa forma de atuar são evidentes. Reproduz-se um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar, comprometendo as premissas da atenção primária à saúde.

Ainda, as dificuldades em se dotar cada um dos postos de saúde de recursos adequados, é evidente neste modelo de tal forma, que os postos possuem atendimento de pediatria, as segundas e sextas pela manhã, de clínica médica; as terças e quintas, de ginecologia e pré-natal; as quartas, etc. (MERHY, 2002; ELIAS, 2003). Por esta razão, acredita-se que esse modelo contribuiu para aprofundar essa fragmentação, devido às urgências de estender a cobertura assistencial, lotando-se profissionais para realizar, nas unidades básicas, consultas médicas ambulatoriais sem nenhum planejamento ou estudo para adequá-las às necessidades locais. Estas medidas foram, freqüentemente, organizadas na modalidade de pronto atendimento, sempre em número insuficiente e sem nenhum vínculo entre as equipes e os indivíduos (GIOVANELLA *et al.*, 2000).

Em conseqüência do atual modelo do SUS, ao invés do espaço comunitário em que se busca a integração da ação curativa com as de prevenção e de promoção à saúde, é comum a existência de filas de pacientes, desde a madrugada, em busca de "uma ficha" para atendimento com um especialista. Parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde. Segundo Cecílio (1997), os serviços ambulatoriais ficam como "peças soltas" dentro do sistema, na medida em que sua articulação tanto na rede de serviços básicos, como no hospital é mal-equacionada. Idealmente deveriam funcionar tanto como suporte mais especializado, com maior complexidade tecnológica e capacidade resolutiva, e também funcionar como cobertura aos pacientes em alta hospitalar, que continuassem necessitando de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, mas possível de ser realizado fora do ambiente hospitalar. Para tanto notamos também o despreparo dos profissionais na atenção básica, sem capacitação permanente para atender a todas essas necessidades.

Para Labra e Buss (2002), o trabalho nos estabelecimentos de saúde e entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelada, em eixo verticalizado, onde se organiza o trabalho do médico e entre estes os de cada especialidade médica, sucessivamente, em colunas verticais vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde.

Desta forma, a organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A super especialização e o trabalho fracionado fazem

com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Porque não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho (FRANCO *et al.*, 1997).

Segundo Mehry (2002), além da segmentação, há ainda o problema da atitude de alguns profissionais de saúde, cujo trabalho é marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, por um modelo assistencial voltado para a produção de ações baseadas em máquinas e procedimentos.

O resultado do trabalho do profissional de saúde orientado por este modelo se isola dos outros trabalhos em saúde, vai se especializando a introdução de cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa, voltada, eticamente, para si mesma. Desta maneira, estas intenções que comandam o trabalho do profissional de saúde comprometido com a produção de procedimentos estão articuladas com um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para os interesses privados estranhos aos dos usuários e isolado de um trabalho mais coletivo no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum dado objetivo, em termos da produção da saúde (MERHY, 2002).

Muitas dessas distorções não acontecem apenas no Brasil. Em vários países, o dilema com que se deparam os sistemas nacionais de saúde se circunscreve entre a necessidade de tornar universal a assistência médica de qualidade e a constante busca de contenção do gasto público e privado no setor, pois o modelo atual de atenção médica leva, inexoravelmente, ao problema do aumento sempre crescente de custos (LABRA; BUSS, 2002).

Tanto a ampliação de cobertura da atenção primária à saúde quanto à estratégia de melhorar a relação custo/efetividade, contida na lógica da programação em saúde, são tentativas de resposta a esse dilema.

De fato, em que pese à heterogeneidade do sistema de saúde brasileiro, composto de uma complexa mistura pública/privada, ganha a hegemonia, na estratégia de estruturação do SUS, a atenção primária à saúde, com o fortalecimento e a disseminação da rede básica, de

responsabilidade do poder municipal. E muitas vezes se desconfia ser essa forma de atuação do setor público uma política de focalização, uma espécie de cesta básica sanitária, destinada a atender, como mais um programa social aos grupos mais carentes e desvalidos da população (ELIAS, 2003).

É importante esclarecer que dar prioridade à prevenção não é, necessariamente, uma estratégia de contenção de custos, pois não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde. Estes são, segundo a Lei do SUS (Lei 8.080), assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Segundo Elias (2003), há urgência de se corrigir a tendência a uma assistência exclusivamente voltada para a atenção básica, em virtude da pequena capacidade, dos municípios, de proverem os investimentos necessários para se prestar serviços de assistência hospitalar, ou serviços especializados, ou garantir salários adequados aos profissionais de saúde.

2.2 A INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO NORTEADOR DO SISTEMA DE SAÚDE

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar na criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988).

De acordo com Merhy (2002), a prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim o fez para dar um sentido de mudança à forma, como historicamente se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje, se busca oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico.

Para Teixeira, Paim e Vilasbôas (2001) o primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham até os dias de hoje. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde. Em relação aos saberes e práticas a conformarem o campo da epidemiologia se estruturaram em organizações que desenvolveram, tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Desde o início do século passado, esses estabelecimentos foram responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva e atuaram predominantemente, sobre os problemas das coletividades, em áreas como a da educação em saúde, o controle de doenças contagiosas e de vetores, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e, mais recentemente, a prevenção de fatores de risco e a promoção à saúde. Os centros e postos de saúde foram a parte mais visível da ação (ELIAS, 2003).

Já a assistência clínica se organizou, notadamente a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal. A tarefa primordial deste tipo de assistência era o atendimento médico, especializado e individual em termos de tratamento e reabilitação (ELIAS, 2003). Somente no final da década de 1970, se iniciaram esforços, ainda que tímidos, para a integração do sistema dualista. Existiu, portanto, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro, sendo que essa divisão não se deu apenas nas estruturas administrativas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1997).

Assim, o Sistema Único de Saúde herdou uma rede de saúde que representa um desafio para a assistência integral. Embora tenha havido um aumento no número de centros e postos de saúde em nosso país, estes sofreram com as restrições orçamentárias, as soluções de continuidade na reposição de recursos humanos e sempre estiveram em segundo plano diante da rede hospitalar. Nem ao menos havia um sistema de financiamento para as ações municipais que não estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais. O financiamento por produção de consultas, exames, internações limitava, decisivamente, a expansão da atividade preventiva e coletiva. O país dispõe de uma rede de saúde muito mais centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída, segundo as regiões

(FRANCO; BUENO; MERHY, 1997). Leis e decretos mais recentes, relativos a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro, melhoraram as condições para que o gestor municipal possa cumprir o preceito constitucional da integralidade. As mudanças na lógica de financiamento se consubstanciaram na promulgação da Norma Operacional Básica-96 (UERJ, 1998).

Atualmente, novos conceitos vem sendo amplamente discutidos, nos quais consideram a família como principal eixo reestruturante e por isto considerada como a melhor estratégia no processo de prevenção e promoção da saúde.

2.3 A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO EIXO REESTRUTURANTE DO SUS

Iniciou-se um questionamento da estratégia anteriormente adotada, de organização das unidades básicas de saúde, com ênfase no trabalho de assistência médica por especialidades básicas. A forma como os estabelecimentos e organizações são concebidos e organizam suas práticas influi decisivamente na satisfação dos usuários e no impacto das ações sobre a saúde dos indivíduos. Sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortear o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia-a-dia da interação da população com os serviços de saúde (MERHY, 2002).

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica (GIOVANELLA *et al.*, 2000).

O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc.

Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos em termos de doença. Esse novo olhar sobre a saúde leva em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação

dos problemas. Propõe ainda o envolvimento de todos os setores inseridos naquela realidade e vê o indivíduo e a comunidade como o sujeito do processo (MERHY, 2002).

Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções (MERHY, 2002).

É preciso compreender que melhorar a qualidade de vida, promover a saúde de um indivíduo implica agir no contexto em que ele se insere, no espaço em que ele vive. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece. O indivíduo autônomo, independente, é uma abstração ideológica, ligada a uma determinada visão de mundo (GIOVANELLA *et al.*, 2000).

A atuação segundo as múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença insere-se nas formulações recentes, agrupadas sob o conceito da promoção da saúde. Apesar de promissora, a proposta de promover saúde é, ao mesmo tempo, desafiadora e complexa, tanto do ponto de vista político quanto do ponto de vista técnico. Muitas de suas ações envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde.

A promoção da saúde implica o estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, envolvendo pessoas e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida. Para se dimensionar a complexidade desse conceito pode-se utilizar a seguinte situação hipotética. Suponha-se que uma determinada secretaria de saúde municipal lance o seguinte desafio à sociedade local: na próxima década propomos elevar a vida média de nossos moradores em cinco anos. É sabido que esse tipo de proposta depende de inúmeras variáveis, tendo a secretaria de saúde uma responsabilidade limitada para o seu alcance. Certamente, mais anos de vida para todos vai depender de múltiplas estratégias, iniciando-se pela própria consciência dos indivíduos e famílias de que isto é possível e desejável. Portanto, o setor saúde não pode, de forma isolada, alcançar esta meta. Mas, ao mesmo tempo, deve exercer um papel de liderança, decisiva para estabelecer esta agenda, através de uma atitude propositiva, contribuindo para criar este cenário. (GIOVANELLA *et al.*, 2000).

Várias políticas públicas e mobilizações sociais necessitam, para o seu sucesso, de uma abrangência e compromissos que extrapolam o território municipal. É necessário que se discutam novas formas de relações sociais, de organizações e estabelecimentos que atendam melhor às necessidades de saúde e de qualidade de vida dos idosos, das crianças, ou ainda, dos portadores de deficiência, dos trabalhadores e não só a assistência às suas doenças.

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, emitiu a Carta de Ottawa, assim definindo a promoção à saúde:

“A promoção à saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, senão como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais assim como as atitudes. Por conseguinte, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde” (WHO, 1986).

A ampliação da definição de causa dos problemas de saúde exige a incorporação de novos saberes, tradicionalmente presente em menor peso, no setor. As ciências sociais, planejamento urbano, planejamento estratégico, geografia, educação para a saúde, ciências do meio ambiente, comunicação social são algumas das disciplinas necessárias.

O estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde. Esses problemas devem ser aqueles que emergem de discussões comunitárias.

No processo de construção de ambientes/indivíduos/comunidades saudáveis são fundamentais conceitos como direitos de cidadania, tais como: lazer, moradia, trabalho, equidade, responsabilidade social pela saúde, participação, entre outros. Porém, essa dinâmica necessita de determinadas ferramentas técnicas, como o acesso à informação, à educação, à gestão dos recursos disponíveis, etc. É fundamental um esforço de participação no planejamento, na análise das relações sociais e as condições objetivas de vida, reprodução e sobrevivência. É preciso definir as possibilidades de cada ator social e de todos para superar dificuldades, estabelecer compromissos e pactuá-los politicamente. É bom lembrar que pacto pressupõe um diálogo entre atores que se disponham a reconhecer a força uns dos outros, e não uma relação em que se busca o domínio e a imposição de um ator sobre o outro.

As ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver ações que reduzam, concomitantemente, os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento. Mesmo considerando a importância da especialização e das distintas áreas do conhecimento técnico das equipes é inadmissível que estas continuem trabalhando de forma isolada, cada qual voltada para a sua área de conhecimento.

Mais uma vez a vinculação das equipes ao território e a continuidade da atenção são imprescindíveis. Permitem o estabelecimento de um conjunto de prioridades, a partir da identificação de problemas e da eleição do planejamento do trabalho em saúde. As equipes locais devem trabalhar dessa forma, exercendo o papel de coordenação das ações de saúde em cada micro-área do Município.

A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e tem por objetivo partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas. Note-se ainda que o papel exercido por tais equipes evita que o próprio indivíduo, ou a família, tome para si, a responsabilidade de decidir a respeito da busca por serviços, atendimentos, exames, etc.

Para que ocorra a mudança das práticas de saúde conforme exposto acima, é necessário também a transformação na relação de trabalho da própria equipe de saúde. Urge uma nova forma de olhar o paciente, o colega de trabalho, e a si mesmo, como profissional de saúde. As equipes de saúde precisam oferecer mais do que a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais.

A criança volta toda semana com o mesmo quadro infeccioso ou respiratório, a mulher se queixa do nervoso ou da dor de cabeça que não tem solução. E assim se sucedem os pacientes, nos consultórios, com suas queixas recorrentes, diante das quais os profissionais se sentem impotentes, incapazes de agir de forma eficaz.

É indispensável que o profissional tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal. E talvez esta postura o leve a expor, clara e diretamente ao paciente, as possibilidades e os limites da intervenção através do serviço de saúde e passe a buscar, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Essa tendência começou a ser revertida devido à iniciativa de municípios em implantar Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Medicina de Família. Esses projetos,

inicialmente isolados, se disseminaram e resgataram, para a sociedade e para os sistemas locais de saúde, a figura do médico da família e comunidade. Passou-se então a questionar a estratégia anteriormente adotada, de organização das unidades básicas de saúde, baseada no trabalho de assistência médica por especialidades básicas.

A partir de 1995, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de implantar o Programa Saúde da Família em todo o território nacional. Ocorreu então a aceleração do processo de constituição de equipes, tornando-se um consenso à importância do médico de família para compor e liderar as ações previstas na Atenção Básica à Saúde (UERJ, 1998).

Atualmente o Programa Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária de reformulação do modelo assistencial da atenção básica, estando já implantadas cerca de 10.000 equipes de saúde da família no país. Esse número encontra-se em constante evolução, dado o ritmo de crescimento do total de equipes no país, as quais são, geralmente, compostas por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e entre 6 e 8 agentes comunitários de saúde, e em 2000 foram incluídos na equipe de PSF os profissionais de saúde bucal (MS, 2000).

As atribuições das equipes guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde. O Programa Saúde da Família pode, portanto, ser considerada o espaço das práticas de um novo modo de conceber o sistema de saúde. Essa nova lógica de atuação não deve se limitar à saúde da família, mas, sim, disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares (MS, 2000).

Daí deve-se buscar, nos programas de saúde coletiva, o estabelecimento de propostas de ação conjunta voltadas para solucionar problemas relevantes e particulares de cada território, agregando contribuições de diversas áreas técnicas, contribuindo assim para que as equipes locais possam estar capacitadas a tratar problemas de forma integral.

Evidentemente que se buscou demonstrar a viabilidade de se alcançar um Sistema Único de Saúde calcado na resolutividade de problemas de saúde como um bem público. Especialmente afirma-se aqui a factibilidade de se enfrentar problemas de saúde vividos pela sociedade brasileira como uma totalidade social, ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial. Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.

2.4 A FAMÍLIA COMO FOCO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O ano 94, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o "Ano Internacional da Família" constituiu-se também o marco/histórico brasileiro de oficialização da família, como foco do cuidado profissional de saúde em atenção básica, através do Programa/Estratégia de Saúde da Família ou PSF (MS, 2000). Desde então, o PSF constituiu-se como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a missão de ser o "eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil" (MS, 1997).

Inicialmente formulado como programa, passa a ser definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF.

O PSF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. Integra-se numa rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema de problemas identificados na atenção básica (MS, 1997).

Em 2006, o PSF estava implantado em 5.106 municípios brasileiros (91,8%), dispondo do total de 26.726 equipes de saúde da família (ESF), efetuando a cobertura de 185.619.807 pessoas. Tais dados apontam para a importante difusão, interiorização dos profissionais de saúde e ampliação da cobertura da população com ações de saúde (MS, 2007).

2.4.1 Inclusão da família como foco de atenção das políticas públicas e de saúde

A família vem se mantendo ao longo da história da humanidade como instituição social permanente, o que pode ser explicado por sua capacidade de mudança/adaptação, resistência e por receber valorização positiva da sociedade e daqueles que a integram (MAGALHÃES, 2001).

As possibilidades de desagregação do tecido social, traduzidas pelo abandono de mulheres e crianças, crescimento da violência, deterioração das redes de solidariedade, de ameaça de pauperização, levaram organizações internacionais a exercer pressão sobre os Estados,

ênfatizando "a necessidade de recuperaçãõ da importãncia da família como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construçãõ da identidade" (MIOTO, 2001). Essa pressãõ é evidenciada fortemente na Conferência Internacional sobre Populaçãõ e Desenvolvimento, realizada em setembro 1994, sob o patrocínio da ONU, no Cairo/Egito, e cujo objetivo foi concluir um Programa de Açãõ sobre Populaçãõ e Desenvolvimento, validado por 179 Estados representados (MAGALHÃES, 2001).

O Programa tomava por base outros encontros internacionais de peso, como a Conferência Mundial de Populaçãõ (1974), a Conferência Internacional de Populaçãõ (1984), a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Cúpula Mundial em Favor da Infância (1990) e a Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993). A partir daí, a família é assinalada ênfaticamente, no capítulo dos princípios do Programa de Açãõ, como unidade básica da sociedade e como tal deveria ser fortalecida. As diversas formas de família, em diferentes sistemas culturais, sociais e políticos passarãõ a serem reconhecidos. Também se reconhece as importantes mudançãs na composiçãõ e vida familiar, decorrentes do processo de rápida transformaçãõ demogrãfica e socioeconômica, condições como migraçãõ e mudançãs conjunturais, com rebaixamentos socioeconômicos os quais aumentam as pressões sobre a família. Assim sendo a OMS recomenda que:

“Os governos formulem políticas sociais e de desenvolvimento que facultem o necessário apoio e proteçãõ às famílias e respondam cabalmente às necessidades diversas e em mutaçãõ das famílias. Os governos deveriam, em conjunto com ONG’s e organizações comunitárias, buscar formas inovadoras de prestar assistênça às famílias e indivíduos que possam estar afetados por problemas tais como extrema pobreza, desemprego crônico, violênça doméstica e sexual entre outros” (OMS, 1994).

Desta forma, os objetivos traçados com relaçãõ à família requeriam, entre outros, a elaboraçãõ de políticas e leis que apoiassem a família, contribuíssem para a sua estabilidade, levassem em conta sua pluralidade, promovessem a igualdade de oportunidades para os membros da família, em especial das mulheres e criançãs.

Na década de oitenta, os programas de inserçãõ da família nos cenários das políticas públicas e de saúde brasileiras ganham impulso, em funçãõ de interesses diversos, sejam do Estado, da sociedade civil ou de organismos internacionais.

No Brasil, a sociedade civil brasileira, mais especificamente as igrejas, se anteciparam em relaçãõ ao Estado, estruturando e consolidando as primeiras intervenções junto à família. São

exemplos disso a Sociedade São Vicente de Paula, os cursos de noivo, o Movimento Familiar Cristão, Encontro de Casais com Cristo e Pastoral da Criança (VASCONCELOS, 1999). As iniciativas estatais se apresentaram como associações de pais e mestres e os centros sociais urbanos, com clube de mães e cursos de gestantes. No Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), fundado durante a Segunda Guerra Mundial, valorizaram-se as visitas domiciliares, já na década de 90, voltou-se para Estatuto da Criança e do Adolescente.

A preocupação com o crescimento da violência e consolidação do conceito de famílias de risco produziu uma pauta de discussão mais ampla dos problemas familiares. Por fim, o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a valorização da família nas agendas das políticas sociais brasileiras.

Analisando-se as posições emergentes de setores ligados ao PSF, ou seja, oficial, acadêmico e campos da prática, é possível identificar ambivalências, diferenças, contradições, insuficiências, na forma de efetuar a abordagem da família. Na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcializada ou identificada através de representantes e substitutivos, ou ainda, como referência genérica no âmbito das políticas sociais e é tomada como problema e transformada em objeto terapêutico (MIOTO, 2001).

Propõe Mioto (2001) que no cenário do PSF, a família vem sendo abordada de diferentes formas quais sejam:

- a) família/indivíduo;
- b) família/domicílio;
- c) família/indivíduo/domicílio;
- d) família/comunidade;
- e) família/risco social e
- f) família/família.

a) Família/indivíduo: nesta abordagem a família se concretiza na perspectiva do indivíduo, que é o foco real de atenção, podendo ser mulher, a criança, o portador de diabetes, ou seja, a família é o cliente nominal, mas não é "objeto" do cuidado. Ainda, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades para com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação e treinamento. A família também é tida como aquela que interfere positiva ou negativamente no processo de saúde/doença do indivíduo. Dado a expectativa de

deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, vista de forma multidimensional, são freqüentemente esquecidas, além de serem objeto de juízos de valor, por parte da comunidade e de profissionais.

b) Família/domicílio: nesta abordagem o ambiente, a infra-estrutura material da família, as condições de cuidado desse ambiente são o foco de atenção. O substitutivo, o que toma lugar ou representa a família é, pois, seu espaço/contexto físico. O domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo de saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde, ou de outras que estão em situação de risco sócioambiental.

c) Família/indivíduo/domicílio: nesta abordagem unem-se os sentido/conteúdo de família/indivíduo e família/domicílio, diferenciando-se por ser focado, agora, num doente presente no domicílio ou em outros indivíduos sob circunstâncias específicas do processo de saúde/doença (exemplo: a puérpera, o recém-nascido, o idoso, hipertenso, agressor). Intensifica-se a expectativa quanto a papéis, deveres, responsabilidades da família e a educação em saúde para o tratamento e cuidados do paciente. Muitas vezes essa família, envolvida em argumentos de humanização da assistência, recebe a incumbência de aliviar o oficial de sistema de saúde, enxugado/contido pelas exigências do modelo neoliberal. A exaustão da família e os efeitos nocivos dessa condição nem sempre são percebidos ou considerados. Também há resistências em se fazer correlações entre a deterioração da saúde física ou mental de membros da família (que vão desembocar nos serviços de saúde) e as situações vividas de excesso de deveres e recursos limitados.

d) Família/comunidade: neste tipo de abordagem a família se transforma em as famílias, sua identidade e processo de viver definem-se sob parâmetros universais, proveniente do contexto, da inserção social, do ambiente físico social da comunidade. Os processos são universalizados, a singularidade e a individualidade, esvaziadas. As medidas cuidativas são aplicadas às famílias. As famílias têm responsabilidade para com os problemas locais da comunidade, tais como marginalidade, violência, ou seja, agrega o enfoque de família/agente, que deve viabilizar ações através de voluntariado, associações, etc.

e) Família/risco social: neste enfoque a atenção está dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas em exclusão social, que vivem em comunidades periféricas. A estrutura da família, suas condições materiais e sociais de sobrevivência estão

continuamente problematizadas e por isso a família não consegue realizar sua missão, devendo receber ajuda para voltar a funcionar. Essas famílias são depositárias das concepções dialéticas vigentes nos espaços sociais, ou no conflito dado entre concepções protetoras/solidários/cidadãs e aquelas discriminadoras/julgadoras/fóbicas. Os profissionais da saúde, dado as construções ideológicas conseqüentes à sua inserção social e formação profissional estarão no processo, impactados por essas contradições.

f) Família/família: nesta abordagem a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, enquanto possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, pactuações, saberes, fazeres e necessidades. O ser e viver da família ultrapassa ao que corresponderia à soma das individualidades. Essa abordagem requer consideração das condições materiais e simbólicas conseqüentes à inserção social da família; sua organização e dinâmica; à disponibilidade de redes de proteção; desempenho social esperado, dentre outras.

Há, pois, oportunidades de sucesso e possibilidades de riscos, para todas as famílias (de desagregação, de empobrecimento, de adição, de isolamento social, de violência, de negligências, etc.). Embora cada família tenha sua especificidade de ser e viver; também têm "zonas" de identificação com outras famílias dado as influências macrossociais. Assim, a assistência em saúde da família requer enfoque multidimensional do ser e viver família, em sua interface com o processo de saúde doença e se concretiza nos diversos ambientes por onde ela transita e em sua cotidianidade.

Por fim pode-se concluir, referente à visão da Gestão em Saúde Pública em relação à família, que a inclusão da família como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços, como contribuição do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; elege-se aquele que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde (MS, 1997).

Porém, mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF real. Nesse cenário os diferentes atores podem trabalhar com múltiplas abordagens de família, produzindo-se o entendimento de que se fala e cuida de um mesmo objeto.

Mesmo o PSF tendo um caráter excessivamente prescritivo, não se encontram em documentos oficiais, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões

levantadas sobre dinâmica familiar, ou como aplicar a Teoria de Sistemas, adotada pelo PSF, mantendo a evidência de que a família é predominantemente uma referência na atenção básica de saúde (FRANCO, 2002). Para Alonso (2003), o que decorre é que:

“A metamorfose dos papéis e objetivos assistenciais adere-se à indefinição de questões conceituais, principalmente, sobre família e intimidade, às disjunções presentes no conjunto assistencial do Sistema de Saúde, às fragmentações das ações de saúde junto à família decorrentes do modelo multidisciplinar adotado no processo de trabalho da ESF.”

Por fim, ressalte-se que a proposição interpretativa configurada nesta revisão de literatura requer novos olhares, pelos quais poderão contestar, modificar, ampliar as abstrações efetuadas. Análises e reflexões podem reparar insuficiências, preparando os caminhos para ações mais efetivas, exigidas ao se declarar à família o foco principal do cuidado profissional de saúde em atenção básica.

2.5 O PROCESSO DE TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Na segunda versão oficial publicada pelo Ministério da Saúde (1997), o PSF foi definido efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue abrigo tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.

As equipes de saúde da família, formadas basicamente pelo médico generalista ou de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, têm como objetivos centrais à prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família.

Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (MS, 1997).

Essa proposta constitui-se em um importante desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial atual e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética. Ademais, esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico, seja na formação profissional, ou na prática assistencial hegemônica.

Segundo Bertoncini (2000), por meio de uma pesquisa efetuada com profissionais das equipes de saúde da família, identifica mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta do PSF, reforçando os autores que apontam o potencial positivo do programa.

Fertonani (2003), estudando o trabalho de equipes do PSF, encontrou que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência e as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

As equipes de saúde citam como mudanças em seu trabalho atuarem de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; contarem com maior adesão da população; desenvolverem um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; produzirem ampliação das ações de promoção; terem a possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/ comunidade; reduzirem as internações hospitalares; produzirem melhora do acesso da população à rede básica de saúde; efetuarem o diagnóstico das doenças mais precocemente; introduzirem práticas assistenciais inovadoras; incrementarem a utilização de práticas assistenciais de baixa aplicação no modelo anterior.

Soares (2000), também aponta inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, tais como:

“(...) alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas (que passou a girar em torno de 90%)”.

Esses impactos se constituíram fatores motivadores da disseminação do PSF pelo País. Porém, é importante destacar, que uma série de condições envolvendo o processo de trabalho das equipes do PSF dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo.

Soares (2000), analisando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, como carros-chefes da mudança do modelo assistencial, coloca as dificuldades para que isso ocorra, segundo seus estudos: a imposição dos programas pelo MS; o fato de serem totalmente normatizados no nível central; o fato de serem financiados por incentivos financeiros internacionais; a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos municípios; a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde; ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção - o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída; a desconsideração da complexidade do quadro epidemiológico brasileiro e, finalmente, a substituição de profissionais qualificados da Enfermagem por pessoas sem qualificação, com contratos precários de trabalho, com sérias limitações na resolução dos problemas de saúde da população.

Pesquisa sobre PSF no Brasil realizada por Machado (2000), demonstra necessidade de treinamento e especialização profissional, pois apenas 39,53% entre médicos e 35,49% de enfermeiros fizeram alguma especialização na área; Os dados apontam que no país, 45,88% dos médicos e 43,67% dos enfermeiros são incorporados ao PSF por meio de contrato temporário de serviço, verificando ausência de alguma padronização na forma de contratação e somando outras formas de contratação, observa-se que em torno de 61% dos profissionais não têm garantias jurídicas de direitos trabalhistas. O autor coloca o vínculo precário como um dos motivos alegados pelos médicos e enfermeiros como geradores de desgaste profissional. Ainda, o excesso de trabalho, causados pelo número excessivo de famílias que são responsáveis; a falta de recursos humanos, materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso à área de trabalho; a baixa remuneração, a falha no sistema de referência e contra-referência foram apontados como as principais causas de desgaste no exercício profissional.

O documento do Ministério da Saúde (1998) propõe a aplicação de uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham no PSF, uma vez que estes deveriam atuar em regime de 40 horas/semanais. Para obter dedicação integral ao programa e fixar os profissionais qualificados, muitas vezes em área distantes dos centros urbanos, tem sido necessário oferecer um salário superior ao que normalmente é pago aos trabalhadores de saúde. Entretanto Machado (2000), coloca que segundo os entrevistados o salário não é satisfatório para uma jornada de 40 horas, e que os enfermeiros tem uma renda mensal menor que a dos médicos, e a diferença

salarial entre as duas categorias constrói um fator desencadeador de conflitos no interior das equipes de PSF.

Em pesquisas realizadas por alguns autores, como as de Bertoncini (2000), Costa *et al.* (2000), Souza (2000), têm exposto as condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas de contrato, a infra-estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócio políticas para desenvolvimento do trabalho.

2.5.1 Alternativas para a modificação das condições de trabalho

O trabalho no PSF pretende, segundo seus defensores, constituir-se em uma "estratégia estruturante" de um novo modelo assistencial em saúde. Após nove anos de implementação do PSF no Brasil, estudos sobre a realidade atual, mostram que existem tanto pontos positivos na proposta, quanto aos problemas em relação a condições de trabalho. Além disso, verifica-se a persistência dessas características no trabalho dos programas de saúde em geral, bem como no trabalho desenvolvido no PSF (MS, 2000).

O Ministério da Saúde (2006) coloca alguns pontos como desafios institucionais para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro destacando-se: (1) a expansão e estruturação de uma rede das unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; (2) a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados; (3) a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais freqüentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais; (4) ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão; (5) revisão dos processos de formação educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; (6) a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; (7) a institucionalização de processos de acompanhamento,

monitoramento e avaliação da atenção básica; (8) ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção.

Uma das características do trabalho no setor de serviços, apontadas por Offe (1991), sugere que se deve requerer uma forma mais flexível de planejamento, em virtude da imprevisibilidade da demanda, do momento de consumo e do tipo de serviço que será necessário. Essa característica torna mais complexa a questão do financiamento em saúde, porque, mesmo em condições ideais de não-desperdício e de alta competência técnico-gerencial, é preciso considerar a necessidade de "estar disponível para" situações de emergência ou para desenvolver ações de custo elevado. Porém, o autor enfatiza que essas situações não podem ser submetidas, unicamente aos critérios econômicos.

Campos (1997) aponta alguns eixos operativos úteis para potencializar o trabalho em saúde, tais como o jogo entre autonomia e responsabilidade, gestão participativa e mudança de aspectos da clínica e da saúde pública. A posição em favor de uma radical autonomia de profissionais e instituições é defendida por vertentes da administração de recursos humanos em saúde, que têm no pagamento por produção o principal mecanismo regulador do trabalho. O autor argumenta que esse mecanismo pode aumentar a produtividade, mas não dá conta de articular trabalho e compromissos sólidos com a produção da saúde: "A capacidade de se definir e cobrar responsabilidades destes modelos de gestão é, portanto muito pequena". Terceirização do atendimento a clientes, compra de serviços de cooperativas, pagamentos por produção ou lógicas baseadas na produtividade, geram superprodução de atos desnecessários e mais rendosos, em detrimento dos necessários e pouco remunerados.

Segundo Campos (1997), é possível ser tentados arranjos institucionais que atendam pelo menos a três critérios, combinando autonomia e responsabilidade atribuída aos profissionais. Esses critérios às vezes são antagônicos entre si, mas se constituem em aspectos gerenciais importantes. O principal critério para validar um arranjo institucional é a capacidade de "produzir saúde" do serviço ou da equipe; um outro critério seria a viabilidade técnica, financeira e política dos projetos ou arranjos acordados (dinheiro, armação político-institucional, saberes e meios); o terceiro critério consideraria realização profissional e financeira dos trabalhadores da saúde. Do

ponto de vista prático, seria desejável buscar-se sempre a máxima realização possível dos três critérios.

Ainda para Campos (1997), "*(...) a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional*". Organizar o atendimento clínico com base no vínculo permitiria que as instituições acompanhassem e identificassem os resultados do trabalho de cada profissional e ainda fomentaria o exercício da cidadania pelo paciente. Segundo o autor, "*é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho*". Isto pode ser favorecido pela utilização de mecanismos que permitam o envolvimento e participação em novas formas de funcionamento institucional, na reinvenção como possibilidade cotidiana, comprometendo trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

A expressão multidimensional das necessidades de saúde sejam elas individuais ou coletivas, o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele, o processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos, requerem múltiplos sujeitos, para darem conta da totalidade das ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vistas à assistência integral. A mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição. Por outro lado, ações isoladas, ações justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde (SCHRAIBER, 1999). Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção de cuidados, ou seja, é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Ainda, significa também, utilizar a interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica.

De acordo com Schraiber (1999):

“O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar”.

Pires (2000) defende a posição de que:

“(…) é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador

da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do *locus* do trabalho com deformidade”.

A literatura demonstra que as condições de trabalho em saúde se deterioraram no Brasil, a partir do final da década de 80, pela influência da política neoliberal e em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente, ao mesmo tempo em que o setor de saúde é submetido à rígida contenção de custos (MS, 1997).

Conforme Bertoini (2000), *"as equipes saúde da família transitam num ideário permeado de contradições, espaço de luta no qual os vários projetos dos atores sociais em situação divergem e convergem"*. Nas atividades das equipes de saúde da família, evidenciam-se os conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem.

A tarefa é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção e ação nas diferentes dimensões dos problemas apresentados. Portanto, é importante buscar alternativas, que neste contexto, possibilitem a habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma desejada direção no qual, os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político para criar mudanças relevantes para a coletividade. Atualmente, o *empowerment* vem sendo utilizado como uma teoria organizacional que permite minimizar tais situações.

2.6 O EMPOWERMENT COMO TEORIA ORGANIZACIONAL

Segundo Wilkinson (1997), o *empowerment*, associado à gestão de recursos humanos e gestão da qualidade total, é considerado como uma possível solução para o velho problema sobre ambientes tayloristas e burocráticos onde a criatividade é sufocada e trabalhadores sentem-se alienados e descontentes. *"Produtividade através das pessoas"* e o *"consumidor é o rei"*, são frases que contextualizaram os movimentos de *empowerment*. A mensagem era que o sucesso organizacional estava baseado na cultura administrativa, novo paradigma passa a ser focado na desburocratização, na descentralização, na flexibilização e na inovação (BLANCHARD, 1996).

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado as noções de distintos campos de conhecimento. É uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX (BLANCHARD, 1996).

Entende, esse autor, que a carência de um embasamento teórico consistente e as múltiplas interpretações sobre essa noção na literatura, são elementos que dificultam a utilização desse conceito no campo da saúde, o que demanda um pensamento crítico, que adjective e esclareça o significado do mesmo.

Essa dificuldade está refletida no modo com que esta teoria vem sendo traduzida em textos nos idiomas português e espanhol: para alguns é sinônimo de "empoderamento", "apoderamento" e, para outros, de "emancipación". Desta forma, apresentam significados distintos, uma vez que "apoderar" é sinônimo de dar posse, "domínio de", "apossar-se", "assenhorear-se", "dominar", "conquistar", "tomar posse". São definições que diferem do verbo "emancipar", que significa, por sua vez, "tornar livre, independente". A inexistência do termo "empoderamento" na língua portuguesa e a diversidade de sentidos do termo "apoderamento", ilustram a dificuldade de realizar a tradução fidedigna de *empowerment* para o nosso idioma. Por esta razão, neste estudo optou-se por utilizar o termo original: *empowerment*.

Observado por Riger em seus estudos (2000), coloca à formulação de uma imagem do indivíduo "*empowered*" (com poder), reflete como sendo aquele que é "comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio".

Uma extensiva revisão da literatura sobre *empowerment* feita por Rodwell (1996), identificou que o conceito é largamente usado em vários segmentos da sociedade e no contexto dos cuidados de saúde, incluindo: saúde mental (ROGERS, 1990; MALIN & TEASDALE, 1991); promoção à saúde (GOTT; O'BRIEN, 1991; YEO, 1993); saúde da mulher e movimentos feminista (MASON *et al.*); *empowerment* de estudantes (CHAVASSE, 1992); *empowerment* de crianças (KALMINS *et al.*, 1992); *empowerment* de pais solteiros (LABONTE, 1998); *empowerment* de comunidades (MCMURRAY, 1991) e *empowerment* de pessoas com Aids (DE LA CANCELA, 1989). Gibson (1991) aponta ainda movimento dos negros (DAWIS, 1988), direito gay (MINKLER; COX, 1988).

Outros autores examinaram, o conceito de empowerment em diversas disciplinas e campos profissionais com uma larga variedade de definições, a partir de diferentes alcances: individual, organizacional e comunitário (ISRAEL *et al.*,1994). No seu sentido mais geral, estes se referem à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria da sua situação de vida. Para Wallerstein e Bernstein (1994), analisam o *empowerment* nos três seguintes níveis:

1. *Empowerment* Individual ou Psicológico, quando se refere à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida. *Empowerment* Individual combina com eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões (1994:152).

2. *Empowerment* Organizacional quando se refere ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder. Ele utiliza em processo cooperativo de tomar decisões e está envolvido em aumentar os esforços em direção de uma mesma meta definida (1994:153).

3. *Empowerment* Comunitários, sendo aquele onde o indivíduo e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo. É composto de capacidade e ação; onde capacidade é definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação é definida por conseguir uma razoável partilha de recursos (1994:153).

Portanto, o processo de *empowerment* eficiente deve envolver tanto componentes individuais como coletivos. Assim sendo, o processo *empowerment* eficaz precisa contemplar quatro níveis:

1- Cognitivo – onde interessa a conscientização sobre a realidade e as causas da dominação masculina (luta do feminismo);

2- Psicológico – ligado ao desenvolvimento de sentimentos de auto-estima e autoconfiança, requisitos para a tomada de decisões;

3- Econômico – que relaciona a importância da execução de atividades que possam gerar uma renda que assegure certo grau de independência econômica;

4- Político – que envolve a habilidade para analisar e mobilizar o meio social com vistas à nele produzir mudanças.

2.6.1 O *Empowerment* como estratégia

O pensamento administrativo evoluiu para atender às necessidades da organização no competitivo mundo capitalista em que vivemos atualmente. As mudanças da produção em massa para a produção enxuta levam as organizações a repensarem sua forma de administração para continuar competindo neste mercado dinâmico e mutável. Um ambiente competitivo, dinâmico e complexo, onde a necessidade de inovação é fator determinante para o sucesso das organizações, exige que as pessoas estejam cada vez mais envolvidas em processos decisórios associados a estratégias de organização da saúde pública (BLANCHARD, 1996). De acordo Slack et al (1999), o *empowerment* capacita as pessoas nos processos decisórios na organização, é uma abordagem de projeto do trabalho resultante do processo de transformação das empresas para adequá-las a ambientes competitivos, complexos e dinâmicos. Segundo Blanchard (1996), o aspecto mais significativo do *empowerment* é a mudança da mentalidade tradicional de comando e controle para a criação de um ambiente apoiador, onde as pessoas possam crescer e dar o melhor de si, em benefício da organização. Enquanto Randolph (1995); *observou que o empowerment* é o reconhecimento e liberação dentro da organização do poder que as pessoas já possuem na riqueza de seus conhecimentos úteis e na motivação interna. Ainda, Herrenkohl, Judson & Heffner (1999), define o *empowerment* como um conjunto de procedimentos que buscam a interação e o envolvimento das pessoas com o trabalho e que as impulsionam a tomar iniciativas e a interferir com ações no processo produtivo; Cunningham & Hyman (1999), refere-se ao comprometimento dos empregados em contribuir para as decisões estratégicas com o objetivo de melhorar o desempenho da organização; Wilkinson (1997) considera o *empowerment* como uma referência muito comum na década de 80, baseada na mudança de atitude voltada para o envolvimento dos funcionários nos processos de inovação; Pfeiffer & Dunlop (1990) afirma que o *empowerment* consiste da capacitação e da valorização do funcionário para contribuir em inovação e resolução de problemas em seu local de trabalho.

De acordo com as diferentes definições acima, observamos que o *empowerment* utilizado como ferramenta na gestão pode também contribuir para superar uma grande deficiência do movimento de promoção à saúde, devido à ausência de proposta consciente de reorganização das práticas assistenciais. Acreditamos que este pode nos instrumentalizar, no delineamento de ações

que tenham como objetivo a superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre profissionais e usuários.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1988), na definição de *empowerment*, coloca-a como bastante ampla e significativa, pois permite a mobilização de indivíduos e grupos na tomada de consciência do que está em jogo para alcançar seus objetivos. A definição de *empowerment* parece subscrever a de promoção da saúde contida na Carta de Ottawa. Na perspectiva do Banco Mundial ao definir, o *empowerment* como “a expansão de vantagens e capacidades (ou habilidades) de pessoas pobres para participar, negociar, influenciar, controlar e sustentar incontáveis instituições que afetam suas vidas em busca do bem comum” (WORD BANK, 2004; *apud* ANDRADE, 2001).

Portanto, não podemos perder de vista a importância de grupos, pois eles contribuem para o *empowerment*, mesmo que de forma pontual, trabalhando para projetos focalizados.

Na Saúde Pública, Gohn (2004) reconhece que o Programa Saúde da Família (PSF), pode ser utilizado como exemplo deste novo perfil de atuação da sociedade civil organizada, via mediação das ONGS e outras instituições. O agente comunitário de saúde (ACS), um novo profissional de saúde (MS, 2002), atuante e integrado a uma equipe médica, apresentando um trabalho novo, com geração de renda, onde na maioria dos ACS, tem pouca experiência profissional ou capacitação. As informações importantes do cadastramento familiar realizado pelo agente comunitário e o mapeamento das necessidades locais, além das informações importantes não obtidas anteriormente pela equipe de saúde, necessitam do *empowerment*. Uma vez que, por meio do *empowerment*, a promoção da saúde viabiliza-se através da participação e comunicação em saúde, recursos ou instrumentos de mobilização da sociedade civil (ARAÚJO; STOTZ, 2004).

O documento da OPAS, (1986), relata que a exigência da constituição dos conselhos municipais de saúde em âmbito do Sistema Único de Saúde tem demonstrado ser um importante instrumento de empoderamento da comunidade através da temática da organização dos serviços de saúde. As estratégias de empoderamento relativo à comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisão dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais. Mas, reconhece que esses processos de negociação e de concentração social requerem métodos de participação e empoderamento (RESTREPO, 2001

p.52). Desta forma entendemos que o papel dos empoderadores pertencentes aos serviços públicos é estabelecer uma mediação entre as demandas dos grupos de pessoas “pobres” ou “excluídas” de poder e os interesses de grupos situados em posições de poder na sociedade. Ao desempenhar este papel, os empoderadores assumem a tarefa de reatar os fragmentos de vida que perderam sentido social e tornam-se eles próprios, os referentes para a reconstrução dessas identidades sociais (ARAÚJO; STOTZ, 2004).

A intensificação dos problemas urbanos no mundo todo tem evidenciado a necessidade de se investir em todos os recursos disponíveis para a solução ou minimização dos problemas, particularmente, quando falamos em Saúde Pública. É neste contexto que se coloca a discussão sobre *empowerment*, incorporando as críticas feitas ao modelo biomédico e chamando a atenção para o saber e o poder de influir na saúde das comunidades e dos movimentos sociais (LABONTE, 1994).

Portanto, o *empowerment* transforma-se, nesta proposta, em um conceito e estratégia de organização política que se contrapõe a propostas de gestão e regulação do social que sustentam projetos que contribuem para a manutenção da ordem social iníqua e injusta.

3 METODOLOGIA

O estudo foi conduzido em duas etapas:

- Etapa 1: Diagnóstico das percepções e práticas dos profissionais de saúde que atuam no Programa Saúde da Família no Município de Araruama, observando os fatores de infraestrutura, comportamentais e sócio-demográficos,
- Etapa 2: Estabelecimento de estratégias para a solução das barreiras de infraestrutura, comportamentais e sócio-demográficos, sugerindo o *empowerment* como teoria organizacional.

3.1 MÉTODOS UTILIZADOS NA ETAPA 1

Nesta etapa foi conduzido um estudo epidemiológico descritivo, preliminar, por meio da aplicação de inquéritos transversais, semi-estruturados, previamente validados (também durante esta etapa), para os profissionais de saúde, buscando-se obter informações sobre as principais barreiras no desempenho de suas funções, bem como conhecer as possíveis associações existentes entre:

- Fatores sócio-demográficos: faixa etária; gênero; idade; renda; grau de instrução; tempo de formação profissional e tempo de trabalho no PSF/Araruama;
- Fatores relacionados com a infra-estrutura: falta de recursos financeiros para manutenção predial; falta de veículos para transporte de paciente e supervisão; constante falta de remédios e insumos; jornada de trabalho;
- Fatores comportamentais: relacionamento entre os membros da equipe; relacionamento profissional/paciente; autonomia; competências; prestígio profissional;

3.1.1 Seleção dos Sujeitos da Pesquisa

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa (profissionais de saúde do Programa Saúde da Família), foi considerado o universo de unidades de saúde credenciados na Secretaria Municipal

de Saúde de Araruama, no ano de 2006. Ao todo, oito unidades estavam credenciadas no momento da seleção. As características das unidades de saúde são mostradas na tabela 1.

Tabela 1: Nome das unidades do Programa Saúde da Família no Município de Araruama e composição da equipe de profissionais da saúde.

Unidades PSF	Médicos	Enfermeiros	Téc. Enfermagem	Agentes Comunitários (ACS)
Fazendinha	01	01	02	06
Mataruna	01	01	02	06
Praia Seca	01	01	02	07
Morro Grande	01	01	02	06
Sobradinho	01	01	02	06
São Vicente	01	01	02	06
Iguabinha	01	01	02	07
Itatiquara	01	01	02	06
TOTAL	08	08	16	50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Araruama. Coordenação do Programa Saúde da Família, 2006.

Fizeram parte deste estudo todos os profissionais de saúde das oito unidades integrantes das equipes do Programa Saúde da Família do Município de Araruama, perfazendo um total de 82 profissionais.

3.1.2 Características do Município de Araruama

O Município de Araruama foi criado em 6 de janeiro de 1859. Segundo estimativa do IBGE (2006), a população era de 110.000 mil habitantes, com grande concentração populacional em áreas urbanas, cerca de 90,66% e baixa densidade populacional em áreas rurais, cerca de 9,34%.

O Município, pertencente ao Estado do Rio de Janeiro e está localizado na Baixada litorânea com área de 635, 40 Km², fazendo divisa com os Municípios de Iguaba Grande, Casimiro de Abreu, Silva Jardim, Rio Bonito, Saquarema, Arraial do Cabo. Apresenta clima tropical, temperatura média anual de 23°C, com distância da capital de 108 km do Rio de Janeiro. A esperança de vida ao nascer e de 68,12 anos e a renda per-cápita em 2000, era de R\$ 259,36.

A divisão política administrativa compreende os distritos de São Vicente, Sobradinho, Iguabinha, Praia Seca e Morro Grande. O Município tem como principais atividades econômicas turismo, pecuária, salinas, pesca e citricultura.

Quanto à gestão plena de atenção básica, o município de Araruama dispõe de uma rede de saúde composta por sete Hospitais Públicos e dois Privados (conveniados ao SUS), com o total de 163 leitos hospitalares, bem como atendimento ambulatorial especializado nas Policlínicas (PAM), com atendimento ambulatorial para referência e contra referência para clínicas médicas especializadas, atendendo mensalmente uma média de 3200 consultas de especialistas e do centro de referência e contra referência para pediatria e pré-natal de alto risco (CIMI), atendendo mensalmente uma média de 850 consultas de especialistas. Ainda oferece atendimento em oito Unidades Básicas e Unidades de Programa Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Araruama teve início em 1998, inicialmente com três unidades: Fazendinha, Mataruna e Morro Grande, com cobertura de 11% da população municipal. Em 2000, o PSF foi ampliado com a inauguração de mais cinco unidades: Sobradinho, Praia Seca, Iguabinha, São Vicente e Itatiquara, aumentando a cobertura de 11% no ano de 1998 para 32% da população municipal no ano de 2006.

Encontra-se abaixo, o número de pessoas e famílias cadastradas nas unidades do Programa Saúde da Família de Araruama, segundo os dados registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em Janeiro de 2007:

- Unidade Saúde da Família de Sobradinho – área rural do município, apresenta 2.453 mil pessoas ou 558 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de São Vicente – área rural do município, apresenta 4.365 mil pessoas ou 1.126 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de Fazendinha – área urbana do município, apresenta 4.340 mil pessoas ou 1.126 famílias cadastradas.

- Unidade Saúde da Família de Iguabinha – área urbana do município, apresenta 2.664 mil pessoas ou 698 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de Morro Grande – área rural do município, apresenta 3.051 mil pessoas ou 818 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de Itatiquara – área rural do município, apresenta 3.694 mil pessoas ou 995 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de Praia Seca – área de balneário do município, apresenta 2.305 mil pessoas ou 669 famílias cadastradas.
- Unidade Saúde da Família de Mataruna – área urbana do município, apresenta 3.305 mil pessoas ou 835 famílias cadastradas.

As equipes de PSF do Município de Araruama atendem ao número de usuários preconizado pelo Ministério da Saúde e a equipe de Saúde Bucal do PSF/Araruama está em via de implantação, mesmo já existindo o atendimento odontológico nas unidades.

Em relação à estrutura organizacional e o funcionamento do sistema de saúde no âmbito municipal, observa-se grandes dificuldades no fluxo de referencia e contra-referencia na rede, nos sistemas de informações, problemas de infra-estrutura e logísticas na distribuição de medicamento e insumos, entre outros. Por esta razão, justifica-se a necessidade de maiores informações que permitam a implementação de novas estratégias para minimizar tais dificuldades.

3.1.4 Elaboração do Instrumento

Para medir as percepções e práticas dos profissionais de saúde das unidades do Programa Saúde da Família de Araruama foi elaborado um questionário específico para os participantes do estudo a versão preliminar (ANEXO I), obedecendo-se aos seguintes estágios:

Estágio 1 – Construção da versão preliminar do instrumento de pesquisa

A versão preliminar compreendeu a primeira versão do instrumento antes da aplicação dos mesmos nas oito unidades integrantes do estudo.

As questões do instrumento foram elaboradas em torno de três temas básicos:

I) Identificação Pessoal: Unidade de Saúde da Família que atua; função que exerce no PSF; sexo e idade.

II) Identificação Profissional: formação; tempo de formação e maior titulação.

III) Informações relevantes à pesquisa: tipo de capacitação relativa ao PSF; acesso a publicações; tempo de trabalho no PSF; tempo de trabalho na unidade; forma de seleção de pessoal; modalidade da contratação; jornada semanal de trabalho; avaliação das condições de trabalho no PSF; outro vínculo empregatício; alterações ocorridas na vida profissional (remuneração, jornada de trabalho, material e equipamento, autonomia técnica, relação com o paciente, prestígio profissional e competência técnica); atividade profissional desgastante; renda mensal; como resume o futuro do PSF; vantagens e/ou desvantagens em trabalhar no PSF; contribuição para a melhoria das condições de saúde e alteração ocorridas na relação/pacientes, relação entre os membros da equipe de saúde e melhora na relação da equipe do PSF.

Para a construção da versão preliminar do questionário, destinado aos profissionais de saúde, foi consultada a literatura científica em busca de informações relacionadas com as práticas nos serviços de saúde. Considerando a relevância da pesquisa, “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil”, realizada pelo Ministério da Saúde, sobre a coordenação da Doutora Maria Helena Machado (2000), o questionário validado naquele estudo, foi inicialmente adaptado para esta pesquisa.

Estágio 2 – Testagem da versão preliminar do instrumento de pesquisa

Para a etapa de testagem da versão preliminar do instrumento, selecionou-se uma amostra de dez profissionais de saúde integrantes de oito unidades do Programa Saúde da Família, do Município de Araruama, sendo um representante de cada unidade e nos PSF's de Praia Seca e Mataruna selecionou-se dois. O questionário foi aplicado individualmente, sob a forma de auto preenchimento na presença do pesquisador. Durante o processo de aplicação, todas as observações foram anotadas em diário de campo, para a análise posterior.

Os resultados da testagem preliminar revelaram que quatro perguntas utilizadas não eram de relevância para a pesquisa, demonstrando uma necessidade de reavaliar as questões previamente elaboradas.

Estágio 3 – Construção da versão final do instrumento de pesquisa

A versão final do questionário para os profissionais de saúde (ANEXO 2), continha vinte e cinco questões divididas em três seções:

I) Identificação Pessoal;

II) Identificação Profissional e;

III) Informações. Sendo o primeiro bloco as perguntas numeradas de um a quatro relacionadas com informações pessoais, o segundo bloco as perguntas numeradas de cinco a nove relacionadas com a identificação profissional do entrevistado e no terceiro bloco as perguntas numeradas de dez a vinte e cinco são relacionadas com informações para a pesquisa. Ainda foram utilizadas questões fechadas em algumas das respostas: múltipla escolha - sim e não; masculino e feminino; aumentou, diminuiu e não se alterou;

3.1.4 Aplicação dos Questionários nas Oito Unidades Selecionadas

Nesta etapa foram aplicados os questionários nas oito unidades do Programa Saúde da Família, após assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido.

A aplicação dos questionários para os profissionais de saúde foi conduzido pelo pesquisador, nos locais de trabalho. Os questionários foram respondidos sob a forma de auto preenchimento, na presença do pesquisador num tempo médio de 20 minutos.

3.1.5 Análise dos Resultados

Para análise dos resultados referentes à etapa1, foi realizado um estudo descritivo da população alvo, visando descrever as características sócio-demográficas mais importantes do grupo estudado; a identificação das informações sobre as percepções e o funcionamento do Programa Saúde da Família, para posterior análise entre as associações destas com as barreiras.

Definição das informações:

- Gênero: masculino e feminino;
- Tempo de trabalho no PSF: mais de 5 anos; mais de 1 e menos de 5 anos; menos de 1 ano;

- Ao entrar no PSF recebeu algum tipo de capacitação? Sim e não;
- Na época de sua contratação no PSF, a forma de seleção de pessoal era feita através?

Concurso público; entrevista; currículo Vitae; outra;

- Quantas horas você trabalha por semana? Até 20h; 20 à 30h; 30h à 40h; mais de 40h;
- Como você avalia as condições de trabalho no PSF? Péssima; precária; regular; boa;

excelente;

Para análise dos resultados foi criado um banco de dados utilizando-se o programa Microsoft Excel 2000, com tabelas e gráficos. Posterior a análise dos dados, foram identificadas as barreiras apontadas pelos profissionais, como problemas para as ações em saúde no PSF e estabelecida as estratégias para a solução das barreiras, utilizando-se como ferramenta de gestão a teoria organizacional o *empowerment*.

3.2 ETAPA 2

Para a etapa 2 foram consideradas as informações coletadas na etapa 1 sobre as percepções e práticas em relação as principais barreiras de infra-estrutura, comportamentais e sócio-demográficos identificadas, bem como informações complementares da literatura científica.

Dentre os diferentes estudos e conceitos sobre a utilização do *empowerment* como teoria organizacional, capaz minimizar as barreiras encontradas neste estudo, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1988; *apud* Andrade, 2001), reconhece que o *empowerment permite* a mobilização de indivíduos e grupos na tomada de consciência do que esta em jogo para alcançar seus objetivos. Neste contexto, foram analisadas diferentes dimensões evidenciadas nos inquéritos associadas com as principais barreiras.

Neste estudo, foi sugerido a utilização do *empowerment* como teoria organizacional para o estabelecimento das dimensões para o planejamento e execução de estratégias, destinado as unidades do Programa Saúde da Família do Município de Araruama, permitindo assim a identificação de novas estratégias que atendam necessidades específicas dos profissionais e dos usuários.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente proposta tratou-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, de forma indireta, através da obtenção de informações coletadas por meio de inquérito semi-estruturado.

A investigação proposta foi conduzida atendendo aos preceitos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL), número 196/96, que dispõe sobre as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, como descrito abaixo:

- Consentimento para a coleta de informações

A coleta de informações foi realizada nas oito unidades do Programa Saúde da Família, do Município de Araruama, com todos profissionais integrantes das equipes. Tal coleta foi conduzida mediante autorização formal do responsável pela unidade, após a explicação completa e pormenorizada sobre: a natureza da pesquisa, seu método e os benefícios previstos (ANEXO 3).

- Avaliação Ética

Após a seleção das unidades, iniciaram-se prosseguimento aos trâmites para a obtenção de consentimento para realização de pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através da apresentação do projeto, na modalidade escrita, com explicação completa e pormenorizada, sobre a natureza da pesquisa, seu método e benefícios previstos.

A pesquisa foi conduzida mediante a avaliação e autorização do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá. Paralelamente, buscou-se autorização dos profissionais das unidades do Programa Saúde da Família do Município de Araruama, através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Confidencialidade e Privacidade

As informações coletadas foram usadas, exclusivamente, pelos pesquisadores responsáveis, garantindo-se a total privacidade e confidencialidade dos dados pessoais.

Toda e qualquer informação a ser publicada, em congressos ou revistas científicas, serão utilizadas respeitando-se o preceito da não utilização de dados individuais e de informações que possam prejudicar a imagem dos profissionais de saúde.

5. RESULTADOS DA ETAPA 1

Os resultados abaixo foram obtidos através do questionário composto de vinte e cinco perguntas, onde foram verificadas as informações sócio-demográficas, diferentes percepções sobre a atuação e barreiras, no desempenho das funções dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família do Município de Araruama, Estado do Rio de Janeiro, no período de junho a julho de 2006.

Em relação à composição da equipe técnica, foi verificada a função que cada membro exerce no PSF. Os resultados indicam que 60% são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 20% técnicos de enfermagem, 10% médicos e 10% enfermeiros.

Os 82 profissionais de saúde que participaram do estudo, eram constituídos, em sua maioria, por mulheres (69%), e em relação à faixa etária apresentou maioria dos profissionais com idade entre 26-30 anos. Observe características sócio-demográficas na tabela 2, apresentando fatores sexo e faixa etária.

Tabela 2: Distribuição por sexo e faixa etária dos profissionais de saúde das oito Unidades do Programa Saúde da Família de Araruama.

SEXO	FAIXA ETÁRIA						TOTAL
	20-25a	26-30a	31-35a	36-40a	41-45a	Acima 45a	
MAS	5%	13%	0%	5%	8%	0%	31%
FEM	12%	28%	0%	12%	17%	0%	69%

Dentre as perguntas formuladas, três delas referiam-se ao nível de escolaridade, maior titulação e tempo de formação profissional. A tabela 3, abaixo, apresenta o nível de escolaridade da equipe profissional.

Tabela 3: Distribuição do nível de escolaridade e tempo de formação profissional dos membros das equipes do Programa Saúde da Família - Araruama

ESCOLARIDADE	%
NÍVEL SUPERIOR	17
NÍVEL TÉCNICO	42
2º GRAU COMPLETO	8
2º GRAU INCOMPLETO	8
1º GRAU INCOMPLETO	8
1º GRAU INCOMPLETO	17

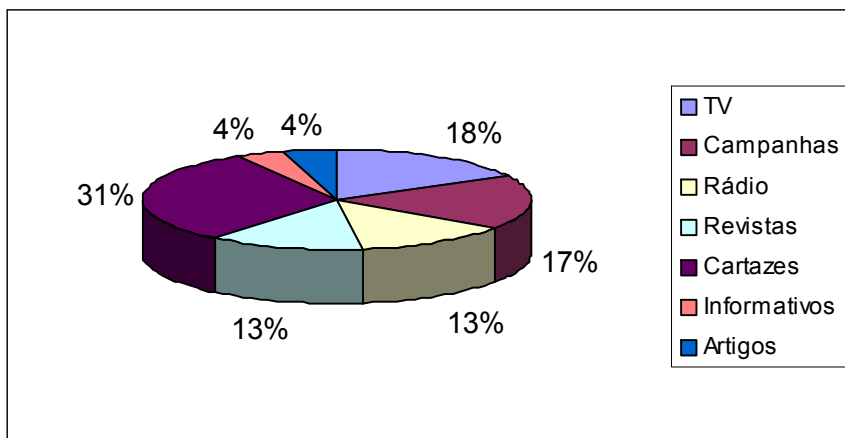
Quanto à titulação obtida, é importante ressaltar que a maioria, 34% não informou; 25% obtiveram o título de técnico em enfermagem; 8% auxiliar de enfermagem e 17% possuem títulos de cursos de pós-graduação, entre outros. Abaixo, na tabela 4, contendo tempo de formação profissional da equipe.

Tabela 4: Apresentação do tempo de formação profissional dos membros das equipes do Programa Saúde da Família - Araruama

TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL			
ATÉ 5 ANOS	ATÉ 15 ANOS	ATÉ 20 ANOS	ATÉ 30 ANOS
50%	25%	17%	8%

Os profissionais de saúde, ao ingressarem, no PSF, relataram que na sua maioria, 70% receberam capacitação relativa ao PSF, e 30% relatam que não receberam nenhum tipo de capacitação relativa ao PSF, mas a totalidade dos entrevistados, responderam que tem acesso a publicações relativas a saúde da família, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1 - Meios de Comunicação e publicações relativas ao PSF, que os profissionais de saúde do PSF tem acesso.



Em relação ao tempo de permanência dos profissionais no Programa, verificou-se que 50% atuam por mais de 5 anos, 20% atuam até 1 ano no PSF e 30% relatam estar mais de 5 anos atuando no PSF.

A forma de seleção predominante para ingresso no Programa é através de entrevistas e/ou análise de currículo, sendo que apenas 10% prestaram concurso público.

De modo geral, a maioria (88%), dos profissionais que trabalham no Programa relatam ter jornada de trabalho de 31-40 horas. Destaca-se também que 70% dos profissionais mantêm outros vínculos de trabalho além do PSF, sendo a categoria de agentes comunitários os que apresentam maior dificuldade em conciliar o PSF com outro vínculo empregatício.

Quanto à renda mensal, constatou-se que 39% relatam ter aumentado a remuneração, 38% relatam que não houve alteração e 23% relatam que tiveram redução da renda mensal. Constatase que os enfermeiros, apesar de possuírem nível superior, têm uma renda menor que a dos médicos. Os agentes de saúde na sua maioria relatam ter conseguido melhorar a renda salarial. Apesar dos profissionais do Programa receberem salários superiores aos tradicionais pagos no mercado de trabalho, por ser o PSF uma política de governo, e conseqüentemente ser um salário diferenciado, 91% relatam que não recebem em sua renda mensal, o valor considerado por eles satisfatório.

Verifica-se que nos dados referente ao desgaste profissional, em sua grande maioria cerca de 77% dos profissionais consideram sua atividade desgastante. Avaliando as condições de trabalho no PSF, 50 % dos profissionais consideram regular, 33% avaliam como boa e 17%

consideram precárias as condições de trabalho, tendo como as principais barreiras: excesso de trabalho; número excessivo de famílias cadastradas; a falta de recursos humanos treinados; materiais e equipamentos; dificuldade de acesso à área de trabalho e falha no sistema de referência e contra referência.

É importante ressaltar que 90% dos profissionais relatam alto nível de competência técnica, para atuarem no Programa e consideram respeitada a autonomia técnica na sua profissão.

O estudo mostra que 98% dos profissionais consideram que estão contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atendida nas unidades do PSF/Araruama e afirmam que desenvolvem um bom relacionamento com o paciente. Além disso, relatam que 90% dos profissionais tiveram alta do prestígio profissional junto à comunidade, estreitando a relação profissional/paciente e fortalecendo o vínculo.

Para os profissionais do Programa, a frase “*A melhoria na qualidade de vida da comunidade e dos profissionais*” (PSF Morro Grande), expressa o pensamento do grupo dos profissionais de saúde ao definir o futuro do Programa Saúde da Família.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ETAPA 1

6.1 FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O município de Araruama apresenta oito Unidades PSF, composta por oito equipes de profissionais de saúde com o total de 82 profissionais. Em relação à composição da equipe técnica, foi verificada a função que cada membro exerce, no PSF. Os resultados indicam que a grande maioria, 60% são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 20% técnicos de enfermagem, 10% médicos e 10% enfermeiros. Esta composição está de acordo com a característica do programa, onde a definição da equipe mínima, segundo MS (1998), apresenta a seguinte composição: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e em média seis agentes comunitários de saúde, podendo chegar até doze agentes de saúde. É importante assinalar que as atribuições técnicas de cada um dos profissionais previsto no PSF encontram-se arrolados no documento do MS (1998, p. 13), sendo inclusive enfatizado que estes devem “estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalho comunitário e em grupo”.

Em relação ao gênero, dos 82 profissionais de saúde que participaram do estudo, a sua maioria era constituída, por mulheres (69%) e (31%) por homens. Segundo Machado (2000), os Programas de saúde no Brasil absorvem mais mulheres em suas equipes, fato observado no município de Araruama. Portanto, a idéia de que as unidades básicas de saúde são serviços destinados ao profissional do sexo feminino, sugere que os serviços de assistência são atendimentos exclusivos de mulheres, crianças e idosos e a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto cuidado e com preferência para atividades na saúde de média e alta complexidade.

Em relação ao tempo de permanência dos profissionais no Programa, verificou-se que 50% atuam no programa por mais de cinco anos, e relatam desgaste por diversos motivos, tais como: 1. Longa permanência no mesmo local de trabalho; 2. Repetição das mesmas vivências; 3. Relações conflituosas entre os profissionais da equipe; 3. Falta de motivação pelo exercício da mesma função por um longo período de tempo; 4. Falta de resolutividade dos problemas da comunidade, que relatam ser de baixa complexidade, conforme demonstra o depoimento abaixo:

“(…) Eu gosto do meu trabalho, mas já estou cansado, sem motivação para vir trabalhar, são sempre os mesmos problemas e as mesmas pessoas”. (PSF MATARUNA)

Geralmente, os profissionais médicos são os que permanecem por menos tempo no programa, com período inferior a um ano, apresentando grande rotatividade na função e ainda na sua maioria, não apresenta perfil para o trabalho no âmbito da saúde coletiva. De acordo com alguns autores, este limite se deve à formação acadêmica desses profissionais – médicos, os quais são formados no modelo flexneriano, para atender as especialidades médicas e não aos problemas de saúde pública, enfrentados pela população (NASCIMENTO & NASCIMENTO, 2005).

A busca do profissional para atuar no PSF, com perfil e qualificação para a atenção básica é uma barreira para o sistema, principalmente o profissional médico, que geralmente são direcionados para estudos de doenças de média e alta complexidade, iniciando imediatamente uma residência médica. Segundo Novaes (2004), no que diz respeito ao perfil dos profissionais, os serviços se transformam continuamente, com uma ampliação nas categorias inseridas nos processos assistenciais, com especialização horizontal (tipos de profissionais) e vertical (tipos de especialistas nas categorias profissionais), fazendo com que os serviços de saúde, constituam-se em objetos que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar a sua participação e o seu impacto sobre os reais problemas de saúde das populações.

70% dos profissionais de saúde relatam que receberam capacitação relativa ao PSF, ao ingressarem no programa e 30% não receberam nenhum tipo de capacitação relativa ao PSF. Porém, é importante ressaltar que todos os entrevistados apontaram a necessidade de capacitação periódica como cursos e treinamentos específicos, uma vez que o curso introdutório de PSF somente acontece quando iniciam as suas atividades no programa. Portanto, observou-se que a capacitação foi considerada por todos os profissionais como necessária para estarem atualizados e desenvolverem bom trabalho, pois se sentem desmotivados para o serviço e com baixa produtividade para execução das tarefas, sentindo-se alienados sobre os que está acontecendo nos centros de estudos, conforme a afirmação abaixo:

“Eu e as outras enfermeiras perdemos a oportunidade de fazer o curso de amamentação, na SES, porque a secretaria de saúde não tinha carro para o nosso transporte, e ainda não queria pagar as despesas com alimentação, isso deixa a gente muito desmotivada, completamente alienada”. (PSF IGUABINHA)

Bertoncini (2000) ao refletir sobre as condições de trabalho no PSF sugere que estas produzem alienação, impotência, estresse, conflitos, disputa por poder e sentimentos de medo,

insegurança e baixa auto-estima, dificultando assim, as iniciativas para mudar as condições vigentes e garantir a integralidade da assistência.

Em contraste, a totalidade dos entrevistados, responderam que têm acesso a publicações relativas à saúde da família. O Ministério da Saúde vem contribuindo para a melhor formação e atualização dos profissionais, por meio da facilitação do acesso à informação científica, como os programas de distribuição gratuita de material informativo, para profissionais e população, programas de bibliotecas eletrônicas, protocolos clínicos para profissionais produzidos por organizações governamentais e não governamentais entre outros.

Novaes (2004) sugere que estas iniciativas têm como objetivo contribuir para melhor competência técnica, eficiência e efetividade das ações realizadas pelos profissionais. Porém, na prática se percebe que os profissionais recebem estas informações técnicas e poucos as utilizam para atuar na clínica ou para trabalhar com a comunidade, deixam guardados os informativos nos armários e não distribuem para a população ou se apropriam das informações, levando os documentos para as residências. Considerando o tipo de informação que os profissionais têm acesso, observa-se que normalmente esta não possui enfoque científico, o que possivelmente não atende o interesse e as expectativas do profissional.

Quanto à maior titulação de escolaridade obtida pelos profissionais entrevistados, 34% destes não informou. Porém, é importante ressaltar que a equipe é formada em sua maioria por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), as quais possuem baixa escolaridade, tendo como requerimento para exercer as atividades inerentes à sua função, a escolaridade mínima, sem a necessidade de comprovação de titulação, ou seja, apenas saber ler e escrever e ter indicação da própria comunidade onde residem para atuar como ACS, de acordo com a portaria MS 1886/97.

De acordo com o estabelecido na portaria MS 10.507/2002, os três requisitos mínimos que regulamentam a profissão do agente comunitário de saúde são: a) residir na área da comunidade, b) concluir com êxito o curso introdutório e, c) ter o ensino fundamental completo. Estimular os Agentes Comunitários de Saúde, a retornarem aos estudos, é um desafio, pois não se sentem estimulados, relatando dificuldade de conciliar as atribuições do trabalho, do lar, e os estudos.

Em relação aos membros da equipe que possuem nível superior de escolaridade, como médicos e enfermeiros, apenas 17% destes possuem curso de especialização em saúde pública e,

especialmente entre os médicos, foi verificado que todos são especialistas de média e alta complexidade.

Segundo Ferreira (2004), o número de profissionais com especialização é muito reduzido, principalmente na área da atenção básica. A capacitação de recursos humanos para o exercício das funções nas unidades básicas de saúde é muito inferior, devido ao grande enfoque dado à administração hospitalar, em comparação aos poucos cursos de especialização oferecidos para capacitação de recursos humanos de unidade básica e, especialmente para aqueles que desenvolvem atividades para a saúde da família, trabalhando com prevenção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.

Quanto à renda mensal dos profissionais, o agente comunitário de saúde na sua maioria relata ter conseguido melhorar a renda salarial, pois a grande parcela desta categoria estava desempregada antes de iniciar o trabalho como ACS, ou trabalhava em empregos informais. Os enfermeiros informaram que não houve melhora na renda salarial, pois já estava trabalhando na atenção básica ou como plantonistas na área hospitalar, e a renda se mantinha na média atual. Os médicos relataram que tiveram redução da renda mensal, pois a carga horária é muito extensa, o que dificulta conciliar com outras atividades médicas, embora que os plantões em urgências e emergências sejam mais valorizados financeiramente.

Apesar dos profissionais do Programa receberem salários superiores aos tradicionais pagos no mercado de trabalho, por ser o PSF uma política de Governo, e conseqüentemente ser um salário diferenciado (com incentivos do Governo Federal), neste estudo, observou-se que 91% dos profissionais entrevistados relatam que não recebe na sua renda mensal, o valor considerado por eles satisfatório. Principalmente a categoria médica, que reivindica os salários, com valores mais elevados aos pagos pelo governo municipal. A grande reclamação pelos enfermeiros, é que não obtiveram isonomia salarial, apesar do nível superior de escolaridade, e de igualdade de atribuições no PSF.

Para Fortuna (2003), a disparidade salarial apresentada entre os médicos e enfermeiros, configura-se não somente, por serem trabalhos diferentes tecnicamente, mas também desiguais quanto a sua valorização social.

O documento básico do Ministério da Saúde (1998), propõe a aplicação de uma política salarial diferenciada para os profissionais que trabalham no PSF, com incentivos do Governo Federal, uma vez que estes deveriam atuar em regime de 40 horas/semanais. Para obter a

dedicação integral ao programa e efetivar profissionais qualificados, muitas vezes em áreas distantes dos centros urbanos, tem sido necessário oferecer um salário superior ao que normalmente é pago aos outros profissionais de saúde. Entretanto, o salário muitas vezes não é satisfatório para uma jornada de 40 horas/semanais, segundo os profissionais entrevistados.

6.2 FATORES RELACIONADOS COM A INFRA-ESTRUTURA

Neste estudo, a grande maioria dos profissionais entrevistados, cerca de 77%, considera suas atividades profissionais desgastantes, devido às condições de trabalho no PSF Araruama. Dentre estes, 50 % dos profissionais indicaram que consideram regulares e 17% consideram precárias, e apenas 33% consideram boas. Estes resultados permitiram exemplificar as principais barreiras apontadas pelos profissionais, tais como: o excesso de trabalho; o número excessivo de famílias cadastradas; a falta de recursos humanos treinados; falta de materiais e equipamentos; falta de manutenção física das unidades; dificuldade de acesso à área de trabalho e falha no sistema de referência e contra referência.

Dentre as barreiras apontadas pelos profissionais destaca-se a dificuldade de estabelecer o mecanismo de referência e contra-referência para os serviços especializados de média e alta complexidade, conforme demonstra o depoimento abaixo. *“(...) Uma das desvantagens de trabalhar no PSF, e que encontramos um limite na questão da referência e contra-referência, pois o paciente não tem para onde ir, fica sem solução e acaba sendo encaminhado ao pronto socorro”. (PSF FAZENDINHA)*

Soares (2000) aponta como dificuldades de fluxo de paciente da rede de saúde a desconsideração da enorme heterogeneidade dos municípios, na oferta de serviços de saúde, ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção - o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída.

Além disto, a falta de material e insumos para o atendimento dos usuários é uma outra barreira que os profissionais enfrentam na resolutividade dos problemas da população, sempre acompanhado do discurso por parte do gestor, que há pouco recurso disponível e que a prioridade destes recursos será para pagamento de pessoal e provisões para a atenção hospitalar.

Segundo estudo realizado por Cecílio (1997), os recursos destinados ao setor saúde tem sido insuficientes, acrescentando ainda, que mesmo os poucos recursos disponíveis, são mal utilizados, confirmando assim o resultado encontrado neste estudo.

Outro exemplo diretamente relacionado à falta de insumos e equipamentos, vivenciados pelos profissionais na unidade, causando dificuldades para promoção e prevenção da saúde na comunidade, é verificado quando inicia o tratamento de um paciente no programa de hipertensão (doença crônica), com medicação contínua, e durante o tratamento, a falta da medicação na farmácia da unidade, causa descontinuidade no tratamento prescrito pelo médico. Ainda, quando paciente vai à unidade fazer algum procedimento médico e os profissionais informam que já fizeram pedido e ainda não obtiveram resultado por falta de material ou do equipamento. Portanto, a falta de insumos e material para atender ao usuário causa desconfiança da população reconhecendo a unidade de PSF como local apenas para pequenos procedimentos de “baixa importância”, ou segundo Cecílio (1997), fica reconhecido como lugar onde se deve buscar atendimento em situações bem específicas, como atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com o risco de ser encaminhado para consulta no pronto socorro.

Outra barreira relatada pelos profissionais é o excesso de trabalho pelo número excessivo de famílias cadastradas. O município de Araruama apresenta somente 33% de cobertura de PSF, a população não cadastrada, faz filas nas portas das unidades solicitando atendimento e buscando formas de serem cadastradas pelos ACS, elevando em muito os números de consultas médicas e procedimentos realizados nas unidades que conseqüentemente, não consegue atender a demanda das comunidades.

Em relação ao critério de seleção, os profissionais de saúde relatam que a forma de seleção predominante para ingresso no PSF foi através de entrevistas e/ou análise de currículo, e que foram contratados através de contratos temporários de trabalho, sem direito às férias, 13º salário e outros benefícios previstos nos direitos administrativos e trabalhistas, sendo que apenas 10% dos profissionais prestaram concurso público. Este modelo de contratação dos profissionais é observado como precário e normalmente usado como forma de intimidação profissional, resultando em medo do desemprego, reduzindo a autonomia profissional e como repressão das manifestações de vontade coletiva dos profissionais.

Stots (2003), afirma que:

“Há uma profunda crise de identidade em virtude da insegurança no trabalho, provocado pela flexibilização dos direitos sociais, a terceirização das atividades,

o desemprego e o subemprego que se traduzem em decréscimo nos números de associados, perda de prestígio e esvaziamento do papel dos sindicatos, com dificuldade maior de articular a vontade coletiva”.

Como conseqüência da precariedade do trabalho, um grande contingente de profissionais do setor público de saúde está submetido às mais diversas modalidades contratuais: cooperativas; sistemas de bolsas de trabalho; contrato temporário; pagamento por reconhecimento de dívidas e outros. Todas essas modalidades de trabalho, além de contrariarem os preceitos do artigo 6º da Constituição Federal, que garante o trabalho como direito social, submetem esses profissionais a uma franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social.

Em pesquisa realizada por Offe (1991), uma das características do trabalho nos setores de serviços saúde apontadas, em que está inserido o PSF, é que observamos no caso dos ACS, é que se pode verificar a flexibilização das formas de contratação das equipes e contratação de trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde. No município de Araruama, esta situação de precariedade do vínculo, vêm gerando muitas imposições políticas nas contratações, profissionais sem qualificação para atuação do cargo através de indicações de ACS, com baixa escolaridade, provenientes de comunidades muito pobres. Atualmente, esta situação ocorre em todas as categorias profissionais, causando uma série de limitações na resolução dos problemas da saúde da população.

Ainda neste estudo, foi verificada uma outra questão importante, a jornada de trabalho da equipe da saúde. Embora a legislação determina que seja de 40 horas (MS, 1997), 88% dos profissionais entrevistados relataram que trabalham entre 31-40 horas semanais, ou seja, não cumprem regularmente a carga horária preconizada pelo Ministério, interferindo negativamente na execução das atribuições profissionais, além da redução do número de atendimentos ao usuário. Conseqüentemente, tal fato, provoca grande descontentamento por parte dos usuários como também entre os próprios colegas da equipe, pois os que não executam a carga horária completa, outros profissionais terão que complementar as atividades em seu lugar, sentindo-se injustiçados.

Por outro lado, destaca-se ainda, que 70% dos profissionais que mantêm outros vínculos de trabalho além do PSF. A categoria de agentes comunitários são os que apresentam maior dificuldade em conciliar o PSF com outro vínculo empregatício, devido o número de visitas domiciliares que eles têm que fazer, ou seja, em média 150 famílias cadastradas devem ser visitadas mensalmente, além das atribuições de educação e saúde, administrativas e acolhimento

nas unidades, entre outras (MS, 1997). Os médicos e enfermeiros são os profissionais que relatam vários outros vínculos, dentro até mesmo da mesma Secretaria Municipal de Saúde ou com consultórios particulares ou plantões em unidades hospitalares, não cumprindo assim a carga horária determinada pela legislação.

Uma outra problemática vivenciada pela equipe e apontada como grande barreira para realização das atividades da equipe, foi a estrutura e manutenção física, (parte elétrica, hidráulica, carpintaria, ampliação da estrutura e pintura), das unidades de PSF em Araruama. Para as equipes atuarem adequadamente devem ser oferecidas condições mínimas necessárias ao bom desenvolvimento das ações de saúde, propiciando o alcance dos objetivos traduzidos pela pactuação da atenção básica realizada pelos gestores e a melhoria dos indicadores de saúde locais. O relato abaixo sugere baixa gerência dos gestores responsáveis pela mudança das condições físicas.

“(...) desde que entrei no PSF Mataruna, há três anos, não houve nenhuma pintura, ou ampliação, sempre estamos solicitando a coordenação, mas nos dizem que não tem verba, que ficará para o próximo ano”. (PSF MATARUNA)

Bodstein (2002), afirma que a atenção básica é a porta do sistema e de ampliação da cobertura e do acesso, melhorando o déficit na oferta de serviços de saúde. Para isto, são necessárias ofertas de serviços de saúde, investimentos na construção, ampliação e manutenção da rede. O risco continua sendo a inauguração apressada dos módulos de saúde, sem nenhuma capacidade efetiva de atendimento, com baixa manutenção da rede, sempre justificado pela gestão com falta de recursos orçamentários.

Pesquisas como as de Bertoncini (2000), Costa *et al.* (2000), Souza (2001), têm exposto as dificuldades das condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a disponibilidade de recursos humanos, as formas precárias de contratação, a infra-estrutura material, a dinâmica da assistência e condições sócio políticas para desenvolvimento do trabalho.

6.3 FATORES COMPORTAMENTAIS

Resultado deste estudo demonstrou-se que cerca de 90% dos profissionais relatam alto nível de competência técnica, para atuar no Programa. Foi observado que os profissionais que

atuam no PSF de Araruama têm como visão de competência técnica apenas a qualificação profissional, certificada, para diagnosticar e tratar patologias. Sendo neste estudo considerado competência, a integração e a coordenação de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que na sua manifestação produzem uma atuação diferenciada. Desta forma, podemos considerar que, apesar do esforço de estruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e interação do processo de trabalho, havendo assim o risco dos profissionais se isolarem em seus “núcleos de competência” ou ação realizada de forma isolada e justaposta. Assim sendo, são reproduzidos vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos – entre os profissionais e destes com os usuários. Outro risco potencial é que sejam mantidas relações de poder que “engessam” o trabalho coletivo em saúde (PEDUZZI, 2001).

Os profissionais consideram que o PSF Araruama tem respeitado a autonomia técnica na sua profissão. Sendo considerada autonomia como uma perspectiva de vida em grupo, mas onde o indivíduo é governado por si próprio (KAMII, 1985).

Segundo Kamii (1985), a autonomia significa levar em consideração os fatores relevantes para decidir agir da melhor forma para todos. Neste estudo, Observou-se que no cotidiano dos profissionais, apesar deles registrarem autopoder de decisão em relação a diagnósticos dos pacientes, quando elevado à autonomia para o grupo, não conseguem articular e agir da melhor forma, para que todos os profissionais sejam respeitados em seus conhecimentos e direitos. Para Fortuna (2003), é considerado como sujeito do processo de trabalho, quando os profissionais exercem autonomia técnica e compreende apenas como esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente as necessidade de saúde dos usuários. O depoimento abaixo ilustra um tipo de autonomia entre as diferentes categorias: *“Quando o médico manda tomar o remédio, o Senhor G. toma tudo, mas quando eu oriento, nem sempre me escuta”*. (PSF IGUABINHA)

Schraiber (1999), classifica os diferentes domínios através da relação médico-paciente. Segundo o autor, o primeiro domínio expressa a autoridade técnica, situando o médico enquanto sujeito exclusivo do saber diante do paciente; o segundo domínio é a expressão da autoridade moral, em que o profissional se situa como sujeito detentor da opção de maior valor, da prioridade frente ao outro ou frente a outras decisões, ou discernimento.

Os resultados deste estudo mostram ainda que 98% dos profissionais consideram que estão contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população atendida nas unidades do PSF/Araruama, conforme indicado nos depoimentos dos profissionais:

“(...) Estou ajudando muita a comunidade a resolver seus problemas de saúde”. (PSF ITATIQUARA)

“(...) A saúde das pessoas está muito melhor na minha comunidade, mas fico triste quando falta remédio para atendê-los”. (PSF MORRO GRANDE)

Os dados epidemiológicos da região onde se implantou o PSF apresentam relativa melhora na saúde da população, pois nestes locais até o momento de implantação, não existia nenhuma outra forma de assistência, eram locais totalmente desprovidos de qualquer assistência à saúde. De acordo com MS (2000), o índice de resolutividade proposto é em torno de 85% dos problemas da população assistida, devem ser resolvidos através dos serviços prestados pelo PSF. Porém, nas condições de falta total de assistência à saúde, mesmo não alcançando o índice proposto, o mínimo de assistência prestado pela equipe à comunidade, faz grande diferença nos dados epidemiológicos do local.

Os profissionais afirmam que desenvolvem um bom relacionamento com o paciente, além disso, relatam que 90% dos profissionais tiveram alta do prestígio profissional junto à comunidade, estreitando a relação profissional/paciente e fortalecendo o vínculo. Possivelmente, a relação profissional/paciente está mais estreita, devido à total falta de assistência à saúde da comunidade, onde não existia nenhum profissional próximo de suas residências. Por outro lado, o que sugere nos relatos abaixo, é uma forma de clientelismo na relação profissional/paciente:

“(...) Dona A. sempre trás ovos e quiabo para mim, mas também sempre separo os remédios dela quando chega na farmácia, para não falta”. (PSF PRAIA SECA)

“(...) sempre peço a médica para me dar a receita e os exames da Dona M., ela é minha prima”. (PSF PRAIA SECA)

Cecílio (1997), aponta uma das faces mais prontamente identificadas das distorções do atual modelo assistencial, diz respeito à substituição de uma calorosa e humanizada relação médico-paciente, por uma excessiva e desnecessária solicitação de exames complementares.

Ainda para Campos (2004), *“(...) a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional”*. Portanto, organizar o atendimento clínico com base no vínculo permitiria que as instituições

acompanhassem e identificassem os resultados do trabalho de cada profissional e ainda fomentaria o exercício da cidadania pelo paciente.

Na relação entre os membros das equipes, 70% dos profissionais relatam ser regular o relacionamento entre eles, e destacam o que poderia mudar na relação: o conflito profissional e pessoal; respeito na organização e divisão das tarefas; respeito ao espaço dos outros. Mas a falta de consenso produz dificuldades de entendimento, de planejamento, no cuidado e na orientação para a formação profissional, além da desvalorização do trabalho, provocando frustrações pelas expectativas não atendidas e baixa produtividade no serviço.

O estudo demonstra que os profissionais estão propensos a fazerem seu trabalho programado e compartimentado durante as horas trabalhadas, com preferência e valorização das práticas curativas e não de prevenção de saúde, conforme observado na fala a seguir:

“(...) já tenho tanto a fazer na enfermagem e ainda querem que eu faça palestra na escola, não tenho tempo, é muito curativo, vacina e verificação da pressão que tenho que fazer (...)”. (PSF IGUABINHA)

Para Fertoni (2003), em uma pesquisa sobre o trabalho de equipes do PSF, encontrou que o modelo é centrado no médico e no atendimento curativo; que o trabalho dos profissionais envolvidos mantém as características de compartimentalização, com execução de tarefas prescritas, sem um planejamento coletivo aderente às necessidades da população da sua área de abrangência e que as atividades desenvolvidas no domicílio não representam uma ruptura com o modelo biomédico.

O acesso à informação é apontado pelos profissionais como sendo uma de suas dificuldades, muitas vezes, o conhecimento que chega até eles é precário ou insuficiente. Os profissionais se sentem passivos, em relação às informações recebidas, elaboradas pelos setores do serviço de saúde municipal.

“Outro dia vi na televisão a campanha de vacinação do idoso, ainda não chegou informação nenhuma, vão me perguntar quando começa e eu não sei”. (PSF MORRO GRANDE)

A falta de diálogo também é uma barreira presente neste estudo, quando os profissionais citam as dificuldades na relação da equipe, a falta de respeito ao espaço dos outros, a divisão das tarefas considerada como desigual. Daí percebe-se que na prática os profissionais não dividem as atribuições técnicas, e sim estas são impostas pelas atividades surgidas no dia a dia. Observa-se ainda que, quando possível, os profissionais se isolam uns dos outros, buscando até mesmo

espaços físicos, tidos como seus, para se manterem distantes do convívio diário com a equipe e das demandas extras de trabalho.

“(...) gosto do meu espaço, fico irritada quando invadem a minha sala, fazem a maior bagunça e muito barulho, eu faço meu serviço e gostaria que eles fizessem o deles”. (PSF IGUABINHA)

“(...) não conversamos entre nós, apenas nas reuniões de serviço”. (PSF IGUABINHA)

No trabalho em equipe a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes ocorrem por meio da linguagem. Portanto, a comunicação entre os profissionais é o denominador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação (FORTUNA, 2003).

Segundo relato dos profissionais, principalmente de nível médio, uma barreira encontrada na relação entre as equipes é a falta de consenso entre os profissionais, observado quando os profissionais tem posições divergentes, sendo que o poder do médico ou do enfermeiro é sempre superior e mais, a fala deles prevalece perante os outros profissionais, mesmo não conhecendo a realidade da comunidade tanto quanto conhecem os ACS.

“(...) estou cansada de tentar falar os meus problemas na reunião, mas não consigo falar, só a enfermeira fala”. (PSF FAZENDINHA)

“(...) o problema da Dona A. não foi resolvido, a enfermeira fala muito, mas não resolve, estou cansado, o que vou falar para a minha cadastrada”. (PSF FAZENDINHA)

Estes depoimentos demonstram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho, e baixo grau de interação entre as categorias profissional, que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de PSF, mantêm fortemente representações das hierarquias entre profissionais e não-profissionais, através dos diferentes níveis de escolaridade.

O trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em um certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados. Para isto é necessário construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados em conjunto com todos os profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Significa também se utilizar a interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica. De acordo com Schraiber (1999): O trabalho em equipe é o trabalho que se compartilha, negociando-se as

distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam a bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar.

As diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Isto significa que algumas profissões são “superiores” a outras, e que há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais, entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre os agentes-sujeitos do trabalho (PEDUZZI, 2001). Ainda a mesma autora, sugere que o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especialidades do trabalho, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como mais resolutividade.

Fortuna (2003), identificou três concepções distintas sobre trabalho em equipe: os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Em relação ao resultado, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços; a interdisciplinaridade traz a discussão na articulação entre os saberes e divisão do trabalho; e as relações das equipes trazem como base a organização do serviço de saúde.

Assim sendo, constatou-se neste estudo os seguintes fatores, considerados como as principais barreiras que impedem a eficiência e eficácia do desenvolvimento das atividades do PSF/Araruama:

1. Insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa;
2. Baixa escolaridade entre os ACS;
3. Várias modalidades de contrato de trabalho;
4. Renda mensal insatisfatória e redução de carga horária trabalhada;
5. Heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária;
6. Sobrecarga de atendimento, gerando dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho;

7. Comprometimento do fluxo e contra-fluxo dos usuários e informações entre os diferentes níveis do sistema;
8. Diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas;
9. Expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes dos profissionais de nível superior;
10. Conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, na falta de insumos e materiais;
11. Necessidade de capacitação periódica e científica;
12. Falta de integração entre a coordenação do Programa e os profissionais e falta de diálogo e consenso entre os profissionais.

É fundamental que os funcionários possuam a capacidade de tomar decisões, que envolve a correta identificação de problemas, a geração de soluções alternativas, a avaliação de alternativas, a determinação dos critérios para a decisão, escolha do processo decisório, a definição de solução a ser adotada e a definição da estratégia de implementação. Ainda é importante que os funcionários sejam devidamente e continuamente capacitados, para saber trabalhar com situações novas, trabalhar sob pressão, lidar com diferentes estilos pessoais e grupais, lidar com retro-alimentação e resolver conflitos.

Aliadas as questões anteriores, os funcionários precisam de treinamento e conhecimento relevante sobre como se tornar capacitado para a tomada de decisão. Eles devem aprender como trabalhar de forma colaborativa deve ter ferramentas para a solução de problemas e devem entender o desempenho da empresa (QUINN & SPREITZER, 1999).

Sendo o *empowerment* utilizado como ferramenta de gestão, no processo e no resultado das barreiras encontradas no estudo, tendo emergido como: um processo de ação social, de pessoas sendo "sujeitos" de suas próprias vidas, conectadas com outras, de pensamento crítico, construção de capacidade social e pessoal e transformação de relações de poder.

Empowerment se refere às habilidades individuais de tomar decisões e ter controle sobre a própria vida pessoal e envolve o estabelecimento de uma crítica, de um entendimento analítico do contexto social e político e o cultivo de recursos individuais e coletivos e habilidades para a ação social. Isso é similar a outras construções como auto-eficácia e auto-estima nas quais a ênfase se dá no desenvolvimento de um auto conceito positivo ou competência pessoal.

Então a seguir buscaremos descrever, analisar e refletir sobre os diversos significados da teoria *empowerment*, discutindo seus aportes e suas limitações para se pensar um projeto sanitário, onde estaremos comprometidos com a mudança e a produção de sujeitos e da saúde, baseados nas pesquisas de campo que foram realizadas.

7 ETAPA 2

7.1 O *EMPOWERMENT* COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

Empowerment é um conceito complexo que toma emprestado as noções de distintos campos de conhecimento, é uma idéia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades (BLANCHARD, 1996).

No campo da saúde pública, o *empowerment* vem sendo reconhecido como uma estratégia para melhorar a saúde do indivíduo, em consequência dos amplos fatores de risco de adoecer, acarretado por sua ausência auto-estima, sendo o *empowerment* uma estratégia para aumento da auto-estima do paciente (BLANCHARD, 1996). Os trabalhos referentes às questões do HIV/AIDS, em especial, têm trazido o tema para a discussão, no sentido de entender que as pessoas devem ser responsáveis pela sua própria saúde, procurar a informação e o engajamento junto a grupos de auto-ajuda. Isto pode ser observado no campo da saúde quando constatamos que se muitos estudos epidemiológicos demonstram o papel da pobreza e de outros fatores sociais, políticos e econômicos na influência do status de saúde individual, por outro lado, é igualmente verdade, que os indivíduos têm sido capazes de moldar o contexto social em que vivem, conseqüentemente, afetando a saúde do coletivo.

O objetivo deste trabalho foi de identificar as principais barreiras de infra-estrutura, comportamentais e sócio-demográficas, apontadas pela equipe dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família/Araruama, e estabelecendo uma estratégia de ação para a solução das barreiras encontradas, sugerindo o *empowerment* como teoria organizacional. Portanto, *empowerment* será utilizado como uma teoria organizacional de gestão, que busca refletir sobre os seus múltiplos sentidos e conseqüências como proposta para um projeto de saúde que tenha compromisso com a mobilização e participação de todos os profissionais da equipe no PSF Araruama.

Os resultados dos problemas apresentados pela equipe evidenciaram a necessidade de se investir em todos os recursos disponíveis para a solução ou minimização dos problemas, particularmente, quando falamos em Saúde Pública. É neste contexto que se coloca a discussão

sobre *empowerment*, incorporando as críticas feitas ao modelo biomédico e chamando a atenção para o saber e o poder de influir na saúde das comunidades (LABONTE, 1994).

É importante ressaltar, a existência de três diferentes abordagens do *empowerment*: o enfoque psicológico, o enfoque comunitário e o enfoque organizacional. Na diferenciação dessas variantes encontram-se múltiplas dimensões da categoria do "poder", em que convivem dimensões criativas e instituintes da ação política e dimensões que reforçam o controle e a regulação do social, ou seja, o poder que pode ser opressão e ao mesmo tempo, ser produção e potência libertadora.

Para Wallerstein e Bernstein (1994), citado anteriormente, o *empowerment* Individual, refere-se à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida, combina com eficiência pessoal e competência, no sentido de domínio e controle no processo de participação para influenciar instituições e decisões (1994:152).

Segundo alguns fatores apresentados pelos profissionais de saúde, entrevistados neste estudo, as principais barreiras que impedem a melhor produtividade e resolutividade das atividades nas unidades são: a baixa capacitação dos profissionais da equipe - gera desmotivação; a baixa escolaridade dos ACS - gera conflitos de informações na equipe; a falta de profissional com "perfil" para atividades de saúde pública - gera baixo comprometimento com a comunidade e os problemas de saúde pública. Portanto, desmotivação, conflitos e o comprometimento acima apontado, estão diretamente relacionados com o *empowerment* individual, onde o sentimento de maior controle sobre a própria vida, que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, pode ocorrer sempre que haja necessidade das pessoas participarem de ações coletivas, buscando a autonomia individual e coletiva.

Segundo Riger (2000), esta postura individual, leva à formulação de uma imagem do indivíduo "*empowered*" (com poder) como sendo aquele que é "comedido, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com princípios abstratos de justiça e de equilíbrio". Portanto, é desta teoria que deriva a formulação de estratégias que busca fortalecer a auto-estima e a capacidade de adaptação ao meio, através do desenvolvimento de mecanismos de auto-ajuda e de solidariedade, combatendo as barreiras citadas pelas equipes, as quais dificultam o bom funcionamento das unidades de saúde, bem como o relacionamento com a comunidade. Como exemplo podemos citar a falta de vínculo comunidade/unidade de PSF, ressaltando que a comunidade não reconhece

o PSF como uma unidade de apoio, pois não conseguem dar resolutividade as necessidades de saúde dos usuários atendidos neste local.

Considerando a necessidade de capacitação profissional, uma outra barreira citada pelos profissionais, a qual resulta na desvalorização e desmotivação profissional e de baixa estima do indivíduo, o conceito acima sugere, que as práticas educativas devem contribuir para a formação da "consciência sanitária", por meio de um esforço pedagógico sistemático e permanente, que envolve técnicas focais e de marketing social e que tem como objetivo a manutenção da harmonia social e uma relação saudável entre indivíduo com o seu meio externo. Esta concepção de *empowerment*, através de práticas educativas, sempre incidem sobre a distribuição de poder na sociedade, constituindo-se em mecanismo de valorização profissional. Porém, é importante ressaltar que, declarações de princípios contra a iniquidade social, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, que preconiza o *empowerment* de indivíduos e de coletivos, podem transformar-se em discursos vazios, no momento em que não se discute as raízes dos problemas, nem se busca apontar alternativas para as barreiras encontradas. Acrescentando ainda, que embora expresso na linguagem que afirma importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macro sociais, o *empowerment* incentiva a responsabilidade pessoal, sugerindo que as pessoas façam, cada vez mais, uso de seus recursos próprios ou da comunidade antes de recorrer à ajuda de instituições estatais.

O poder institucional do profissional médico é reconhecidamente muito forte, perante os outros profissionais da equipe e perante a comunidade, conforme citado pelos profissionais, como sendo outra barreira no relacionamento entre os membros da equipe. Daí justifica-se uma vez mais a aplicação da teoria do *empowerment*, que trabalha com a redistribuição de poder e a valorização do saber popular e dos outros profissionais.

Os profissionais reconheceram a dificuldade de comunicação existente entre o técnico, àquele que detém o saber legitimado pela ciência, e o usuário dos serviços públicos de saúde, oriundo das classes populares. Valla (1997), sugere que o conhecimento das classes populares é o tempo todo desqualificado e infantilizado pelos profissionais de saúde. Segundo o autor, estas classes conservam um saber próprio, tão importante quanto o dos técnicos, que vem da vivência de sofrimento e da falta de recursos que precisa ser considerado. Quando o paciente chega ao serviço de saúde, há uma história anterior, de vivências e experiências que raramente é observada. Quase sempre, os recursos utilizados por essas classes são desmerecidos e

considerados como "o erro". Nesse sentido, o próprio vocabulário diferenciado cria muitas vezes uma barreira entre o técnico e o usuário do serviço de saúde.

Daí o *empowerment* individual pode ser considerado como um processo de validação da experiência de terceiros e de legitimação de sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade. Este processo promove a participação, visando o aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida.

Para Wallerstein e Bernstein (1994), citado no capítulo anterior, o *empowerment* Comunitário vem sendo aquele onde o indivíduo e organizações aplicam suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades. Este nível tem a possibilidade de influenciar decisões e mudanças no sistema social mais amplo, composto de capacidade e ação, onde capacidade é definida pelo uso de poder para resolver problemas e ação é definida por conseguir uma razoável partilha de recursos (1994:153).

Visando a superações das mencionadas limitações, alguns teóricos da Nova Promoção à Saúde procuram nos trabalhos de Paulo Freire e Saul Alinsky a inspiração para a formulação de uma concepção alternativa, denominada *empowerment* comunitário. A este conceito, observa-se a afirmação de que o processo de *empowerment* comunitário implicam quase sempre, na disputa pelo controle de recursos e na redistribuição de poder coletivo (BLANCHARD, 1996).

É importante ressaltar que na perspectiva do usuário dos serviços de saúde, observa-se a experiência de uma falta de poder, desesperança, atitude de culpa, falta de recursos para influenciar o seu meio. Por outro lado, o sistema refere-se ao indivíduo com responsabilidade pela sua saúde (GIBSON, 1991). O exemplo da Inglaterra demonstra que o movimento dos consumidores de serviços de saúde é um reflexo do desejo por *empowerment*, quando os pacientes argumentaram pelo direito a informação e capacidade de influenciarem a maneira como o profissional planeja e executa os serviços, atualmente conhecida como consentimento informado. Nesse contexto, *empowerment* significa liberdade de escolha a respeito do atendimento e autonomia para tomada de decisões durante o período de tratamento e também a aceitação da responsabilidade pela decisão tomada (MALIN *et al.*, 1991).

Nas últimas décadas, o tema do *empowerment* foi inserido para a arena da saúde, particularmente enfatizando a liberdade de escolha, direito à informação, aceitação de responsabilidades e esclarecimentos da saúde pelos indivíduos. Muitos autores criticam essa idéia

de que os indivíduos se responsabilizem pela sua saúde, como uma forma de imputar culpa às vítimas.

O conflito presente na relação das equipes, demonstrado neste estudo, referem-se a falta de diálogo e de consenso entre a coordenação e os profissionais, bem como aos diferentes estilos de gerenciamento do PSF. O conceito de *empowerment* comunitário, onde suscita a elaboração de estratégias que procura promover a participação, visando o aumento do controle sobre a vida, por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida, podem minimizar algumas das barreiras apontadas pelas equipes de PSF.

Autores referem-se ao processo de *empowerment*, como uma forma diferente de intervir e de promover saúde na comunidade, (ISRAEL *et al.*, 1994). Para eles, não adianta querer que transformações ocorram, se elas partem de um processo desigual, onde os problemas são nomeados por outros que são estranhos às reais questões de determinada comunidade ou da equipe de saúde. Tais procedimentos ocorrem geralmente com o poder dos gestores de saúde, que impõem verticalmente, soluções para os problemas, sem os conhecer, não abrindo espaço para diálogo conjunto com os profissionais. Porém, espera-se que através do processo de desenvolvimento do *empowerment*, tenha como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas.

Julian Rappaport (*apud* WALLERSTEIN, 1992), pondera que devem ser esperadas e incentivadas várias soluções para um mesmo problema social, dada a natureza dos problemas sociais, para os quais não há soluções permanentes. Desta forma, é necessário considerar a visão dos vários atores envolvidos e as formas que encontram para solucionar seus problemas, reduzindo conflitos e buscando o consenso.

De acordo com os profissionais entrevistados, uma outra barreira apontada foi a falta do vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde. Estudos afirmam que para o desenvolvimento do vínculo mais efetivo, com o usuário e o serviço de saúde que o assiste, é necessário que haja abertura na instituição, para acolher e entender as diferentes formas de ação do usuário. Este processo de atuação rompe com a visão do prestador do serviço de um lado e usuário do outro, pois ele é chamado a opinar, a conhecer os problemas e propor soluções. Nessa relação, nos resultados apresentam-se propostas de humanização das práticas médicas, onde se propõem vínculos mais efetivos e afetivos entre paciente/profissional de saúde, levando-se em conta os fatores subjetivos (CAPRARA & FRANCO, 1999).

Neste estudo, a equipe relata que tem redução no poder de fala ou limitações das suas ações. Porém, o *empowerment*, facilita o desenvolvimento do poder comunitário, através da união entre os membros da equipe, promovendo um esforço conjunto para o bem comum, com falas e decisões coletivas. O relato oral dos membros das equipes de PSF são as principais técnicas para coleta de informação, sobre o nível de relacionamento da equipe.

Neste estudo, os profissionais referem-se à pouca informação que lhes é repassada pela gerência do programa. Porém, consideramos que, mais do que repassar informações, o *empowerment* induz à busca e compreensão de determinados comportamentos. Segundo Raerbum & Rootman (1998) e Hills (2000), esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade.

Portanto, neste estudo, nos PSF's de Araruama, o conceito de *empowerment* aparece para designar o processo de transferência de poder de um indivíduo ou grupo para outro, como sendo um processo de mudança e transformação, incluindo elementos de poder, autoridade, escolha e permissão (RODWELL, 1996). Nesse sentido, esse processo poderia ser considerado também como um produto, uma experiência que mobiliza recursos e possibilita mudanças de forma criativa. Segundo esses autores, alguém que experimenta esse processo tem sentimentos de esperança, ânimo e direção (MASON *et al.*, 1991; *apud* RODWELL).

Para Wallerstein e Bernstein (1994), *Empowerment* Organizacional refere-se ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder. Ele é utilizado no processo cooperativo para a tomada de decisões e, está relacionado com o aumento de esforços em direção a uma mesma meta definida (1994:153). Nesse sentido, o processo de *empowerment* refere-se ao fato de considerar que as unidades de saúde como a comunidade, têm um potencial de organização e de solução dos seus próprios problemas que precisam ser considerados quando o profissional ou agente de saúde vai atuar junto às referidas comunidades.

Assim sendo, o *empowerment* organizacional transforma-se em uma estratégia política, que se contrapõe às propostas de gestão e regulação de instituições, que sustentam projetos verticalizados e que contribuam para a manutenção da ordem institucional que é iníqua e injusta.

No plano institucional, *empowerment* se refere a níveis crescentes de horizontalização das decisões, na maior participação, de todos os componentes da organização, na identificação e

resolução de problemas que os afetam e ao acesso à informação. Estes fatores são importantes para se avaliar o grau de *empowerment* organizacional, quando se considera que o seu aumento, melhoraria também o desempenho da instituição.

O *empowerment* organizacional deve estar relacionado aos vários programas da gestão de recursos humanos, entre eles, desenho de cargos, treinamento e desenvolvimento, remuneração e avaliação de desempenho(SANTOS, 1998).

Ainda neste estudo, a falta de recursos financeiros para a saúde foi considerada como barreira, sem priorização para as unidades de PSF, que leva a baixa resolutividade dos procedimentos técnicos. Em consequência, esta barreira causa vários conflitos entre os profissionais e a comunidade que vai a unidade para o atendimento e se depara com a relação conflituosa entre os profissionais e os gestores, que desejam alta produtividade das equipes e não apresentam condições favoráveis para tal. Nesta situação, o *empowerment* deve buscar o estreitamento das relações entre gestão e equipes de saúde, através da criação de grupos focais, onde se direcione conjuntamente esforços para melhor utilização dos recursos financeiros nos PSF.

A fala apresentada por Santos (1998), aborda os sistemas de remuneração tradicional que são feitos aos funcionários das instituições de saúde, baseados em cargo, e não por desempenho pessoal e de equipe, que foram citados como barreiras, gerando descontentamento pelas equipes de PSF.

“Os sistemas de remuneração também deverão ser associados ao *empowerment*. Os sistemas de remuneração tradicionais baseados em cargo, que reforçam as orientações estratégicas de organizações rigidamente hierarquizadas, são incompatíveis com as orientações estratégicas de organizações que buscam aumentar a inovação e cooperação interfuncional. Os sistemas de remuneração vêm buscando práticas de estratégia empresarial, que passam a se basear em desempenho pessoal e de equipe. A participação por habilidades incentiva a participação do setor de treinamento e desenvolvimento desde o início dos processos de inovação” (p. 104-106).

Segundo pesquisa desenvolvida por Cunha (2000), as organizações que utilizam o *empowerment*, são conduzidas democraticamente onde cada membro, divide informação e poder com participação ativa nos processos de tomada de decisão. Para isto, todos os membros ou participantes são envolvidos no planejamento, implementação, avaliação e controle de esforços, na direção de objetivos e planos mutuamente definidos. Conseqüentemente, se confere o

empowerment aos indivíduos, como parte do processo organizacional, fazendo com que eles se sintam os “*verdadeiros donos*” neste processo de construção (CUNHA, 2000).

O *empowerment*, tanto na esfera comunitária, individual ou organizacional, pode ser visto como um todo, conectado com os diversos níveis de atuação, sendo que o *empowerment* no nível individual pode gerar *empowerment* organizacional e comunitário e vice-versa, conforme demonstrado por Zimmerman (*apud* ISRAEL *et al.*, 1994):

“Processos de *empowerment* são aqueles nos quais o esforço em ganhar controle, obter recursos necessários, e uma compreensão crítica do meio social é fundamental. O processo pode resultar em *empowerment*, se ajudam às pessoas a desenvolverem habilidades de tal forma que se tornem mais independentes para solucionar seus problemas e tomar decisões. Esse processo vai variar através de níveis de análises. Por exemplo, processos de *empowerment* para indivíduos envolvem os níveis organizacional ou comunitário. Processo de *empowerment* no nível organizacional inclui compartilhar liderança e tomada de decisão, e processo de *empowerment* no nível da comunidade, deve incluir governo, mídia e outros recursos comunitários acessíveis”.

Atualmente, o uso atual desta teoria, tem sido a avaliação da participação de grupos, indivíduos e comunidades em assuntos que lhes dizem respeito, dentro do contexto social, político e institucional em que se inserem. No campo da saúde pública, por exemplo, acredita-se que um avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde sejam elas preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, que pode apontar os problemas e buscar soluções, garantindo, junto ao Estado, os direitos de integralidade e de qualidade dos serviços e dispositivos de saúde. Nesse sentido, profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, tem um papel importante na garantia da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de saúde, com a participação nos Conselhos de Saúde, garantida pela Lei nº 8142/90 (MS, 1990).

A participação social na construção do Sistema de Saúde é defendida como necessária e indispensável, para que este se conforme mais democrático e eficaz. A partir da Lei 8080/90, a atuação consolida-se como elemento obrigatório da gestão em saúde, cuja efetivação está garantida através dos Conselhos de Saúde, sendo este, um espaço de fortalecimento do coletivo, de informação e fiscalização de contas públicas, na busca pela melhoria da saúde comunitária, contando com a participação de usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço, unidos em prol de um bem comum, portanto pode ser este, um espaço importante, para a prática do *empowerment*. Neste campo, há processos de mobilização democrática nos vários âmbitos da sociedade, seja nos fóruns formais de decisão e formulação de políticas, seja nas

situações cotidianas de enfrentamento de práticas de poder construídas historicamente, consideradas por alguns autores como apoio social.

Valla (1999), refere-se ao conceito de apoio social, como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais têm-se contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Para o autor, o processo do apoio social implica necessariamente em uma troca onde, tanto àqueles que recebem quanto os que oferecem o apoio, são beneficiados por dar maior sentido à suas vidas, exercendo um maior controle sobre elas.

Portanto, a teoria do *empowerment* é mais do que o "controle sobre os determinantes da saúde" é o "controle dos indivíduos sobre o próprio destino", através do processo ou condição, que demanda a aquisição de competências, tais como, o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal, a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política.

Isto significa que, mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o *empowerment* deve apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. Por isto, justifica-se a sua aplicação para superação e redução das barreiras encontradas pelas equipes dos profissionais de saúde dos PSF/Araruama, apontadas neste estudo.

8 - CONCLUSÃO

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, é importante reconhecer a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. Cordeiro (1996), ao avaliar o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF, sugere que este não deve implicar no retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada para os pobres. Ao contrário, tal proposta demanda na reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Nesta perspectiva, admite-se que o PSF “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (MS, 1997, p.9). Portanto, pensar no PSF como estratégia de reorganização e reorientação do modelo assistencial, sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho, ou seja, uma compreensão ampliada do processo saúde–doença, assistência integral e continuada às famílias de uma área adscrita, são algumas das inovações verificadas no PSF, segundo Alves, (2005).

Assim sendo, buscou-se neste estudo a compreensão das práticas de saúde no PSF do Município de Araruama, segundo a percepção dos profissionais de saúde, através das informações sobre as principais barreiras no desempenho de suas funções e as possíveis associações existentes entre os fatores sócio-demográficos; os fatores relacionados com a infraestrutura e os fatores comportamentais. De acordo com os resultados obtidos foram sugeridas estratégias de ação para a solução das mesmas, utilizando o *empowerment* como teoria organizacional, com enfoque individual, comunitário e organizacional.

De acordo com Wallerstein e Bernstein (1994), o *empowerment* individual, refere-se à habilidade do indivíduo para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida, combinando com eficiência pessoal e competência, um sentido de domínio e controle, e um processo de participação para influenciar instituições e decisões (1994:152).

Dentre os fatores apresentados pelos profissionais de saúde, as principais barreiras que impedem a melhor produtividade e resolutividade das atividades nas unidades são: a baixa

capacitação dos profissionais da equipe - gera desmotivação; a baixa escolaridade dos ACS - gera conflitos de informações na equipe; a falta de profissional com “perfil” para atividades de saúde pública - gera baixo comprometimento com a comunidade e os problemas de saúde pública. Portanto, desmotivação, conflitos e o comprometimento, estão diretamente relacionados com o *empowerment* psicológico, onde o sentimento de maior controle sobre a própria vida, que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, pode ocorrer sempre que haja necessidade das pessoas participarem de ações coletivas, buscando a autonomia individual e coletiva.

A necessidade de capacitação profissional, uma outra barreira citada pelos profissionais, resulta na desvalorização e desmotivação profissional e de baixa estima do indivíduo. O conceito acima sugere, que as práticas educativas devem contribuir para a formação da "consciência sanitária“, que na concepção de *empowerment*, incidem sobre a distribuição de poder na sociedade, constituindo-se em mecanismo de valorização profissional.

O poder institucional do profissional médico é reconhecidamente muito forte, perante os outros profissionais da equipe e perante a comunidade, como sendo outra barreira no relacionamento entre os membros da equipe. Nesse sentido, o próprio vocabulário diferenciado cria muitas vezes uma barreira entre o técnico e o usuário do serviço de saúde. Daí justifica-se a aplicação da teoria do *empowerment*, que trabalha com a redistribuição de poder e a valorização do saber popular e dos outros profissionais, uma vez que facilita o diálogo transdisciplinar e incorporações de temáticas como a diferença, a subjetividade e a singularidade de indivíduo e coletivos.

Considerando que a saúde envolve escolha e, como tal, não se coloca apenas na esfera do conhecimento científico, mas inclui valores vinculados aos processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável, tais como, carisma pessoal, apoio, respeito e integração pessoal e profissional. Portanto, o *empowerment* comunitário irá facilitar o indivíduo e organizações na aplicação de suas habilidades e recursos nos esforços coletivos, para encontrar suas respectivas necessidades. Tal capacidade será então distinguida, pelo uso de poder para resolver problemas e, esta ação será alcançada para conseguir uma razoável partilha de recursos (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1994).

O conflito presente na relação das equipes, demonstrado neste estudo, refere-se à falta de diálogo e de consenso entre a coordenação e os profissionais, bem como os diferentes estilos de

gerenciamento do PSF. O poder dos gestores de saúde, que impõem verticalmente soluções para os problemas, sem muitas vezes os devidos conhecimentos dos mesmos, impossibilita a abertura do espaço para diálogo conjunto com os profissionais. Desta forma, é necessário considerar a visão dos vários atores envolvidos e as formas que encontram para solucionar seus problemas, reduzindo conflitos e buscando o consenso.

A falta de vínculo comunidade/unidade de PSF, ressaltando que a comunidade não reconhece o PSF como uma unidade de apoio, pois não consegue dar resolutividade às necessidades de saúde dos usuários atendidos, foi outra barreira apontada. Para esta situação, foi proposta maior humanização práticas médicas com vínculos mais efetivos e afetivos entre paciente/profissional de saúde, levando-se em conta os fatores subjetivos. Pois, não adianta querer que transformações ocorram, se elas partem de um processo desigual, onde os problemas são nomeados por outros que são estranhos às reais questões de determinada comunidade ou da equipe de saúde. Geralmente, tais procedimentos ocorrem com o poder dos gestores de saúde, que impõem verticalmente, soluções para os problemas, sem os conhecer, não abrindo espaço para diálogo conjunto com os profissionais. Porém, espera-se que através do processo de desenvolvimento do *empowerment*, tenha como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas. O *empowerment* organizacional refere-se ao controle democrático onde cada membro compartilha informação e poder, utilizando processo cooperativo de tomar decisões, e está envolvido em aumentar os esforços em direção de uma mesma meta definida (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1994). No plano institucional, *empowerment* se refere a níveis crescentes de horizontalização das decisões, a maior participação, de todos os componentes da organização, na identificação e resolução de problemas que os afetam e ao acesso à informação.

Ainda, foram consideradas como barreiras, a falta de recursos financeiros para a saúde e a relação conflituosa entre os profissionais e os gestores, que desejam alta produtividade das equipes e não apresentam condições favoráveis, sem a devida priorização para as unidades de PSF, o que leva à baixa resolutividade dos procedimentos técnicos. Nesta situação, o *empowerment* possibilita o estreitamento das relações entre gestão e equipes de saúde, através da criação de grupos focais, onde sejam direcionadas conjuntamente esforços para melhor utilização dos recursos financeiros nos PSF.

Segundo Cunha (2000), as organizações que utilizam o *empowerment*, são conduzidas democraticamente onde cada membro, divide informação e poder com participação ativa nos processos de tomada de decisão. Para isto, todos os membros ou participantes são envolvidos no planejamento, implementação, avaliação e controle de esforços, na direção de objetivos e planos mutuamente definidos. Conseqüentemente, se confere o *empowerment* aos indivíduos, como parte do processo organizacional, fazendo com que eles se sintam os “*verdadeiros donos*” neste processo de construção. Portanto, o *empowerment* tanto na esfera comunitária, individual ou organizacional, pode ser visto como um todo, conectado com os diversos níveis de atuação, sendo que o *empowerment* no nível individual pode gerar *empowerment* organizacional e comunitário e vice-versa. E os resultados do processo de *empowerment* vão-se dar na relação equipe-equipe, equipe-profissional e equipe-comunidade.

Embora o objetivo deste estudo não tenha sido a aplicação do *empowerment*, observamos que os profissionais de saúde relatam a necessidade urgente de aplicação de alguma ferramenta de gestão, para modificação da realidade encontrada nas unidades, representada pela grande desmotivação com a situação atual. Acreditamos ainda que, mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o *empowerment* busca apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises para que tomem decisões consideradas corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. Desta forma, ajudaria os profissionais a saírem do quadro de passividade, desmotivação e baixa mobilização, para um lugar ativo, de criadores de novos espaços dentro da instituição.

Observamos ainda, que o *empowerment* é mais bem concebido e avaliado como processo contínuo, no qual os participantes passam do nível de fortalecimento pessoal para o desenvolvimento de pequenos grupos de apoio, de organizações comunitárias, parcerias e finalmente à ação política. Do ponto de vista de Wallerstein & Gernstei, (1992), o impacto social dos programas só atingem resultados significativos, sociais e políticos, após longo período de implantação. Portanto, esperamos que este trabalho contribua para a valorização das equipes de PSF em Araruama, que devem contribuir para um SUS equânime, superando as barreiras encontradas para desenvolverem suas funções, para um objetivo comum apresentando não somente, as dificuldades para trabalharem, mas contribuindo com uma discussão de um modelo organizacional, capaz de minimizar as barreiras encontradas pelas equipes.

Finalmente, sugerimos que estudos futuros, de natureza teórica e prática, analisem com profundidade o relacionamento entre *empowerment* e as equipes de PSF, observando a aplicabilidade desta teoria na configuração organizacional, nos seus diferentes estágios evolutivos, tanto nas áreas funcionais como nas subáreas da função de produção do cuidado com o paciente e nas estratégias de ganho de autonomia da equipe de PSF.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G.. Competitividade e recursos humanos. **Revista de Administração**, v. 27, n. 4, p. 16-29, out./dez. 1992.

ALONSO, I. K.. **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar**. 2003. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) – UFSC, Florianópolis (SC), 2003.

ALVES, V. P.. **Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface (Botucatu), v. 9, n. 16, set./fev. 2005.

ANDRADE, G. R. B.. **Grupo de apoio social no Hospital: o caso do “lutando para viver”**. 2001. Dissertação Mestrado - ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

ARAÚJO, J. W. G.; STOTZ, E. N.. **Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso**. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio/agosto 2004.

ARAÚJO, I. S. **A reconversão do olhar: práticas discursivas e produção dos sentidos na intervenção social**. São Leopoldo, Ed. UNISINOS, 2000.

ARGYRIS, C.. **Empowerment: the emperor’s new clothes**. Harvard Business Review, v. 77, n. 3, p. 98-105, May/June 1998.

BANDINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.

BLANCHAD, B.. **Evaluating community development initiatives in Promotion**. Workbook, University Press Londres, 1996.

BERMÚDEZ, M. S. M.. **Políticas sociales y familia**. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista. Fronteras, v. 4, p. 103-114, 2001.

BERTOCINI, S. R. B.. **Uso da areia artificial baúsatica em substituição parcial a areia fina para produção de concretos convencionais**. In: 45º CONGRESSO BRASILEIRO DO CONCRETO, 2003.

BODSTEIN, R.. **Atenção básica na agenda da saúde**. Rev. Ciência Saúde coletiva, v. 7, n. 3, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Cap. II, Seção II, Art. 198; 1988.

BRASIL, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL, Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 1990.

BRASIL, Lei 1886, de 18 de Dezembro de 1997. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, dez. 1997.

BRASIL, Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, julho 2002.

BRASIL, Lei 11.350, de 05 de outubro de 2006. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, out. 2006.

BUSS, P. M.. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde Coletiva. V. 5, n. 1. 2000.

CAPONI, S.. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2000.

CAMPOS, G. W.. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. In: INVENTANDO A MUDANÇA NA SAÚDE (Cecílio, O L.C., org.) 2 ed., Hucitec/SP; 1997.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M.. **Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.. **Modelo Tecno-assistencial em Saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Caderno Saúde Pública, v. 13, p. 469-478, jul-set 1997.

COELHO, S. V.. **As transformações da família no contexto brasileiro: uma perspectiva das relações de gênero**. PSIQUE. Rev. Psicol. da Fac. de Ciências Humanas e Letras, 10(6):7-23, maio 2000.

COOPERS & LYBRAND. **Remuneração por habilidades e por competências**. São Paulo, Atlas, 1997.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de modelo assistencial do SUS**. Cad. Saúde da Família, v. 1, n. 1, p. 100-5, 1996.

CUNHA, Zeilma; CONTENTO, I. R.; MORIN, K. **“A Case-Study of a Curriculum Development Process in Nutrition Education Using Empowerment as Organational Policy”**. Ecology of Food and Nutrition, New York: The Gordon and Breach Publishers, v. 39, p. 417-435, dez. 2000.

CUNNINGHAM, I.; HYMAN, J.. **The poverty of empowerment? A critical case study**. Personal Review, v. 28, n. 3, p. 192-207, 1999.

DAB. **Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 15 dezembro 06.

ELIAS, P.. **Saúde no Brasil**. Cortez-Cedec, São Paulo, 2003.

FERREIRA, A. S.. **Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. v. 9, n. 1, Rio de Janeiro; 2004.

FERTONANI, I. A. P.. **Trabalhando a interdisciplinaridade da questão ambiental nas escolas da rede pública**. UNESP, BRASIL; 2003.

FERTONARSI, E.. **Evaluating Community Capacity**. Oxford University Press, 2003.

FORD, R. C. & FOTTLER, M. D.. **Empowerment: a matter of degree**. IEEE Engineering Management Review, v. 24, n. 3, p. 19-24, Fall; 1996.

FORTUNA, C. M.. **Trabalhadores de saúde: problemas ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos**. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil, Editora Fiocruz, 2003.

FRANCO, T.; MERHY, E.. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/PsfTito.htm>>. Acesso em: 20 de abril 2002.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E.. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG**. (Mimeo). 1997.

GIOVANELLA, L. *et al.*. **Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção**. Relatório de Pesquisa, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

GOETSCHI, D. L.; DAVIS, S.. **Introduction to total quality control**. New York, Macmillan, 1994.

GOHN, M. G.. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/agosto 2004.

HERRENKOHL, R. C.; JUDSON, G. T.; HEFFNER, J. A.. **Defining and measuring employee empowerment**. Journal of Applied Behavioral Science, v. 35, n. 3, p. 373-389, Sep. 1999.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Banco de Dados de 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 dezembro 2005.

ISRAEL, G.. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM): uma abordagem qualitativa**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração, 1994.

JURAN, J.M. & GRYNA, F. **Quality planning and analysis**. New York, McGraw Hill, 1993.

KAMII, C. **A criança e o número**. Campinas: Papirus, v. 103, p. 108, 1985.

LABRA & BUSS. **Sistemas de saúde**. Continuidades e mudanças. Hucitec, São Paulo, 2002.

LABONTE, R. **Promotion and Empowerment: reflection on professional practice.** Health Education Quarterly, v. 21, p. 253-268, 1994.

LEFÊVERE, F.; LEFÊVERE, A. M. C.. **Saúde, Empoderamento e Triangulação.** Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago 2004.

MACHADO, M.H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, volumes 1 à 8, 2000.

MAGALHÃES R. **Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas públicas.** Cad Saúde Pública 2001 mai-jun; 17(3):569-79.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.. **Atenção Básica e Programa de Sade da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seus determinantes.** Ciência & Saúde Coletiva, SCIELO, Brasil, 2006.

MERHY, E. E.. **Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil,** Ciência & Saúde Coletiva, SCIELO, Brasil, 2002.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MACHADO, M. H.. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, volumes 1 à 8, 2000.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: estratégia para ampliação do modelo.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família de 26 a 28 de Maio de 1999.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Saúde da Família: quantos somos.** Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/psf/programa.index.asp>>. Acesso em: 20 abril 2007.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Lei nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção Básica para Programa Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário.** Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/psf/programa.index.asp>>. Acesso em: 06 agosto 2006.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. Lei nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa.index.asp>>. Acesso em: 20 abril 2007.

MINTZBERG, H.. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações.** São Paulo, Atlas, 1995.

MIOTO, R. C. T.. **Novas propostas e velhos princípios: subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação sócio familiar.** Fronteiras, v. 4, p. 93-102, 2001.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A.. **Práticas da enfermeira no PSF: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 2, 2005.

NOVAES, H. M. D.. **Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para pesquisa em saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, sup. 2, p. S147-S173, 2004.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OPAS - Organização Pan-americana da Saúde/OMS - Organização Mundial da Saúde. **A Saúde no Brasil.** OPAS/OMS – Escritório de representação no Brasil. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Cairo-Egito, 1994.

OSTERMAN, P.. **How common is workplace transformation and who adopts it?.** *Industrial and Labor Relations Review*, v. 47, n. 2, p. 173-188, Jan. 1994.

PEDUZZI, M.. **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia.** *Revista Saúde Pública.* São Paulo, 1:35:103-9, 2001.

PFEIFFER, I., DUNLOP, J.. **Increasing productivity through empowerment.** *Supervisory Management*, p. 8-17, Jan. 1990.

PIRES, L.. **As práticas empresariais face ao conteúdo das convenções coletivas.** Lisboa, OEFP/IEFP, 2000.

QUINN, R. E. & SPREITZER, G. M.. **The road to empowerment: seven questions every leader should consider.** *IEEE Engineering Management Review*, v. 27, n. 2, p. 21-28, 1999.

RESTREPO, E. **Agenda para La Accion em Promocion de La salud.** Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001.

RIGER, S. & KRIEGLSTEIN, M.. **The impact of welfare reform on men's violence against women.** *American Journal of Community Psychology*, v. 28, p. 631-647, 2000.

RODWELL, C. M.. **Na analysis of the concept of Empowerment**, Journal of Advanced Nursing, 23: 305-13. 1996. [Pubmed – indexed for Medline].

ROGER, M. E.. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 7 ed., Rio de Janeiro, Campus, 1990.

RANDOLPH, N. A.. **Navigating the journey to empowerment**. Organizational Dynamics. v. 23, n. 4, p. 19-32, 1995.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C; LIMA, R. A. G.. **Enfermagem pediátrica e a abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação**. Rev Latino-am Enfermagem, 10(5):709-15, setembro-outubro 2002.

SANTOS, F. C. A.. **Dimensões competitivas e estratégias de recursos humanos**. Gest. Prod., v. 8, n. 3, São Carlos, 1998.

SOARES, F. C. A.. **Dimensões competitivas e estratégia de recursos humanos; importância para a gestão de negócios em empresas manufatureiras**. 2000. 339f. Tese Doutorado - EAESP/FGV, São Paulo, 2000.

SCHRAIBER, L. B.. **Ética e Subjetividade no trabalho em saúde**. Rede Unida. Londrina/Paraná, 1999.

SIMONS, R.. **Control in an age of empowerment**. IEEE Engineering Management Review, v. 25, n. 2, p. 106-112, Summer, 1997.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; HARLAND, C.; HARRISON, A. & JOHNSTON, R. **Administração da Produção**. São Paulo, Atlas, 1997.

SOUZA, F. C. A.. **Estratégia de recursos humanos: dimensões competitivas**. São Paulo, Atlas, 2001.

SYKES, G.; SIMPSON, M. & SHIPLEY, E.. **Training and empowerment improve performance: a case study"**. Integrated Manufacturing Systems, v. 8, n. 2, p. 90-102, 1997.

STOTS, E. N.. **Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil**. São Paulo em: Perspec. v. 17, n. 1, São Paulo. jan./mar. 2003.

TEIXEIRA, C. F; PAIM, J. S. & VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, n. 2, abril/jun 2001.

UERJ. **Reforma em saúde no Brasil**. Programa de Saúde da Família. Informe final. Série Estudos de Saúde Coletiva, 1998.

VASCONCELOS, E. M.. **Educação popular e a atenção à Saúde da Família**. São Paulo (SP): Hucitec/Ministério da Saúde; 1999.

VASCONCELOS, E. M.. Redefinindo as Práticas de Saúde a partir de Educação Popular nos serviços de Saúde. **A saúde nas palavras e nos gesto: reflexão da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2003.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E.. Introduction to Community. In: **Private Groups and Public Life: Social Participation, and Health**. Health Aducaction Quaterly, v. 21(2): 141-148. 1994.

WILKINSON, A.. "**Empowerment: theory and practice**". Personnel Review, v. 27, n. 1, p. 40-56, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MUNICÍPIO/ARARUAMA

Questionário Preliminar

I) Identificação

Município: _____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Nome do Entrevistado: _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Função que exerce no PSF: _____

II) Identificação do profissional:

1) Sexo: () masculino () feminino

2) Idade: _____ anos;

3) Formação: _____;

4) Tempo de formação: _____ anos;

5) Maior titulação: _____

6) Na sua família tem algum profissional de saúde?

() Sim () Não

7) Grau de escolaridade dos pais?

8) Ao ingressar no PSF, recebeu algum tipo de capacitação relativa ao PSF?

() Sim () Não

9) Tem acesso a publicações relativas a saúde da família?

() Sim () Não

Se respondeu Sim, que tipo?

Especificar: _____

III) Informações

10) Quanto tempo trabalha no PSF?

() mais de 5 anos; () mais de 1 e menos de 5 anos; () menos de 1 ano.

11) Há quanto tempo o sr(a) trabalha na Unidade?

() mais de 5 anos; () mais de 1 e menos de 5 anos; () menos de 1 ano.

11) Há quanto tempo o sr(a) trabalha na Unidade?

() mais de 5 anos; () mais de 1 e menos de 5 anos; () menos de 1 ano.

12) Na época de sua contratação no PSF, a forma de seleção de pessoal era feita através:

() concurso público; () entrevista; () curriculum Vitae;

() outra (especificar) _____

13) Qual a modalidade da contratação no Programa Saúde da Família?

Especificar: _____

14) Quantas horas você trabalha por semana?

() até 20h; () 20 às 30h; () 30h às 40h; () mais de 40h;

15) Como você avalia as condições de trabalho no PSF?

() péssima; () precária; () regular; () boa; () excelente;

16) Tem outro vínculo empregatício?

() sim () não

17) Que alterações ocorreram na sua vida profissional após trabalhar no Programa Saúde da Família?

1.	Remuneração	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
2.	Jornada de Trabalho	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
3.	Condições de Trabalho Material e equipamento	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
4.	Autonomia Técnica	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
5.	Relação com o paciente	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
6.	Prestígio Profissional	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou
7.	Competência Técnica	() aumentou	() diminuiu	() não se alterou

18) Você considera sua atividade profissional desgastante?

() sim; () não;

Porque: _____

19) Na sua opinião, você recebe o valor satisfatório na sua renda mensal?

() sim; () não;

20) Para você, que palavra resume o futuro do PSF? _____

21) Quais as vantagens e/ou desvantagens em trabalhar no PSF?

1.Vantagens: _____

2.Desvantagens: _____

22) Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população de sua área de atuação?

() sim () não

Porquê?

23) Desde que você trabalha no PSF, cite as principais alterações que vem ocorrendo na sua relação com os pacientes?

24) Como você avalia a relação entre os membros da equipe de saúde do PSF?

() péssima; () precária; () regular; () boa; () excelente;

25) O que poderia melhorar na relação da equipe do PSF?

ANEXO 2

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA MUNICÍPIO/ARARUAMA **QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE PSF**

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

I) Identificação Pessoal:

1) Unidade de Saúde da Família:

2) Função que exerce no PSF:

3) Sexo: () masculino () feminino

4) Idade: _____ anos;

II) Identificação do Profissional:

5) Formação: _____

6) Tempo de formação: _____ anos;

7) Maior titulação:

III) Informação:

8) Ao ingressar no PSF, recebeu algum tipo de capacitação relativa ao PSF?

() Sim () Não

9) Tem acesso a publicações relativas a saúde da família?

() Sim () Não

Se respondeu Sim, que tipo?

Especificar: _____

10) Quanto tempo trabalha no PSF?

() mais de 5 anos; () mais de 1 e menos de 5 anos; () menos de 1 ano.

11) Há quanto tempo o sr(a) trabalha na Unidade?

() mais de 5 anos; () mais de 1 e menos de 5 anos; () menos de 1 ano.

12) Na época de sua contratação no PSF, a forma de seleção de pessoal era feita através:

concurso público; entrevista; currículo Vitae;

outra (especificar) _____

13) Qual a modalidade da contratação no Programa Saúde da Família?

Especificar: _____

14) Quantas horas você trabalha por semana?

até 20h; 20 às 30h; 30h às 40h; mais de 40h;

15) De modo geral, como você avalia as condições de trabalho no PSF?

péssima; precária; regular; boa; excelente;

16) Tem outro vínculo empregatício?

sim não

17) Que alterações ocorreram na sua vida profissional após trabalhar no Programa Saúde da Família?

1.	Remuneração	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
2.	Jornada de Trabalho	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
3.	Condições de Trabalho Material e equipamento	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
4.	Autonomia Técnica	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
5.	Relação com o paciente	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
6.	Prestígio Profissional	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou
7.	Competência Técnica	<input type="checkbox"/> aumentou	<input type="checkbox"/> diminuiu	<input type="checkbox"/> não se alterou

18) Você considera sua atividade profissional desgastante?

sim; não;

Porque: _____

19) Na sua opinião, você recebe o valor satisfatório na sua renda mensal?

sim; não;

20) Para você, que palavra resume o futuro do PSF?

21) Quais as vantagens e/ou desvantagens em trabalhar no PSF?

1. Vantagens: _____

2.Desvantagens:_____

22) Você considera que está contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população de sua área de atuação?

() sim () não

Porquê?

23) Desde que você trabalha no PSF, cite a principal alteração que vem ocorrendo na sua relação com os pacientes?

24) Como você avalia a relação entre os membros da equipe de saúde do PSF?

() péssima; () precária; () regular; () boa; () excelente;

25) O que poderia melhorar na relação da equipe do PSF?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: Construção de um novo modelo de gestão do PSF no Município de Araruama, utilizando o *Empowerment* como política organizacional. Trata-se de pesquisa vinculada ao curso de Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá. Você foi selecionado para participar desta pesquisa, porém a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é adotar novos mecanismos e prática de gestão, envolvendo os diferentes segmentos de atuação dos profissionais de saúde para melhoria na promoção de saúde dos usuários do PSF/Araruama, utilizando o *empowerment* como política organizacional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário semi-estruturado sobre os problemas relacionados ao gerenciamento da sua unidade, discussão e tomada de decisões juntamente com o grupo participante.

Não há riscos diretos relacionados com a sua participação. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação.

As informações coletadas servirão como base para a construção de um novo modelo de gestão a ser adotado pelo PSF/Araruama. Os benefícios esperados estão relacionados com a melhoria na qualidade do atendimento e resolutividade na promoção de saúde dos usuários.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores responsáveis, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, concordo em participar e autorizo o uso das informações coletadas, para fins exclusivamente, do previsto neste protocolo.

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2006.

Pesquisador:

Simone Grativol Marchon
Secretaria Municipal de Saúde
Rua Nossa Senhora das Graças S/N
Araruama/RJ - Tel: 22 26657300
E-mail: Simone.marchon@terra.com.br

Zeilma da Cunha
Universidade Estácio de Sá
Rua do Riachuelo no. 27-Lapa
Rio de Janeiro - Tel: 3231-6135
E-mail: zeilmadacunha@bol.com.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)