

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE A  
PARTIR DAS CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE E  
DA POPULAÇÃO ASSISTIDA**

Suenny Fonsêca de Oliveira

**JOÃO PESSOA/PB  
MARÇO/2006**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE A  
PARTIR DAS CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE E  
DA POPULAÇÃO ASSISTIDA

**Dissertação apresentada pela aluna Suenny  
Fonsêca de Oliveira como requisito para conclusão  
do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da  
Universidade Federal da Paraíba/UFPB, em  
cumprimento às exigências para obtenção do grau  
de Mestre em Psicologia Social.**

**Orientador: Francisco José Batista de  
Albuquerque**

JOÃO PESSOA/PB  
MARÇO/2006

O48r Oliveira, Suenny Fonseca de

Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida / Suenny Fonseca de Oliveira. – João Pessoa, 2006.

174p.

Orientador: Francisco José Batista de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado) UFPB/CCHLA.

1. PSF – Avaliação de Programa 2. Profissionais de saúde  
3. Usuários e não-usuários.

UFPB/BC CDU: 614.2-053.9(043)

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS  
CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE E DA POPULAÇÃO  
ASSISTIDA**

**Suenny Fonsêca de Oliveira**

**Dissertação aprovada em 31 de março de 2006**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Presidente

**Orientador Francisco José Batista de Albuquerque**

Doutor em Psicologia e professor da Universidade Federal da Paraíba

---

Relatora

**Prof<sup>a</sup> Ana Alayde Werba Saldanha**

Doutora em Psicologia e professora da Universidade Federal da Paraíba

---

Primeiro Examinador Externo

**Prof<sup>a</sup> Livia de Oliveira Borges**

Doutora em Psicologia e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Segundo Examinador Externo

**Prof<sup>o</sup> Marcos Emanuel Pereira**

Doutor em Psicologia e professor da Universidade Federal da Bahia

A todos aqueles que acreditam que o Brasil pode ser um país mais justo e aos meus pais, que nunca permitiram que eu perdesse a esperança.

## Agradecimentos

E após um doloroso parto nasceu minha primogênita: Dissertação.

Não há como falar dela e da minha infinita felicidade ao vê-la por entre minhas mãos sem voltar há 3 anos atrás. Eu estava muito decepcionada por não ter conseguido entrar no Mestrado, mesmo tendo sido classificada na prova. Mas não me entristeço ao pensar naquele tempo, pois serviu para que eu aprendesse que as coisas acontecem na hora certa: o relógio de Deus não funciona no nosso tempo. E a Ele agradeço primeiramente por tudo que sou. Agradeço a vida, os perdões, os ensinamentos e as pessoas que colocou e tem colocado no meu caminho.

Desta gestação participaram muitas pessoas: pais, irmãos, familiares, amigos de perto e de longe, professores, colegas de trabalho, vizinhos, amores. Alguns mais, outros menos, mas cada um com um papel fundamental nesta produção. Às vezes acalentavam meu pranto, em outras faziam com que brotasse um sorriso no meu rosto quando eu não acreditava que poderia me alegrar. Algumas piadas, umas caminhadas na praia, muitas noites de estudo, uns açafís, outras pizzas, quilinhos a mais, tentativas de perdê-los, madrugadas ao telefone. Como o tempo passa rápido. E agora nasceu!

Não posso dizer que foi produção independente! Na verdade ela é cheia de pais e mães. Mas vou começar pelos avós: Chico, Ana, e meus pais.

Professor Francisco Albuquerque, meu pai acadêmico, a quem chamamos de “painho” às escondidas no núcleo, de quem tanto tive medo e que me provocou algumas dores de barriga antes de encontrá-lo (sem saber). Hoje não consigo identificar o motivo de tanta ansiedade, pois na convivência no dia-a-dia aprendi com ele muitas coisas: a trabalhar em grupo, a ensinar, a confiar em mim e nele, e vê-lo não apenas como meu orientador, mas como alguém que se preocupa comigo, com meu futuro. Chico, te agradeço pela confiança em mim depositada, pelo apoio nas horas difíceis, pelas cobranças nas horas necessárias, por ter me mostrado que eu posso “pensar”.

Ana Alayde, minha mãe acadêmica, não sei nem como te agradecer por tanto apoio e amizade. Você é um exemplo de profissional e de pessoa pra mim. Te admiro muito! Quando eu crescer quero ser como você. Mas nem se iluda, você não está livre de mim, é como você disse uma vez: a maldição da primeira, então... Obrigada por todas as horas que estive ao meu lado e por acreditar em mim. Saiba que me sinto extremamente privilegiada de ter trabalhado contigo. Te adoro!

Agradeço a meus pais: Fábio Maciel e Maria da Penha, por confiarem em mim e permitirem tanto tempo de distância (desde os 18 anos). Sei que muitas vezes precisaram que eu estivesse mais perto e que às vezes vocês preferiram dizer que tudo estava bem pra eu não me preocupar. Espero recompensá-los por todo sacrifício que fizeram. Muito obrigada! Amo vocês demais e mesmo tendo este jeito independente, não se enganem, sou a mesma menina que pede cafuné pra dormir. Pai, mãe e Igor, sei que não puderam estar aqui hoje e compreendo. Mas saibam que eu não poderia estar aqui sem vocês.

Dissertação também é privilegiada pois nasceu no cerne de uma família maravilhosa como a minha: repleta de tios e tias, primos e primas, tia-avó, primos de segundo grau, contabilizando passam dos 50 descendentes de Júlio Milanês e Ângela (avô e avó). Como não vou escrever o nome de todos, agradeço a cada um deles pelas lições de vida que me ensinaram desde a minha infância. Vocês estão em meu coração!

Ao quarteto fantástico: Janaína, Roberta, Renata e Raquel; amigas de todas as horas que agora são titias (antes de Rena – hahaha). Acho que não preciso dizer o quanto vocês são especiais pra mim e mesmo com a distância vocês sempre estão perto. Agradeço por terem me

ensinado a respeitar e conviver em harmonia com as diferenças. Vocês me fizeram uma pessoa melhor. Amo vocês quatro!

E são tantos os amigos, novos tios e tias, que estiveram ao meu lado nesta gestação. Amigos do curso: todos do período 99.1 – companheiros de graduação, e aos mestrados (ou já mestres) que estudaram comigo durante estes dois anos; em especial, Raquel, Liana, Ludgleydson, Quitéria, e Alessandra Castanha. Estudamos juntos, aprendemos juntos, ensinamos um ao outro a difícil arte de com-viver.

Agradeço também aos colegas de trabalho do Núcleo de desenvolvimento Rural e Vulnerabilidade Social que se transformaram em grandes amigos: Artur, Cíntia, Michelle, Alex, Henrique, Jadcely, Francisco, Nayana, Carla, Cynthia 2, Tereza, que enchem os meus dias de alegria.

Aos amigos de Aracaju: Renata, Cíntia, Bruno, Gilberto, Adriana, Elisângela, Pablo, Elisa, Fernando, Flávio, Elisvânia, Kátia, Fabiana, Candice e Felipe, e há tantos outros amigos que não estão presentes nestas linhas, mas estão marcados na minha alma. Saudades de vocês!

Aqueles que me agüentaram em casa estressada, amorosa, carente, chorosa, eufórica, elétrica, dengosa, chata: Enoque (meu irmão do coração), Gean, Karina, Cibelle e Tatiana (prima e companheira). Obrigada por nunca terem me jogado da janela nas minhas crises históricas e por terem me amparado em cada momento. Vocês fazem (ou fizeram) do meu lar um lugar de aconchego, amizade e confiança.

A Tatiana Rocha, amiga que tanto amo, por me mostrar que a distância é apenas uma barreira para provar as verdadeiras amizades. Podemos passar mil anos sem nos ver, mas quando nos encontrarmos parecerá que nos vimos ontem.

A Isabelle, por todas as fugas, os cinemas, os desabafos, os lanches, e por ainda ser minha amiga mesmo depois de decepções e transformações pela qual passamos juntas. Você me surpreendeu com seu jeito simples de encarar a vida e por sempre estar ao meu lado. Te adoro!

Aos amigos Cláudio e Patrícia por terem permitido que eu invadissem suas vidas (e seu computador), por terem me orientado em busca da paz espiritual e do conhecimento da Verdade. Obrigado por caminharem comigo, serem meus amigos, meus irmãos. E a princesa Thalita por sempre me fazer rir.

E ao pai de Dissertação, que mesmo separado, sofreu cada dor minha e sorriu cada vitória. Tenho certeza que você também comemora agora mais este passo. Meu muito obrigada!

E por fim, ao Amor, porque foi ele que me motivou a iniciar e a concluir este trabalho!

Que Deus abençoe a cada um de vocês!



Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor (...) E ainda que (...) conhecesse todos os mistérios e *toda a ciência* (...) e não tivesse amor, nada seria. (Bíblia Sagrada, Co13:1-2)

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distritos Sanitários de João Pessoa e os bairros que os compõem	16
<b>Tabela 2.</b> Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário de João Pessoa	17
<b>Tabela 3.</b> Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal implementadas em João Pessoa a partir de 2000	18
<b>Tabela 4.</b> Número de Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa por Categoria Profissional (dados de fevereiro de 2006)	19
<b>Tabela 5.</b> Número de profissionais das ESF de João Pessoa e seus respectivos Vínculos Empregatícios por Categoria Profissional (dados de janeiro de 2006)	20
<b>Tabela 6.</b> Média salarial dos profissionais das ESF de João Pessoa por Categoria Profissional (valores reajustados a partir de janeiro de 2006)	21
<b>Tabela 7.</b> Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados	76
<b>Tabela 8.</b> Representação da amostra segundo a frequência nos extratos	105
<b>Tabela 9.</b> Categorias e sub-categorias de crenças dos não-usuários sobre o PSF	108
<b>Tabela 10.</b> Categorias e sub-categorias de crenças dos usuários sobre o PSF	109
<b>Tabela 11.</b> <i>Test-t Student</i> para renda e quantidade de pessoas que moram em casa	110

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática Caracterização do trabalho em PSF	103
<b>Quadro 2.</b> Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática Gestão do PSF	104
<b>Quadro 3.</b> Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática Concepção do PSF atribuída à comunidade pela ESF	104
<b>Quadro 4.</b> Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática Concepção de Saúde	105

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1.** Divisão do Estado da Paraíba em Regiões Sanitárias

42

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	12
<b>ABSTRACT</b>	13
<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>Capítulo I: Revisitando a História: a trajetória da saúde no Brasil e no mundo</b>	22
1.1 Das Políticas Públicas ao Direito à Saúde	23
1.2 Brasil: histórico da atenção à saúde	29
<i>1.2.1 Políticas Públicas de Saúde na Paraíba: evolução do quadro sanitário</i>	39
<b>Capítulo II: PSF como dimensão operacional do novo modelo de atenção à saúde: possibilidade ou utopia?</b>	49
2.1 A inclusão da família como foco de atenção no cenário das políticas públicas	50
2.2. Programa de Saúde da Família: objetivos e operacionalização de uma estratégia	53
2.3 Da idealização à implantação: considerações sobre o PSF	56
<b>Capítulo III: Avaliação do Programa de Saúde da Família: uma abordagem cognitivo-comportamental de avaliação</b>	65
3.1 Avaliação de Programas de Saúde	66
3.2. Avaliação do Programa de Saúde da Família: relato de estudos	80
3.3. Proposta de uma abordagem Cognitivo-Comportamental de Avaliação do PSF	87
<b>IV. APORTES MÉTODOLÓGICOS</b>	89
4.1. Objetivos	90
4.2. Delineamento	90
4.3. Participantes	91
4.4. Instrumento	91

4.5. Procedimento	93
4.6. Análises de dados	94
4.7. Aspectos éticos	94
<b>V RESULTADOS</b>	95
5.1 Caracterização das Unidades de saúde da Família	96
5.2 Caracterização dos profissionais da Equipe de Saúde da Família	101
5.3 Análise das crenças da ESF e adequação das USF ao trabalho em PSF	102
5.4 Caracterização dos usuários e não-usuários do PSF	105
5.5 Análise das crenças dos usuários e não usuários	106
5.5.1 <i>Crenças dos não-usuários do PSF</i>	107
5.5.2 <i>Crenças dos usuários do PSF</i>	108
5.5.3 <i>Similaridade nas crenças de usuários e não usuários</i>	110
<b>VI DISCUSSÃO</b>	112
6.1 Perfil profissional e condições de trabalho da ESF a partir da análise das USF	113
6.2 Análise do perfil e crenças dos usuários e não-usuários do PSF	144
<b>VII CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	150
<b>VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	160
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I</b> - Questionário de Avaliação das Unidades de Saúde da Família (USF)	
<b>ANEXO II</b> - Roteiro da entrevista com os profissionais das ESF	
<b>ANEXO III</b> - Questionário de levantamento de crenças com usuários e não usuários do PSF	

## RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar o Programa de Saúde da Família (PSF) através de uma perspectiva cognitivo-comportamental, utilizando as dimensões: Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas, do Modelo de Crenças em Saúde. Hipotetiza-se que a avaliação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) é resultante das condições de trabalho proporcionadas pela gestão municipal de saúde para um efetivo desempenho do trabalho destes profissionais, operacionalizadas através da situação física, estrutural e organizacional das Unidades de Saúde da Família (USF); enquanto a avaliação dos usuários do PSF é consequência tanto dos aspectos organizacionais e estruturais das USF quanto do vínculo estabelecido com os profissionais das ESF. Para tanto, foi selecionada uma amostra não-probabilística de 5 USF indicada por um especialista. Para a identificação das crenças dos profissionais da ESF acerca do PSF foram entrevistados em cada USF: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 auxiliar de enfermagem, 1 ACS e 1 ACD, totalizando 30 profissionais. A crença das famílias cadastradas no PSF foi acessada através de uma amostra não-probabilística por quota de 65 pessoas (usuárias e não usuárias do PSF), distribuídas por sexo e faixa-etária. Os instrumentos utilizados foram: um questionário de avaliação das Unidades de Saúde da Família, uma entrevista semi-estruturada para os profissionais da ESF e um questionário de levantamento de crenças para a população, além de questões bio-demográfico. A avaliação das USF foi realizada através de uma análise descritiva da instituição em seus aspectos organizacionais, estruturais e materiais. As entrevistas dos profissionais da ESF e da população foram categorizadas através de análise de conteúdo temática para verificar as crenças acerca do PSF sendo utilizado o critério de *saturação* para garantir a variabilidade das respostas. Os dados bio-demográficos foram tratados através do pacote estatístico SPSS for Windows para realização das estatísticas descritivas. Os resultados demonstram que os usuários avaliam positivamente o PSF no que se refere ao atendimento humano e diferente (prevenção e promoção da saúde) dos profissionais da ESF, além da proximidade de casa e da distribuição de remédios gratuitamente. Em contrapartida, a pequena quantidade de profissionais que implica em poucos atendimentos, o agendamento das consultas e a demora no encaminhamento para o médico especialista se constituem como aspectos negativos na avaliação dos usuários acerca do PSF. Foi observado também que os profissionais da ESF avaliam negativamente o PSF no tocante às condições de trabalho fornecidas pelos gestores, ao deficitário sistema de referência e contra-referência, a falta e/ou insuficiência de capacitações, a sobrecarga de trabalho e a falta de compreensão da população sobre o programa. Não obstante, avaliam positivamente o PSF principalmente no que se refere ao aumento do vínculo com a população e ao trabalho pautado em ideais, que através de uma equipe multiprofissional desenvolvem estratégias preventivas e promocionais. A observação da realidade sanitária das USF corroborou o discurso dos profissionais das ESF quanto as precárias condições de trabalho do PSF. Apesar de todos os entraves apontados neste trabalho, o PSF obteve um impacto positivo na saúde da população assistida principalmente pelo fato desta estratégia de saúde ter sido implementado em áreas sem qualquer serviço voltado para a saúde da população. Contudo, sua eficácia é bastante minimizada pelo fato deste serviço ser utilizado de maneira inadequada, tendo que suprir a deficiência da atenção básica de saúde municipal.

**Palavras-chave:** avaliação de programa, PSF, profissionais de saúde, usuários/não usuários

## ABSTRACT

The present study objectified to evaluate the Program Health of Family (PSF) through a cognitive-behavioral perspective, using the dimensions: Perceived Benefits and Perceived Barriers, of the Health Belief Model. It was Hypothesized that the evaluation of the professionals of the Teams of Health of Family (ESF) is resultant of the conditions of work proportionate for the city's management of health for an effective performance of the work of these professionals, through of the physical, structural and organizational situation of the Units of Health of Family (USF); while the evaluation of the users of the PSF is consequence as the organizational and structural aspects of the USF as the bond established with the professionals of the ESF. For that, a not-probabilistic sample of 5 USF indicated by a specialist was selected. To identify the beliefs of the professionals of the ESF concerning the PSF, it was interviewed in each USF: 1 doctor, 1 nurse, 1 dentist, 1 nurse aid, 1 ACS and 1 ACD, totalizing 30 professionals. The belief of the families registered on the PSF cadastre was accessed through a not-probabilistic quota sample of 65 people (users and not users of the PSF), distributed by sex and age. The used instruments were: a questionnaire of evaluation of the Units of Health of the Family, an interview half-structuralized to the professionals of the ESF and a questionnaire of survey of beliefs for the population, besides bio-demographics questions. The evaluation of the USF was made through the descriptive analysis of the institution in its organizational, structural and material aspects. The interviews of the professionals of the ESF and the population were categorized through a thematic analysis of content in order to verify the beliefs concerning the PSF, using the saturation criterion to guarantee the variability of the answers. The bio-demographics data was treated through the statistical package SPSS for Windows to do the descriptive statistics. The results demonstrate that the users positively evaluate the human and different attendance (prevention and promotion of the health) of the professionals of the PSF, besides the proximity of home and the free distribution of remedies. On the other hand, the small amount of professionals that implies in a few attendances, the appointment of the consultations and the delay in guiding people for a medical specialist, all of that constitutes as negative aspects in the evaluation of the users concerning the PSF. It was also observed that the professionals of the ESF negative evaluate the PSF with relation to the conditions of work supplied by the managers, the deficit system of reference and against-reference, the lack and/or insufficiency of qualifications, the overload of work and the lack of the population understanding about program. Although, they positively evaluate the PSF, mainly in relation to the increase of the bond with the population and to the work based in ideals which through a multiprofessional team develops preventive and promotional strategies. The observations of the sanitary reality of the USF corroborated with the ESF professionals speech about the precarious conditions of the PSF work. Although all the impediments pointed in this work, the PSF got a positive impact in the health of the population attended, mainly because of the fact that this strategy of health had been implemented in areas without any service destined to the population health. However, its effectiveness is minimized by the fact of this service be used in an inadequate way, having to supply the deficiency of the municipal health basic attention.

**Key-words:** program evaluation, PSF, professionals of health, users or not users



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em uma pesquisa empírica que tem como objetivo avaliar o Programa de Saúde da Família (PSF), em uma perspectiva cognitivo-comportamental, a partir dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e da população assistida por este serviço. Esta dissertação divide-se em duas partes: a primeira é onde se delimita a pesquisa e se contempla a Fundamentação Teórica, composta por três capítulos; a segunda contempla tanto o objetivo (geral e específicos) quanto o método (delineamento, hipóteses, participantes, instrumentos, procedimentos, análise de dados, aspectos éticos), além da apresentação e discussão dos resultados e as considerações finais.

O primeiro capítulo, *Revisitando a História: a trajetória da saúde no Brasil e no mundo*, aborda os temas: políticas públicas em saúde, direito à saúde e promoção de saúde. Este capítulo faz uma retrospectiva histórica acerca das políticas públicas em saúde implantadas no Brasil e na Paraíba, do Sistema de Saúde brasileiro desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a resolução que propõe o PSF como ferramenta fundamental para a operacionalização do SUS. O primeiro capítulo abrange ainda a temática da saúde numa perspectiva epidemiológica.

*PSF como dimensão operacional do novo modelo de atenção à saúde: possibilidade ou utopia?*, como é intitulado o segundo capítulo, aborda a questão da inclusão da família como foco de atenção nas políticas públicas de saúde. Inclui também uma breve descrição de como o SUS incorporou o PSF como principal estratégia para sua efetivação. Neste momento são expressas as relações entre os atores envolvidos na efetivação deste programa: gestores municipais de saúde, profissionais das ESF e usuários do PSF; bem como uma análise crítica deste modelo de atenção à saúde.

Por fim, como estes atores devem ser envolvidos na avaliação, observou-se a necessidade de se contemplar as teorias e modelos psicológicos que contribuíssem para o trabalho,

contemplando, desta forma, o último capítulo *Avaliação do Programa Saúde da Família: uma abordagem cognitivo-comportamental de avaliação*. Este capítulo perfaz o histórico da avaliação de programas e os tipos de avaliações existentes, além dos objetivos da avaliação em saúde; para posteriormente propor uma avaliação com perspectiva cognitivo-comportamental baseada nas dimensões *Benefícios Percebidos* e *Barreiras Percebidas*, do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstok (1974b), buscando compreender as avaliações dos produtores das ações de saúde (profissionais) e da população de destino destas ações (famílias adscritas pelo PSF) sobre esta nova estratégia de atenção à saúde.

Com o objetivo de apresentar o quadro da Atenção Básica de Saúde em João Pessoa, decidiu-se informar dados sobre a população da presente pesquisa. Para tal, foram levantados os parâmetros disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde sobre as Unidades de Saúde da Família (USF) e os profissionais que trabalham nestas unidades compondo a Equipe de Saúde da Família (ESF).

O Sistema de Atenção Básica de João Pessoa é formado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – responsáveis pelo atendimento e tratamento de caráter curativo, e pelas Unidades de Saúde da Família (USF) – que trabalham a partir da educação em saúde com ênfase nos aspectos preventivos e promocionais. Estes dois serviços não são excludentes, são complementares e abordam de formas diferentes aspectos específicos do processo saúde-doença: 1) a reabilitação e o tratamento dos indivíduos que já estão enfermos através de uma medicina curativa, e 2) a prevenção e a promoção de saúde daqueles que estão saudáveis (ou em risco de adoecer) através da informação, educação em saúde e da interação com os indivíduos de uma dada localidade.

O município de João Pessoa foi dividido em cinco Distritos Sanitários para melhor operacionalização do trabalho em saúde além da supervisão destes serviços. Cada Distrito Sanitário é de base territorial e corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde possibilitando a orientação para problemas identificados em relação a uma população e a um

espaço determinado, além da caracterização do impacto das ações ali desenvolvidas (Oliveira, Nunes & Torres, 2001).

A tabela 1 sumariza os bairros que correspondem a cada Distrito Sanitário do município.

**Tabela 1.** Distritos Sanitários de João Pessoa e os bairros que os compõem

<b>Distritos Sanitários</b>	<b>Bairros que compõem os Distritos Sanitários</b>
Distrito Sanitário I	Cruz das Armas, Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Bairro dos Novaes, Costa e Silva, Colinas do Sul, Esplanada, Gramame, Jardim Planato, Jardim CEPOL, Jardim Veneza, Sítio Mumbaba, Funcionários I, Guaiúba além de uma parte do conjunto Ernani Sátiro
Distrito Sanitário II	Grotão, Pedra Branca, Rangel, Cristo, Geisel, Jaguaribe, Maria de Nazaré, Jardim Samaritano, Bela Vista, João Paulo II, Presidente Médici, Funcionários II, III e IV, Riacho Doce, Malta, Nova República, Paulo Afonso, Jardim Itabaiana, Citex, Vale Verde, Homero Leal, além da outra parte do bairro Ernani Sátiro que não é coberta pelo Distrito I
Distrito Sanitário III	Bancários, Mangabeira, Castelo Branco, Comunidade São Rafael, Cidade Verde (ou Mangabeira VIII), Valentina, Parque do Sol, Mon Senhor Magno (ou Mussumago) e José Américo
Distrito Sanitário IV	Mandacaru, Padre Zé, 13 de Maio, Ipês, Cordão Encarnado, Distrito Mecânico, Ilha do Bispo, Tambiá, Varadouro e Padre Zé
Distrito Sanitário V	Miramar, Torre, Altiplano, Bessa, Tambaú, Manaíra, São José, Cabo Branco e Penha

Em entrevista com a chefe da Seção de Territorialização e Cadastro em Saúde da Família, Maria de Fátima Freitas de Oliveira, constatou-se que das mais de 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionavam na década de 1990, só funcionam atualmente no município seis UBS: uma UBS no Distrito II, três UBS no Distrito IV e duas UBS no Distrito V, limitando o atendimento básico da população que sobrecarrega as Unidades de Saúde da Família em busca de atendimentos de natureza curativa.

Funcionam em João Pessoa 180 equipes trabalhando nas Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas nos cinco Distritos Sanitários do município (ver tabela 1) dando cobertura a 76% da população pessoense. Devido ao fechamento das Unidades Básicas de Saúde ou sua transformação em Unidades de Saúde da Família, as ESF têm que prestar atendimento curativo à população que ficou desprovida deste serviço de saúde, tentando suprir estas necessidades sem condições materiais e estruturais abandonando o objetivo desta estratégia e comprometendo a qualidade do trabalho do PSF.

**Tabela 2.** Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário de João Pessoa

<b>Distritos Sanitários de João Pessoa</b>	<b>Equipes de Saúde da Família (ESF)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Distrito I	48	26,67
Distrito II	35	19,44
Distrito III	57	31,67
Distrito IV	26	14,44
Distrito V	14	7,78
Total	180	100,00

A partir da análise do desenvolvimento do PSF no Brasil, observou-se que desde 1998 houve um massivo aumento de Equipes de Saúde da Família em todo o país, principalmente quando o Governo Federal, juntamente com o Ministério da Saúde, elaborou uma nova política de incentivo para os repasses financeiros aos municípios que se baseava na implantação e cobertura do Programa de Saúde da Família. Em João Pessoa, os anos de 1998 e 1999 foram de implementação do programa na esfera burocrática, concomitante à seleção de profissionais para comporem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Em 2000 foram implantadas as primeiras sete ESF no município. A Equipe de Saúde Bucal (ESB), formada por um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal, foi incorporada pelo MS ao PSF em

2000, seguindo o mesmo ritmo acelerado de implantação da ESF, só começando a ser implantada em João Pessoa a partir de 2001 (ver tabela 2).

**Tabela 3.** Número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal implementadas em João Pessoa a partir de 2000

<b>Ano</b>	<b>Equipes de Saúde da Família (ESF)</b>	<b>Equipes de Saúde Bucal (ESB)</b>
2000	07	---
2001	32	19
2002	19	04
2003	86	49
2004	36	108
Total	180	180

O Programa de Saúde da Família de João Pessoa conta atualmente com 180 equipes formadas por trabalhadores de seis categorias profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitário de saúde e auxiliares de consultório dentário), totalizando 1820 profissionais. Na tabela 3, pode-se notar que segundo o nível instrucional, a população de profissionais das equipes do PSF é composta por 70,49% de ocupações de nível médio e 29,51% de nível superior. Observa-se, também, que os agentes comunitários de saúde representam mais da metade (50,71%) dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF), com perspectiva de aumento deste número pois será realizada uma seleção para 170 novas vagas de agentes no primeiro semestre de 2006. Já os médicos estão em menor número no PSF (9,73%), menos de um por equipe, devido a grande rotatividade destes profissionais no programa.

**Tabela 4.** Número de Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa por Categoria Profissional (dados de fevereiro de 2006)

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Número de pessoas ( f )</b>	<b>Percentual (%)</b>
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	923	50,71
Auxiliar de Enfermagem	180	9,89
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	180	9,89
Enfermeiro	180	9,89
Dentista	180	9,89
Médico	177	9,73
Total	1820	100,00

Alberto Magno de Arruda Palmeira, responsável pela Gerência de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde afirmou que os profissionais da Equipe de Saúde da Família trabalham em três tipos de vínculos empregatícios distintos: municipal, estadual e serviços prestados. O primeiro refere-se àqueles profissionais que participaram de seleção interna e foram remanejados para o PSF. Eles possuíam frequentemente uma jornada de trabalho de 20 horas semanais pelo município e recebem uma gratificação junto ao seu salário para completarem a jornada de 40 horas semanais exigida pelo programa. Os profissionais com vínculo estadual foram cedidos pelo Estado no início da implantação do PSF em João Pessoa para fazer parte do quadro de funcionários deste serviço cumprindo às 40 horas semanais estipuladas pelo programa. Contudo, este tipo de contrato não tem sido mais realizado permanecendo nesta situação apenas alguns profissionais que o fizeram na implantação do PSF em João Pessoa, representando a menor proporção de profissionais com este vínculo empregatício em relação aos demais.

Por fim, uma parte dos profissionais das ESF trabalha sem vínculo empregatício, com contratos temporários (anuais) de serviços prestados que não oferecem nenhuma garantia trabalhista nem estabilidade ao profissional (ver tabela 4). Como pode ser observado este é o caso de todos agentes comunitários de saúde (ACS) (100%) e 45,5% dos auxiliares de consultório

dentário (ACD), categorias profissionais de nível médio e com menor remuneração no PSF (ver tabela 5). Isto ocorre também com 58,9 % dos médicos os quais têm contratos temporários, justificando, desta forma, a grande rotatividade destes profissionais no PSF como já apontado anteriormente.

**Tabela 5.** Número de profissionais das ESF de João Pessoa e seus respectivos Vínculos Empregatícios por Categoria Profissional (dados de janeiro de 2006)

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Municipal</b>		<b>Estadual</b>		<b>Serviço Prestado</b>	
	<b>F</b>	<b>(%)</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>	<b>F</b>	<b>(%)</b>
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	0	0,0	0	0,0	915	100
Auxiliar de Enfermagem	176	97,8	0	0,0	4	2,2
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	70	39	28	15,5	82	45,5
Enfermeiro	138	76,7	20	11,1	22	12,2
Dentista	98	54,4	41	22,8	41	22,8
Médico	58	32,2	16	8,9	106	58,9

O salário dos profissionais das equipes do PSF também é uma das fontes de insatisfação destes trabalhadores, pois a jornada de trabalho de 40 horas semanais, bem como a grande quantidade de atividades atribuídas à Equipe de Saúde da Família (mapeamento das áreas de risco, cadastramento da população da área adscrita, educação em saúde, tratamento e reabilitação de enfermos, estatísticas de saúde, estratégias de atenção que englobam diversos programas – hipertenso, diabético, pré-natal, atenção ao idoso, entre outros; além da demanda municipal de serviços – entrega do cartão SUS, informações sobre dados para planejar campanhas de saúde, entre outros), é inversamente proporcional à baixa valorização profissional. Como mostra a tabela 5, as diferenças salariais entre os profissionais de nível médio e superior são muito evidentes, havendo a concentração dos médicos no topo mais elevado da média salarial em oposição aos

agentes comunitários de saúde que representam o extrato com menor média salarial dos profissionais da ESF.

**Tabela 6.** Média salarial dos profissionais das ESF de João Pessoa por Categoria Profissional (valores reajustados a partir de janeiro de 2006)

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Média salarial (R\$)</b>
Médico	3.606,00
Enfermeiro	2.435,00
Dentista	2.435,00
Auxiliar de Enfermagem	845,00
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	728,00
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	380,00

Uma breve apreciação da população desta pesquisa já nos permite detectar alguns entraves no Programa de Saúde da Família da cidade de João Pessoa, como as conseqüências da rápida implementação do PSF no município, sem contudo, atentarem para questões de âmbito estrutural e organizacional – tais como estruturas físicas inadequadas das USF, substituição das Unidades Básicas de Saúde por Unidades de Saúde da Família, vínculos empregatícios e salários desestimulantes. Ao longo destas páginas você irá entrar no universo ambíguo do PSF: por um lado, a deficiência da Rede de Atenção Básicas de Saúde, a precariedade dos serviços prestados, problemas de natureza profissional, interacional e administrativa comprometendo a qualidade deste serviço e contribuindo para a insatisfação tanto dos profissionais que trabalham neste programa quanto da população assistida; por outro, vestígios de satisfação de profissionais e usuários que apesar de viverem e atuarem em condições desumanas acreditam que suas ações podem contribuir para um mundo mais justo. Você está convidado a ler e aproveitar um texto científico que é resultado de um olhar mais atento à realidade que nos cerca.



## **Capítulo 1**

---

### **Revisitando a História: a trajetória da saúde no Brasil e no mundo**

## 1.1 Das Políticas Públicas ao Direito à Saúde

As políticas sociais surgiram no mundo capitalista europeu no período das grandes revoluções, Francesa e Industrial, a partir das reivindicações operárias por ações de higiene e saneamento básico, se constituindo como mecanismo de intervenção do Estado na área social (Macêdo, 2004). Elas se dividem em 3 grandes grupos: políticas preventivas, políticas compensatórias e políticas sociais *stricto sensu*, a saber.

As políticas preventivas são formadas por um conjunto de medidas direcionadas a minimizar as desigualdades sociais. São as políticas de educação, nutrição, saneamento básico, emprego, salário e saúde pública. As políticas compensatórias se constituem de medidas destinadas a remediar desequilíbrios já existentes gerados pelo acúmulo de capital. São as políticas de previdência social, de educação de adultos, de habitação e de assistência à criança, ao adolescente e ao idoso. Já as políticas sociais *stricto sensu* servem para orientar a redistribuição de renda e benefícios sociais, por exemplo, os programas Programa de Integração Social – PIS, Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP, Fundo de Garantia do Trabalhador por Tempo de Serviço – FGTS.

Outra forma de classificação das políticas sociais é relatada por Silva (1992) a partir da definição de seus distintos domínios ou áreas: saúde, educação, habitação, serviços sociais, informação e defesa do consumidor; ou pelos seus objetivos imediatos: curativos e preventivos, terapêuticos e promocionais, primários, secundários e terciários.

As três últimas medidas citadas referem-se a ações atribuídas às políticas sociais de saúde. Estas medidas se distribuem em: a) medidas primárias – que dizem respeito a ações de massa, como as campanhas de vacinação; b) medidas secundárias – que se destinam ao diagnóstico e tratamento; e c) medidas terciárias – que se referem à internação.

A atenção primária é constituída de medidas que são de grande relevância para a saúde da população. Elas buscam desenvolver estratégias para enfrentar os principais problemas da população e compreendem as atividades de educação em saúde, prevenção a doenças endêmicas, tratamento apropriado para doenças endêmicas e doenças comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, além de estabelecer métodos de produção para uma nutrição apropriada, melhoria no saneamento básico e assistência materno-infantil.

Uma outra classificação possível das políticas sociais é a partir da população alvo a que se destinam. Estas medidas estariam classificadas pela faixa-etária do público-alvo: crianças, adolescentes, idosos; ou ainda por critérios de normalidade/anormalidade: doentes, inválidos, portador de necessidades especiais, portador de transtornos psíquicos graves, delinquentes.

Foi diante da constatação de que a melhoria da qualidade de vida de uma coletividade poderia evitar revoltas sociais em um Estado; assim como a melhoria da qualidade de vida dos Estados poderia evitar violência internacional, que diversos países decidiram se reunir para discutir e buscar meios para superar seus problemas. Esta reunião deu origem a Organização das Nações Unidas – ONU, fundada em 1945.

Posteriormente, foi criada em 1948, como parte integrante da ONU, a Organização Mundial de Saúde – OMS, que ficaria responsável especificamente para discutir problemas relativos à saúde, comunicar os avanços alcançados na promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como encontrar os meios adequados para elevar o nível de saúde em cada país e, conseqüentemente, da população mundial.

Neste ano, a ONU divulga a Declaração dos Direitos Humanos redigida pelos países aliados, inclusive o Brasil, em 10 de dezembro de 1948, na qual ressalta a saúde no artigo 25 garantindo que todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família, saúde e bem-estar. A OMS ficaria responsável por orientar a participação dos países na

garantia do direito à saúde, sendo definidas condições mínimas para efetivação da saúde coletiva, tais como, a educação sanitária, a assistência nutricional, o saneamento básico (serviços de água e esgoto), a assistência materno-infantil, as imunizações, além de assistência curativa para problemas comuns.

Dallari (1987) advoga que “os Direitos Humanos são resultantes do conjunto de dados da realidade, que dependem fundamentalmente da relação dos indivíduos que compõem uma sociedade entre si e desses com seu governo” (p.6); sendo definidos em cada sociedade num determinado período histórico. Assim, o direito à saúde, no Brasil, só foi expresso na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 definiu que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (Ministério da Saúde, 1988).

É neste contexto que o conceito de saúde deixa de exprimir apenas a ausência de doenças e a prática sanitária da atenção médica, baseada no aspecto curativo das ações de saúde, para englobar outras dimensões dos direitos e deveres que permeiam a cidadania. Ele torna-se mais amplo, sendo usualmente adotado na compreensão do processo saúde-doença o conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no qual ela é definida como *total bem-estar físico, psíquico e social*. Fica implícito nesta definição de saúde que não só fatores biológicos causam doenças, mas também causas psicológicas (traumas, stress, problemas de relacionamentos, entre outras) e sociais: falta de saneamento básico, fome, falta de escolarização, enfim, todas as causas determinantes da condição de vida e trabalho da população. Por conseguinte, a saúde é conceituada de forma abrangente vinculada também aos condicionantes sociais.

Como o nível de saúde dos indivíduos que compõem uma coletividade está intimamente ligado ao seu nível de desenvolvimento sócio-econômico-cultural; o Estado deveria participar

promovendo boas condições de trabalho, alimentação, estudo, moradia, lazer, e outras que visassem melhorar a saúde do seu povo. Todavia, antes de aplicar qualquer medida de saúde a uma determinada coletividade, é necessário conhecê-la em função das suas necessidades mais urgentes. Assim, para se compreender a situação da saúde da população de um determinado local, o Estado dispõe de instrumentos que desempenham esta tarefa. Estes instrumentos que medem a saúde de uma população são denominados de indicadores sanitários (ou estatísticas de saúde).

Neste sentido, Contandriopoulos (1998) elucida que os modelos explicativos da saúde são diferentes dos da doença; isto é, as disciplinas mobilizadas para analisar e compreender a saúde das populações (as ciências sociais e comportamentais) não são as mesmas que servem de base para a compreensão da doença e de seu tratamento (as ciências biológicas). Estas últimas contribuem para diagnosticar, prevenir, tratar as doenças baseando-se principalmente nas funções biológicas do ser humano, com o intuito de decompô-lo para analisar de maneira científica cada um de seus componentes e compreender os mecanismos fisiológico-anatômicos da vida e das patologias. As ciências humanas, por outro lado, objetivam compreender o homem na sociedade analisando os indivíduos em seus grupos e as relações entre os grupos sociais (família, comunidade, sociedade).

É em torno do indivíduo, como ser biológico e social, que se encontram essas duas esferas de conhecimento. Entretanto, apesar de na atualidade haver o reconhecimento da interação destas duas facetas do homem, Contandriopoulos (1998) afirma que ainda não se compreende como o contexto social, em seu sentido mais amplo e em toda sua complexidade, age sobre os indivíduos para melhorar sua saúde.

Desta forma, os pesquisadores da área da saúde relatam uma grande dificuldade na escolha dos instrumentos que meçam apenas a saúde, ou melhor, a saúde como um todo; assim, para viabilizar o trabalho com este tipo de registro existem alguns indicadores diretos e outros

indiretos da saúde. Os indicadores diretos são os que procuram informar especificamente sobre a condição de saúde dos indivíduos, sobre a ausência ou presença de doenças numa dada localidade. Já os indiretos informam sobre as condições do ambiente ou dos serviços de saúde apresentados numa dada localidade. Ambas influenciam os níveis sanitários.

Observa-se que alguns indicadores mais gerais que procuram medir diretamente o nível de vida, tais como, a renda *per capita*, a distribuição da população urbana e rural, o nível de alfabetização, além daqueles que medem especificamente as condições de saúde; índices de mortalidade infantil, esperança de vida, cobertura da rede de abastecimento de água e esgoto, número de médicos por habitantes de uma população, entre outros; estão significativamente interligados podendo-se aceitar a premissa de que o nível de saúde de um município pode ser “explicado” pelas condições sócio-econômicas e políticas deste.

Enfatiza-se que, os indicadores indiretos de saúde estão significativamente relacionados às condições que o Estado deve promover para uma melhoria na qualidade de vida de toda a população. Desta forma, a saúde de uma população pode ser inferida também por medidas de bem estar e qualidade de vida como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que mede o nível de desenvolvimento de um país ou município considerando três indicadores: a educação, a longevidade e a renda. Como o IDH utiliza questões concretas e objetivas da vida, pode ser denominado também de bem-estar objetivo.

No entanto, um dos primeiros problemas dos indicadores de saúde relatados por pesquisadores da área é que eles não conseguem medir o nível de saúde de uma população, mas sim o nível de doenças e óbitos ocorridos entre as pessoas de uma dada localidade. Isto ocorre devido à amplitude da definição de saúde e, por conseguinte, da complexidade de se encontrar parâmetros para considerar uma pessoa totalmente saudável em todos os âmbitos definidos pela OMS (física, psíquica e socialmente saudável).

Outro obstáculo enfrentado pelos indicadores de saúde no Brasil é a falta de adequação dos registros de nascimentos. Apesar da gratuidade deste documento, muitas pessoas ainda desconhecem este direito, ficando à parte das estatísticas de saúde e de exercer sua plena cidadania. Este problema vem sendo minimizado através da realização de censos demográficos, mas poderia ser equacionado se estes registros fossem providenciados nas maternidades.

Entretanto, conforme Dallari (1987) “a inadequação dos indicadores sanitários, decorrentes de registros inadequados, é muito mais grave quando eles se baseiam em informações a respeito de doenças, uma vez que a maioria delas não é registrada” (p. 16). Desta forma, a inadequação de registros e as informações de doenças e/ou óbitos também contribuem para diminuir o intervalo de confiança destes medidores.

Outro ponto de grande relevância ao se analisar a questão sanitária, é a diversidade da situação sanitária em seus diferentes contextos; principalmente no que se refere ao Brasil e suas regiões. A diversidade extrema entre os níveis de vida e de saúde dos brasileiros são influenciados pelo estágio de desenvolvimento econômico do ambiente onde estão inseridos. Assim, qualquer diagnóstico no Brasil baseado exclusivamente em indicadores sanitários tem pequena utilidade.

O diagnóstico local da situação sanitária é essencial para a garantia do direito à saúde, devido a questões culturais que podem camuflar os dados reais; como por exemplo, a subnotificação de óbitos ocasionado por HIV/AIDS, principalmente em indivíduos de nível sócio econômico elevado (Griep, 2004; Oliveira, Barreira, Santos & Latorre, 2004), que dificulta ainda mais o trabalho dos estatísticos da saúde que não consideram estes dados no diagnóstico local.

Observa-se, deste modo, que se a elaboração de diagnósticos locais é necessária para superar as deficiências dos indicadores sanitários; de uma maneira geral, ela é indispensável para que os indicadores de saúde nacionais possibilitem ao Brasil assegurar o direito à saúde dos seus

cidadãos em seus mais variados contextos sócio-econômico-culturais. Isto posto, sugere-se que a saúde deixe de ser concebida como uma preocupação meramente biológica, passando a ganhar significados econômicos e sociais.

Não obstante, as políticas de saúde vêm, ao longo do tempo, abrangendo aspectos fundamentais para a realização de suas ações, que se encaradas com compromisso e responsabilidade pelos gestores de saúde, propiciarão uma melhor qualidade de vida ao cidadão. Neste sentido, a evolução no âmbito das políticas públicas de saúde tem acompanhado e/ou obedecido à política econômica de cada contexto sócio-histórico.

## **1.2 Brasil: histórico da atenção à saúde**

As primeiras políticas de saúde elaboradas no mundo, mais precisamente na Europa entre os séculos XVI e XIX, serviram para acalmar os ânimos da população proletária que estava indignada com sua situação de saúde. A preocupação com a saúde dos cidadãos é mais recente e reflete uma tendência dos movimentos da medicina na Alemanha, França e Inglaterra, que influenciaram os processos de saúde nos mais variados países e cidades no final do século XIX e início do século XX.

No Brasil, as primeiras ações de saúde pública e de higiene ocorreram nos períodos colonial e imperial com o objetivo de controlar as doenças inerentes ao contexto, fiscalizar a procedência dos alimentos e medicamentos, a qualidade da água potável, o destino dos dejetos, além de possibilitar a assistência médico-hospitalar e fiscalizar o exercício das profissões de saúde (Macêdo, 2004).

A preocupação com a promoção de saúde em função da qualidade de vida dos cidadãos só se deu no fim do século XIX e início do século XX, contexto republicano no qual se acentuou a preocupação com a higiene das cidades brasileiras. Logo, algumas cidades passaram a estruturar



serviços de higiene de caráter público visando promover a saúde mediante o controle do espaço urbano e dos corpos circulantes com o intuito de acabar com as epidemias, principalmente nas cidades portuárias.

Apenas em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), sendo seu responsável Carlos Chagas – um dos precursores da saúde pública no país. O DNS visava atender as necessidades das classes populares urbanas e rurais, bem como as demandas sanitárias do progresso econômico.

Em 1930, ano em que o Brasil passava por grandes transformações sócio-políticas (conquistas de direitos na área do trabalho e da saúde, por exemplo), as atividades de saúde no país migraram do Ministério da Justiça e das Ações Interiores para o Ministério da Educação e Saúde (MES) por ordem do então presidente Getúlio Vargas. Neste momento a medicina científica estava em crise e era (re)descoberto o caráter social e cultural das enfermidades e da ação médica veiculados pelos recursos da epidemiologia.

Na década seguinte, com o auspício da Segunda Guerra Mundial e a necessidade de dispor de matéria-prima para a indústria bélica, o Brasil assina um acordo com os Estados Unidos, em 7 de Julho de 1942, para a formação de um Serviço Especial em Saúde Pública (SESP) representando uma ampliação marcante dos serviços médico-sanitários envolvendo as áreas de produção de borracha Amazônica, de mica em Goiás e de minério de ferro no Vale do Rio Doce (Silva, 2002; Macêdo, 2004).

Pode-se considerar que os anos 40 e 50 foram marcados pelo descaso por parte do Estado com as políticas públicas de saúde já que a maioria das doenças da população brasileira estava relacionada à fome e à desnutrição. As políticas de saúde neste período eram desenvolvidas através do modelo sanitarista campanhista - que articulava a medicina social à instância econômica e caracterizava-se pelas campanhas sanitárias e combate às epidemias, iniciando uma

ligação dos países da América Latina no setor de circulação de mercadorias, através do saneamento dos portos para que doenças “nativas” não fossem transmitidas a outros países, prejudicando a exportação.

Esta visão comercial das ações sanitárias foi implicitamente transmitida através de dois seminários que tiveram a participação de todas as Escolas de Medicina do Continente Americano. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu este encontro para informar as inovações e mudanças no ensino da medicina preventiva e social. No Brasil, este modelo foi associado à posição militarista de combate às doenças de massa por meio da criação de estruturas *ad hoc*, com ênfase na concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções nos corpos individuais e sociais; característica do Governo Militar de Getúlio Vargas.

Em 1953, o Ministério da Saúde (MS) se separa do antigo Ministério da Educação e Saúde (MES), contribuindo para o déficit à estatização do setor e serviços de saúde, sem contar com os danos e perdas que continuava a sofrer o paradigma que trabalha a prevenção de doenças dentro do processo saúde-doença, de uma forma educativa, conforme assinala Macêdo (2004):

“Construir e/ou reconstruir ações que possibilitem um quadro real e recomendável de saúde requer uma articulação (e porque não uma orientação) do setor da educação para um melhor desenvolvimento de suas atividades como também da obtenção de resultados” (Macêdo, 2004, p.32).

Após passada a Segunda Guerra, em 1960, o SESP tornou-se Fundação Serviço Especial em Saúde Pública (FSESP), que vinculada ao Ministério da Saúde, tinha o objetivo de prestar assistência à área rural do país. Contudo, apesar dos avanços na área da saúde pública, a situação econômica do Brasil contribuiu para que uma diversidade de doenças decorrentes do descaso político-social assolasse a população.

Na metade da década de 60, devido ao aumento simultâneo da atenção médica da previdência social, o modelo sanitário campanhista foi sendo substituído progressivamente pelo modelo médico-assistencialista privatista que está orientado tanto pela lógica capitalista de comercialização da saúde como por uma estreita concepção de saúde e doença limitada a aspectos biológicos. Este modelo de atenção à saúde exclui qualquer interação entre fatores psicológicos, culturais, ambientais e físicos presentes na vida do sujeito. A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, consolida esta perspectiva de intervenção em saúde no Brasil.

Nos anos 70 iniciou-se nos países de primeiro mundo uma preocupação com a promoção de saúde, gerando fortes discussões e a necessidade de uma nova concepção sobre o processo saúde-doença. Este movimento preconizou a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, no ano de 1978, a qual teve grande repercussão para a implantação de programas de Atenção Primária para populações específicas em inúmeros países do mundo.

O relatório final desta conferência determinou que os cuidados primários em saúde fossem os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão sanitário aceitável num futuro próximo. O sucesso desta conferência teve como resultado uma seqüência de conferências nas quais foram elaborados documentos referentes à saúde da humanidade, tendo como ponto principal a promoção de saúde, a saber:

- a Carta de Ottawa, em 1986, com o tema “Promoção de Saúde”;
- a Declaração de Adelaide, em 1988, com o tema “Políticas Públicas Saudáveis”;
- a Declaração de Sundsvall, realizada em 1991, com o tema “Ambientes Favoráveis à Saúde”;
- Em 1992, a Declaração de Bogotá cujo tema foi a “Promoção de Saúde e Equidade”;

- A Declaração de Jakarta, que em 1997 adotou o tema “Orientando a Promoção de Saúde pelo século XXI”.

A I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ocorreu no Canadá em 1986 resultando na Carta de Ottawa. Nesta, a saúde foi conceituada como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, sendo vista como uma importante dimensão da qualidade de vida. Este documento priorizou cinco campos de ações: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) reforço da ação comunitária; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5) reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

As demais conferências seguem aprofundando as questões abordadas na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Em sua última versão, no ano de 1997 em Jakarta, os estados elegeram alguns pontos como prioridades para a promoção de saúde no século XXI, tais como, 1) promover a responsabilidade social da saúde, através, tanto do setor público quanto do privado; 2) aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; 3) consolidar e expandir parcerias visando à saúde; 4) aumentar a capacidade da comunidade e dos indivíduos para influir nos determinantes da saúde; e 5) assegurar uma infra-estrutura para a promoção de saúde, local, nacional e global.

Paralelamente aos eventos que aconteciam no mundo e a partir das necessidades de estruturação econômica do país, desenvolvia-se no Brasil, na década de 70, a construção de um movimento pela reforma sanitária que, junto a outros setores da sociedade, lutavam pela democracia, principalmente no tocante à saúde pública e à saúde coletiva (Escorel, 1998).

De acordo com Escorel (1998), o grupo que defendia o movimento sanitário e que queria a implementação da saúde como direito verdadeiramente democrático, defendia quatro proposições básicas: 1) a saúde é um direito universal e alienável do homem; 2) são as condições

de caráter sócio-econômico as que viabilizam a preservação da saúde; 3) as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível, na promoção de saúde; e 4) diante do caráter social deste direito, cabe à coletividade e ao Estado a sua implementação efetiva.

Campos e Belisário (2001) observam que nos países latino-americanos a tônica do processo de reforma do setor da saúde esteve calcada em propostas levadas a efeito pelos organismos internacionais de fomento, estando sempre presente a redução da presença do Estado à sua função reguladora, bem como a separação entre financiamento e provisão. Para os autores, o caso brasileiro está distante desta tendência, pois guarda uma característica muito própria representando muito mais um movimento de dentro pra fora que o oposto, distinto e divergente dos demais modelos de reforma em muitas características. Ressalta-se no movimento sanitário brasileiro a questão da ênfase na participação da coletividade na organização e implementação das políticas de saúde.

Foi a partir da luta pelos seus direitos e da pressão no Governo que a população conseguiu que fosse promovida a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986. Esse evento assumiu o papel de acontecimento mais marcante deste processo, tendo participado dela diversos representantes da sociedade, além dos profissionais, prestadores de serviços e usuários, que juntos discutiram as diretrizes políticas setoriais.

Na VIII CNS, o conceito de saúde foi amplamente discutido e percebido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra, e acesso aos serviços de saúde; sugerindo uma íntima associação entre a saúde e sua promoção. Como resultado desta conferência, emergiu as idéias de implementação de um Sistema de Saúde (SS), bem como definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema.

Em 1988 foi aprovada pelo Senado a Constituição Federal do Brasil que reconhecia a saúde como um direito de todos os cidadãos e afirma no artigo 6 que *são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados*; criando o Sistema Único de Saúde (SUS), prometendo avançar e encontrar formatos e estratégias de mudança do modelo assistencial vigente.

A IX Conferência Nacional de Saúde, sob o tema “Municipalização é o caminho” foi influenciada pelas idéias de que a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde trariam indiscutíveis benefícios à generalidade dos cidadãos. Frente à situação caótica que a saúde passava no governo Collor: pauperização da classe média, aumento de doenças associadas a problemas sociais tais como a fome e a desnutrição, além da crise política que culminou com o *impeachment*; a IX CNS enfatizou a implementação do SUS e propôs promover sua implantação efetiva, respeitando os princípios dos textos legais e deliberações das Conferências de Saúde.

Como co-existem no Brasil diferentes modelos técnico-assistencialistas em saúde pública, bem como políticas públicas voltadas à promoção de saúde; uma das recomendações da IX CNS foi a mudança do modelo vigente, observando que este deveria ser construído sob bases epidemiológicas, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção num sistema de complexidade crescente.

Outro ponto de discussão desta conferência foi a municipalização da saúde, que não deveria se restringir ao repasse direto de recursos destinados à saúde, mas ser um instrumento de democratização garantindo o controle social do processo como estratégia fundamental para impulsionar toda a descentralização.

A X Conferência Nacional de Saúde, sob o tema “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, realizada em 1996, visou analisar e avaliar a situação

do país, diagnosticar obstáculos e avanços do SUS e propor diretrizes para a construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a melhoria da qualidade de vida da população.

Após os marcos iniciais da reforma sanitária brasileira, que culminaram com o direito constitucional à saúde e a formação do SUS, constata-se que o sistema de saúde do país passou por dois movimentos distintos que se iniciaram no período final da década de 80 até a atualidade.

Num primeiro momento, que vai da Constituição de 1988 até meados de 1996, concretiza-se uma reforma do tipo “big-bang” – termo cunhado por Viana e Dal Poz (1998) para indicar reformas que introduzem modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. Esta reforma é percebida em função das profundas mudanças que o setor da saúde passou a vivenciar na estrutura organizacional dos serviços de saúde, pela formação de um sistema (regionalizado, hierarquizado e integrado) com base nos municípios (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios); na forma de gestão, com a inclusão de vários participantes na política de decisão (em vários níveis); no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica individual pela rede pública; no perfil de financiamento, com a instituição de Fundos de Saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), dentre outras.

Na segunda metade da década de 90 até o ano 2000, percebe-se um processo de reforma incremental do SUS – pequenos ajustes que são tecidos sucessivamente após a reforma maior (big-bang). A formulação da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96 pelo Ministério da Saúde, a implementação acelerada de dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), a emergência de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos (cooperativas de profissionais de saúde, terceirização de unidades e as organizações sociais), podem representar algumas das reformas incrementais no SUS.

A persistência de condições sociais precárias faz ter início no nordeste brasileiro uma importante experimentação social que foi a implantação do PACS. Em 1991, o Ministério da Saúde, inspirado em experiências bem sucedidas em direção ao fortalecimento do SUS, lança o PACS com o intuito de possibilitar o enfrentamento do alarmante estado das condições de saúde do país, principalmente no que se refere aos índices de mortalidade materno-infantil na região nordeste. Este programa propunha mudanças no modelo assistencial através da vinculação dos indivíduos e famílias às Unidades de Saúde da Família (USF).

As ações do PACS implicaram em resultados positivos nos indicadores de saúde trazendo contribuições importantes para a organização dos sistemas de saúde locais através da expressiva interiorização de profissionais (enfermeiros) e do estímulo à criação dos Conselhos Municipais de Saúde, enquanto condição *sine qua non* para a implantação do programa.

Campos e Belisário (2001) comentam que a diferença desta experiência para àquela que acontecera em 1970, inicialmente no Norte de Minas e posteriormente no programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), foi a intensidade do apoio a esta iniciativa, bem como a visibilidade que adquiriram seus resultados, exatamente por incidirem sobre populações muito sofridas. Mas, apesar de toda a potencialidade, o PACS percorria um caminho marginal no próprio espaço institucional, além das limitações que comprometiam sua continuidade e o impacto de suas ações: as USF continuavam funcionando segundo o modelo tradicional e com enfoque curativo, indo contrariamente ao que a proposta preconizava.

Estas questões, aliadas a uma avaliação positiva do programa pela população e ao engajamento de alguns municípios, fazem crescer as pressões junto às Unidades de Saúde da Família (USF) e, posteriormente ao Ministério da Saúde (MS), requerendo uma ampliação dos incentivos no sentido de dar subsídios para a continuidade e a otimização deste trabalho. Assim, em dezembro de 1993, o gestor do Ministério da Saúde, Dr. Henrique Castilho, reúne técnicos do



MS, de secretarias estaduais e municipais, consultores internacionais, especialistas em atenção primária, dentre outros profissionais, para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde baseados em uma nova proposta de mudanças na forma de operacionalização da rede básica de saúde e de apoio financeiro para sua efetivação.

A discussão partia, por um lado, do êxito do PACS; e por outro, da necessidade de se incorporar outros profissionais para que os agentes comunitários não atuassem isolados aumentando assim a efetividade de suas ações. Emerge nesta reunião um documento com a proposta do Programa Saúde da Família, normatizado através da Portaria nº 692 no início de 1994. Este programa traz em sua proposta, o compromisso de prestar assistência universal, integral e resolutive à população, na unidade de saúde e no domicílio, propondo um trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar e ênfase na promoção da saúde, no fortalecimento das ações intersetoriais e no estímulo à participação da comunidade.

Conforme a Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96, que orienta a operacionalização deste sistema, o modelo vigente flexineriano – que concentra sua atenção no caso clínico de forma individualizada, baseado na relação médico-paciente, e de caráter terapêutico armado (medicamentoso ou cirúrgico) com caráter curativista; deve ser transformado e acrescido de atenção centrada na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente; bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especificamente, com seus núcleos sociais primários: as famílias (Ministério da Saúde, 1996).

Esse novo modelo exige uma transformação da relação entre profissional e paciente, restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem os recebe; impelindo o sujeito a ser agente da sua própria saúde e da comunidade que ele integra. Por conseguinte, houve uma redefinição do modelo assistencial vigente, priorizando a família como núcleo básico das ações e

intervenções no tocante à saúde. É neste contexto que a família passa a ocupar lugar de destaque nas políticas de saúde, surgindo às bases do PSF.

A partir de 1998, com a mudança da política de incentivo financeiro à implementação do PSF como dimensão operacional do SUS, esta estratégia de atenção à saúde foi intensamente implementada no país. Contudo, o interesse dos gestores municipais pela verba federal possibilitou que este serviço de saúde fosse implementado massivamente, porém com condições precárias de funcionamento.

Para verificar a situação desta estratégia de saúde no país, se os objetivos estavam sendo alcançados, bem como identificar problemas e/ou soluções que pudessem orientar os gestores de saúde, iniciou-se a partir de 2000 uma série de avaliações do PSF financiadas pelo Governo Federal. Atualmente, os resultados têm apontado para uma deficiência na implementação do PSF gerando problemas estruturais e organizacionais no trabalho das equipes; além de insatisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários no que se refere aos diversos aspectos que serão explorados mais profundamente no decorrer do texto.

### ***1.2.1 Políticas Públicas de Saúde na Paraíba: evolução do quadro sanitário***

A Paraíba está situada na região Nordeste do Brasil, entre os Estados de Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará. Segundo o Plano de Saúde do Estado da Paraíba, esta federação apresenta uma superfície de 53.372 km<sup>2</sup> correspondendo a 0,66% da área brasileira e 5,84% da área nordestina.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população da Paraíba é de aproximadamente 3,5 milhões de pessoas, distribuídas em 223 municípios dos quais os mais populosos são João Pessoa, a capital do Estado, com 605.946 habitantes; Campina Grande, com 360.197 habitantes; e Patos, com 93.353 habitantes (IBGE, 2003).

A minimização da fome, da desnutrição e da mortalidade materno-infantil, entre os anos de 1960 a 1990, se constituía como maior desafio do governo da Paraíba tornando-se o foco das políticas públicas da saúde implantadas no Estado. Estas políticas objetivavam cuidar da epidemiologia no cenário estadual no sentido de promover, prever e tratar a saúde dos paraibanos.

O Diagnóstico da Saúde da Paraíba, realizado conjuntamente pelos órgãos: OMS, OPAS, Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e Secretaria de Estado da Saúde/PB, no final da década de 60, constatou o quadro alarmante da saúde pública deste Estado, principalmente no que se refere à desnutrição, à mortalidade materno-infantil e às doenças associadas. Este Diagnóstico fez parte do Plano Estadual de Saúde 1971-1974, que deveria atender a demanda dos paraibanos no tocante a ações de serviço de saúde.

Apesar dos avanços jurídicos em relação à implantação de políticas públicas destinadas à saúde, há um declínio ao acesso a bens e serviços na década de 70 e 80 implicando em altas ocorrências de sóciopatologias - doenças que estão relacionadas às necessidades básicas da população (principalmente no que se refere à alimentação e nutrição) e que derivam e/ou se agravam com a situação de fome/desnutrição; obtendo assim um caráter social, econômico e político:

“A política de saúde no Estado da Paraíba no que se refere ao recorte histórico de 1960-1990, enfrentava no palco da realidade social, inimigos como a fome e a miséria, inclusive de vitaminas e outros micro-nutrientes, de higiene, cultura, educação e de informações. Sendo que a fome biossocial apresentou-se como a mais preocupante de todas, pois além de prejudicar diretamente a qualidade de vida da população, atrasava o desenvolvimento econômico e social do Estado” (Macêdo, 2004, p. 14).

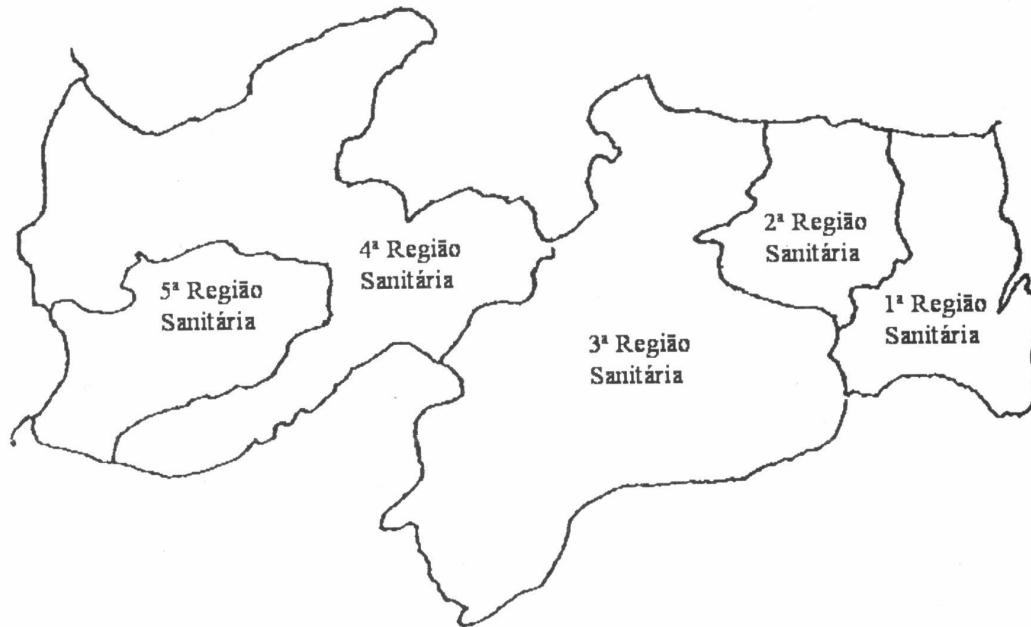
Quando analisada a partir da ótica da saúde coletiva, a política de saúde constituiu-se no exercício dos direitos, das práticas sociais, da promoção e prevenção da saúde do público. Desta forma, no âmbito paraibano, a história das políticas públicas de saúde reflete as lutas e reivindicações sociais no Estado.

A saúde coletiva, como área de produção de conhecimentos sobre as práticas e os saberes em saúde destinados ao coletivo, enquanto campo estruturado de relações sociais, é influenciada por determinantes externos causadores da maioria das patologias sociais – como já observado, problemas sociais podem desencadear problemas de saúde coletiva.

Macêdo (2004) considera em seu trabalho, uma análise da situação sanitária da Paraíba entre os anos 60 e 90, que os fatores externos (problemas sociais) são agravantes da situação da saúde pública do Estado. No entanto, estes são geralmente desconsiderados no momento de elaboração, aplicação e avaliação de programas e campanhas de controle epidemiológico.

Durante este período, o Estado da Paraíba submeteu-se a um processo de regionalização como meio de chegar às comunidades através da descentralização do poder decisório. A Região Sanitária representou uma subdivisão da Secretaria de Saúde com o intuito de possibilitar os diretores regionais a agirem de maneira autônoma em sua área, mas solucionando os problemas de acordo com a orientação indicada pelo Plano 1971-1974 e pela Administração Central. Este modelo dividiu a Paraíba em cinco regiões sanitárias, como mostra o mapa 1.

**Figura 1.** Divisão do Estado da Paraíba em Regiões Sanitárias



**Fonte:** Caldas Filho (1973, p.14)

Com as medidas de regionalização foram constituídas equipes de supervisão de enfermagem, de odontologia, e de todos os programas, no sentido de superar um dos obstáculos encontrados no diagnóstico anterior do Estado: a falta de supervisão que levava a insuficiência administrativa (Caldas Filho, 1973). Neste sentido, uma outra modificação do modelo foi a divisão do departamento de saúde em coordenações, tais como a de assistência médica, enfermagem, odontologia, nutrição, epidemiologia e estatística; além das atividades que compunham subsistemas do sistema de assistência médica: tuberculose, hanseníase e psiquiatria.

De acordo com Cariri Benigna (1970) fazia-se necessário um sistema intermediário de administração que, a partir da descentralização geográfica, permitisse um melhor funcionamento do setor; justificando, deste modo, o convênio firmado entre o Estado e a SUDENE, em 1962,

que oficializou o desmembramento da Paraíba em cinco Regiões Sanitárias e a divisão do setor da saúde em coordenações.

O processo de regionalização sanitária na Paraíba tinha como principal objetivo a melhoria da assistência médico-sanitária e preventiva. Atingindo este objetivo através de imunizações, saneamento básico, educação sanitária e assistência odontológica; o nível de saúde da população aumentaria, refletindo-se principalmente nos grupos de gestantes e de crianças, que apresentavam o maior índice de mortalidade.

O Sistema Ping-Pong, publicado no Diário Oficial de 07 de janeiro de 1969, facilitou o atendimento médico nos municípios paraibanos. O controle deste sistema possibilitou avaliar o tipo de assistência nos municípios e a demanda da população da zona urbana e rural, como também fornecer uma maior fidedignidade nos dados referentes a atendimentos por grupos etários e por zona (urbana ou rural).

No tocante a política de saúde do Estado, as regiões sanitárias não cumpriram integralmente o que deveria ser realizado, mas evoluíram consideravelmente nas questões relativas ao controle de assistência médica e das informações de saúde. A Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba organizava periodicamente reuniões de avaliação com as equipes regionais, com a presença do secretário de saúde, nas quais cada regional apresentava suas atividades realizadas (e também as não realizadas), as dificuldades enfrentadas e as sugestões para solucioná-las.

As diretrizes estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e o regimento da Fundação de Saúde do Estado da Paraíba (FUSEP) orientaram a política de saúde implantada na primeira metade dos anos 70 que visava atender as necessidades básicas e o controle epidemiológico da população paraibana.

O Plano Estadual de Saúde 1971/74 foi elaborado para enfrentar os problemas do setor de saúde dentro da capacidade potencial dos recursos do Estado. Entre suas finalidades estavam: apresentar os instrumentos de política de saúde, fixar novos padrões de trabalho, racionalizar e ampliar a distribuição de serviços, e prover os meios administrativos imprescindíveis ao alcance das metas estabelecidas.

Apesar do dinamismo do governo de Ernani Sátyro que deu continuidade ao Plano de Saúde na primeira metade dos anos 70, implementando áreas de saúde pública e possibilitando treinamentos e recursos humanos para atuarem no interior; o plano começou a sofrer uma descontinuidade devido à falta de recursos para a supervisão.

A Fundação de Saúde do Estado da Paraíba (FUSEP) ajudou a coordenar as ações de saúde desenvolvidas no Estado Paraibano com o intuito de minimizar/erradicar as doenças também chamadas de patologias sociais, a exemplo da desnutrição. A FUSEP administrou indiretamente o Plano Estadual de Saúde, apresentando em seu regimento estratégias de combate às doenças conjunturais.

Apesar dos esforços dispensados ao setor da saúde da Paraíba nos anos 70, a realidade do Estado se distanciava dos direitos sociais, inclusive do direito à saúde pública. O não cumprimento integral e eficiente das diretrizes dos documentos elaborados juntamente com um sistema de avaliação e controle em desenvolvimento contribuíram para a descontinuidade das ações de saúde junto ao povo paraibano.

A interrupção dos programas e ações de saúde preconizadas pelo Plano Estadual de Saúde em detrimento de novos programas do Ministério da Saúde foi a marca dos anos 80. Sem uma avaliação prévia de custo-benefício desta substituição, o Estado adotou uma gama de programas que propunham estratégias que beneficiariam o sistema de saúde como um todo. Assim, coexistiam no cenário estadual propostas e programas como: o Programa Nacional de Serviços

Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); o Conselho Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

A estrutura organizacional, a hierarquização dos atos, serviços e cuidados médicos hospitalares, as condições operacionais e salariais dos profissionais e a resistência dos dirigentes do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) dificultavam a unificação dos serviços de saúde com o sistema previdenciário. A Secretaria de Saúde da Paraíba não possuía recursos disponíveis para administrar serviços mais complexos, como os do INSS, sem uma interação institucional efetiva.

Desta forma, o INSS administrava sua rede de serviços sem vinculação com a Secretaria de Saúde do Estado, e os recursos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS) eram empregados na construção e ampliação de centros de saúde, reforma de hospitais, compra de material, pagamento de pessoal, capacitação de recursos humanos e despesas com material e transporte nas campanhas de vacinação. Apesar destes investimentos não houve melhoria na assistência à saúde da população paraibana. Os centros de saúde continuavam sem dispor de material básico (luvas, seringas e agulhas) nem de medicamentos para atender a demanda, ressaltando-se neste período a redução nos salários dos profissionais de saúde do Estado; comprometendo drasticamente a qualidade dos serviços de saúde pública estadual.

O contexto paraibano dos anos 80, semelhante ao de outros estados brasileiros, apresentou problemas de caráter econômico, social, cultural e político que viriam a influenciar diretamente na saúde de sua população. O baixo poder de compra aliado ao descontrole nas questões agrária e agrícola prejudicou significativamente várias famílias, principalmente no ambiente rural, mas também na zona urbana do Estado.



Em 1982, com o apoio do Ministério da Saúde, a Paraíba sanciona a Lei nº4.427 que asseguraria uma melhor promoção, proteção e recuperação da saúde no Estado. Sob este regimento, os Serviços Básicos de Saúde deveriam estar interligados às unidades de maior complexidade mais próxima, para que os usuários que precisassem de atendimentos especializados fossem encaminhados sob garantia de atendimento, estabelecendo desta forma o sistema de referência – encaminhamento de pacientes para especialidades médicas. Como meio de regulamentação da lei de 1982, o Governo aprova em 1983 o Decreto nº 9.795 que reafirma o compromisso com a população paraibana de zelar pelas dimensões de prevenção, proteção e promoção da saúde pública.

A partir da metade dos anos 80, o Brasil passava por um emaranhado de conflitos sociais de interesses políticos partidários, de interesses populacionais, entre outros acontecimentos que mobilizaram o país entre 1985-1988 afetando indiscriminadamente a população, culminando com o encerramento do Governo Militar reforçado pela campanha das *Diretas Já*. Apesar do momento de redefinição democrática no país, o déficit nutricional e de saúde pública no Estado minimizou a conquista e a legitimação do direito à saúde transcrito na Constituição Federal de 1988.

Conforme Macêdo (2004) “No Estado da Paraíba, o ano de 1988 apontava para a insatisfação popular perante as políticas públicas e no que diz respeito à qualidade dos serviços de saúde prestados a população” (p. 108). Os trabalhos educativos e de ações comunitárias, tais como: palestras, reuniões, visitas domiciliares, visitas às escolas e às associações comunitárias, formação de lideranças, bem como outros trabalhos imprescindíveis ao bom funcionamento do serviço de saúde não estavam sendo desenvolvidos.

Pode-se concluir que a política de saúde da Paraíba, no período que compreende os anos 60 até os 90, se deu com avanços e declínios motivados por comprometimento ou descaso dos

governantes do Estado e/ou dos gestores de saúde. Fazia-se necessário, no contexto paraibano, o desenvolvimento de ações mais eficientes que objetivassem a transformação social para que a população pudesse exercer seus direitos.

A década de 90 foi marcada pela implementação do SUS na esfera política paraibana na tentativa de adequar o sistema estadual de saúde aos parâmetros definidos pela constituição de 88. Contudo, a adoção dos ideais do SUS de igualdade, integridade e resolutividade não refletiam a realidade sanitária municipal.

A implementação do SUS, assim como no restante do país, foi efetivado por meio do cumprimento das diretrizes e dos documentos elaborados na esfera legislativa; constituindo-se como uma decisão hierarquizada da gestão federal que não levava em consideração as diferenças dos sistemas de saúde de cada estado.

Os ideais da vigilância sanitária, da promoção de saúde, os princípios de equidade e justiça social, de municipalização, a ampliação da compreensão do processo saúde-doença e a necessidade de uma variedade de profissionais trabalhando conjuntamente para dar conta desta complexidade, bem como a humanização do SUS e a ênfase na família contribuíram para a elaboração na esfera nacional do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Desta forma, a Paraíba como os demais estados brasileiros, implantaram nos seus sistemas municipais de saúde esta nova estratégia de atenção à saúde.

Seguindo uma tendência nacional, apoiada pelo Ministério da Saúde e em conformidade com os princípios do programa, a Paraíba adotou, desde 1997, em seu plano de ações e metas prioritárias, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Inicialmente, em 1994, foram implantadas cinco Equipes de Saúde da Família (ESF) em Campina Grande. Em 1998, com o projeto de expansão do PSF o município de Esperança implantou duas ESF; neste ano o Estado

ampliou sua cobertura para quarenta e quatro ESF, chegando a 73 no final de 99 (Lima & Souza, 2001).

É necessário ressaltar que naquele momento estava em foco a municipalização e descentralização como grandes desafios para implementação do SUS. Desta forma, a expressiva adesão dos secretários municipais de saúde foi decisiva para o processo de implantação e ampliação do PSF. Assim, as novas formas sistemáticas dos cálculos para os incentivos financeiros ao PSF geraram um grande interesse por parte dos gestores para a implantação e ampliação deste programa, pois os municípios que possuísem maior cobertura do PSF para atendimento da população receberiam maiores verbas federais, resultando em grande expansão do programa por todo o Estado.

Outro ponto crucial na implantação das ESF foi a intensificação dos trabalhos de consolidação da Coordenação do PACS/PSF que alcançava resultados significativos na expansão do PSF, que traduzidos em números registrava 348 ESF no ano de 2000, atuando em 119 municípios. Em março de 2001 estes números aumentaram para 499 ESF atuando em 181 municípios, com uma cobertura de 46% das famílias do Estado. Atualmente, o PSF está presente nos 223 municípios da Paraíba.

Contudo, a rápida expansão do PSF no Estado trouxe consigo alguns problemas para a otimização do seu funcionamento, evidenciando vários limites de ordem técnica, política e financeira, que necessitam ser investigados.

## **Capítulo 2**

---

**PSF como dimensão operacional do novo modelo de atenção à saúde:  
possibilidade ou utopia?**

## **2.1 A inclusão da família como foco de atenção no cenário das políticas públicas**

O ano de 1994 foi marcado no âmbito nacional e internacional pela ênfase na família como centro da atenção das políticas públicas: enquanto a Organização das Nações Unidas (ONU) definia este ano como “Ano Internacional da Família”, no Brasil oficializava-se a família como vetor de cuidado profissional no setor da saúde através da implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

Ao longo da história da humanidade, a família vem se mantendo como instituição social permanente devido a sua capacidade de mudança (adaptação) e resistência, além de constituir-se como um referencial de valor positivo na sociedade. Segundo Ribeiro (2004), na família da Idade Moderna as mulheres recebiam atribuições específicas de cuidar e alimentar, tomando medidas higiênicas no tocante ao ambiente em que viviam, ao próprio corpo e ao dos demais integrantes da família. O homem tornou-se o mantenedor das necessidades da família, trabalhando para trazer a provisão para casa. Foi neste cenário que a família valorizou-se como espaço de acolhimento e segurança, na qual há transmissão de valores e cultura, garantia de educação.

Com a transformação do homem e da sociedade, e com o advento das tecnologias – a pílula anticoncepcional, por exemplo, que permitiu que a mulher tivesse um maior controle sobre a natalidade podendo buscar um emprego fora de casa para auxiliar nas despesas do lar; a família passou por sensíveis modificações (tanto em número quanto na composição de seus membros). Neste cenário, as famílias requeriam a elaboração de políticas e leis que contribuíssem para sua estabilidade, levando em conta sua pluralidade e garantindo condições iguais de oportunidades para todos os seus componentes, principalmente mulheres e crianças.

Os programas de inserção da família nos cenários das políticas públicas, especialmente no que se refere à saúde, ganharam impulso na década de 80 incentivados por interesses de âmbitos sociais, nacionais e internacionais. No Brasil, a sociedade civil, mais especificamente as igrejas,

estruturou e consolidou as primeiras intervenções junto à família; são exemplos as Campanhas da Fraternidade realizadas pelas Associações Maristas, Salesianas e Arquidiocesanas, os Cursos de Noivos, os Encontros de Casais com Cristo (ECC), o Movimento Familiar Cristão e a Pastoral da Criança. As iniciativas estatais se apresentaram em diversos âmbitos: na educação com associações de pais e mestres, nos centros sociais com o clube de mães e reunião de gestantes e na saúde com as visitas domiciliares realizadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública - SESP.

A década de 90 foi marcada pela discussão do Estatuto da Criança e do Adolescente, levantando o debate sobre a violência em família. Neste contexto, consolidou-se o conceito de famílias de risco que ampliou a problematização da família como foco de atenção. Assim, foi na década de 90 que o indivíduo começou a ser visto na saúde coletiva como inserido num contexto grupal, integrado à família e ao meio ambiente. Nesta mesma época a saúde da família estava em pauta na agenda das políticas sociais brasileiras, culminando com a instituição do Programa de Saúde da Família, o PSF.

Contudo, ao analisar as proposições do PSF, Ribeiro (2004) identifica ambivalências, diferenças, contradições e insuficiências na forma de efetuação desta estratégia de atenção à saúde. A autora observou que, na maioria das vezes, a família é abordada de forma parcelizada ou identificada através de representantes e substitutivos (indivíduos em separado) ou ainda como referência genérica no âmbito das políticas sociais sendo tomada como problema e transformada em objeto terapêutico.

A partir desta análise, Ribeiro (2004) propôs uma tipologia das diferentes formas de abordagem que aparecem nas três versões publicadas pelo Ministério da Saúde sobre o PSF: 1) família/indivíduo; 2) família/domicílio; 3) família/indivíduo/domicílio; 4) família/comunidade; 5) família/risco social; e 6) família/ família.

Na primeira categoria de abordagem (família/indivíduo), a família é representada por um indivíduo cujo foco da atenção recai sobre ele. Ou seja, apesar de ser tratado por família, o objeto

real da atenção é o indivíduo. Na categoria família/domicílio, a infra-estrutura material da família, o ambiente e suas condições de cuidado constituem o foco da atenção. Isto é, o espaço físico onde a família mora toma o lugar da própria família. Na terceira categoria, família/indivíduo/domicílio, une-se o sentido das duas categorias anteriores, sendo que a especificidade recai sobre um indivíduo doente no domicílio da família. Neste tipo de abordagem, enfatizam-se as estratégias de educação em saúde para o tratamento e o cuidado do paciente.

A quarta categoria, família/comunidade, possui como ponto central as famílias que convivem num mesmo ambiente social focalizando as ações preventivas e a responsabilização pela aquisição de problemas de saúde. A família é agente da saúde da comunidade e deve viabilizar ações através do voluntariado. No enfoque família/risco social a atenção é dirigida às condições de um grupo específico de famílias, geralmente aquelas mais excluídas, que vivem em comunidades periféricas. Ela é vista em situação de vulnerabilidade e necessita de ajuda curativa e de orientação para se restabelecer. Por fim, na última categoria, família/família, é enfatizada a família em suas múltiplas facetas como prioridade da atenção. Essa abordagem requer consideração das condições materiais da família, bem como da complexidade de relações afetivas e emocionais entre seus membros e deles em interação com outros setores da sociedade.

Desta forma, mencionar a família como foco central da atenção de saúde não garante que isso se concretize no plano operacional, pois como não há orientações sobre como conduzir a ação profissional no âmbito familiar, os trabalhadores podem atuar com múltiplas abordagens de família. Apesar da inclusão da família como vetor de atenção básica de saúde ser considerada um avanço por alguns autores (Ribeiro, 2004; Draibe, 1999); o PSF não pode tratá-la a partir de cuidado individualizado, focado na doença. A abordagem mais adequada de atuação em PSF, segundo Ribeiro (2004) é aquela que contextualiza a saúde produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde.

## **2.2 Programa Saúde da Família: objetivos e operacionalização de uma estratégia**

Com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, curativista e hospitalocêntrico, levando a saúde para mais perto da família dos seus usuários, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF.

Este programa configura-se como a porta de entrada dos serviços de Atenção Básica à Saúde e é reflexo de uma reforma mais ampla que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Marcos iniciais da reforma sanitária brasileira, os sucessivos pequenos ajustes concorreram para uma reforma de caráter estrutural, culminando com o direito constitucional à saúde e com a formação do SUS.

O PSF foi alocado como dimensão operacional do novo modelo de atenção à saúde – o SUS, adotando os princípios básicos que regem o sistema de saúde brasileiro: a universalidade, a equidade e a integralidade, a descentralização político-administrativa e a participação ativa da comunidade.

No tocante à universalidade, ele deve garantir à população o acesso aos serviços de saúde do SUS, em todos os níveis de assistência, indistintamente. Este princípio está intimamente ligado ao da equidade, que garante a distribuição de ações e serviços à população, de acordo com sua necessidade. A integralidade corresponde à articulação contínua de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) do sistema de saúde.

A descentralização político-administrativa corresponde à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, que são agora de responsabilidade gerencial do município. Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde e a responsabilidade atribuída à gestão municipal, a participação ativa da comunidade, nas decisões sobre as prioridades e a organização da atenção à saúde, pode ser vista não apenas como um princípio do SUS, mas como uma possibilidade. Com a adoção destes princípios, o PSF visa priorizar a prevenção, a promoção e a



recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo uma maior resolutividade nos níveis da atenção básica à saúde.

O PSF está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que atua com base nos seguintes princípios: 1) Caráter substitutivo, 2) Integralidade e hierarquização, 3) Territorialização e cadastramento da clientela, e 4) Equipe multidisciplinar ([www.saude.programas.gov.br](http://www.saude.programas.gov.br)).

O primeiro princípio, caráter substitutivo, advoga que o PSF não significa a criação de novas unidades de saúde, a não ser naquelas comunidades totalmente desprovidas das mesmas. O segundo princípio, integralidade e hierarquização, afirma que a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado “Atenção Básica”, logo deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e famílias além de asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado do paciente assim o exigir.

De acordo com o terceiro princípio, territorialização e cadastramento, a Unidade de Saúde da Família (USF) trabalha com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área, sendo responsável por, no máximo, 4.500 pessoas ou 1.200 famílias. O último princípio, a equipe multidisciplinar mínima, é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Em 2000, o MS incorporou às equipes um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Mas outros profissionais, tais como, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

O Ministério da Saúde afirma que a idéia de equipe multidisciplinar não tem que ser de complementação, mas de integração de responsabilidades. Deste modo, cada profissional tem a

su função e deve aliar o seu saber integrando-o à equipe para juntos tentarem solucionar os problemas de saúde vivenciados na comunidade, viabilizando a promoção de saúde nas famílias.

O atendimento é prestado pelos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade de Saúde da Família, que pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade, ou no domicílio dos usuários.

A expectativa do Ministério da Saúde é que, se funcionando adequadamente, as ESF sejam capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população ([www.saude.programa.gov.br/psf](http://www.saude.programa.gov.br/psf)). E como as ESF atendem a uma determinada área, espera-se também que sejam criados vínculos de coresponsabilidade entre esses profissionais e a comunidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde daquele território.

Visando uma melhor organização do SUS, foi criado o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS, que consiste num programa do Ministério da Saúde para organizar a distribuição de recursos em investimentos estratégicos visando à funcionalidade do SUS. Na área de Atenção Básica, os recursos foram destinados à formação de Pólos Estaduais de Capacitação e Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família e à aquisição de equipamentos para melhorar a resolutividade das Unidades de Saúde da Família que abrigam as Equipes de Saúde da Família ([www.reforsus.saude.gov.br](http://www.reforsus.saude.gov.br)). Os valores destinados foram proporcionais ao número de equipes existentes em cada Estado.

Para garantir que os recursos distribuídos são investidos na melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população, o REFORSUS supervisiona e avalia todas as unidades contempladas. O Sistema de Supervisão e Avaliação é dividido em três frentes de atuação: Supervisão de Obras, Supervisão de Equipamentos e Avaliação do Impacto dos Investimentos do REFORSUS.

Os dados são obtidos através do Departamento de Informática do SUS – DATASUS; que coleta, processa e dissemina as informações sobre saúde e serve de base para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Estas informações servem para que estes órgãos realizem o planejamento, a operacionalização e o controle do Sistema Único de Saúde.

A estimativa do gasto público com ações e serviços de saúde revela que em 2000 houve um aporte de R\$ 34 bilhões, sendo distribuídos R\$ 20,4 bilhões para o governo federal, R\$ 6,3 bilhões para os governos estaduais e R\$ 7,4 bilhões para os governos municipais, o que corresponde a R\$ 201 por habitante ([www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br)). Na maioria das federações observou-se que os recursos federais são responsáveis por mais da metade do financiamento destes gastos, sendo Maranhão (78%), Piauí (76%) e Paraíba (75%), os Estados mais dependentes de recursos federais.

Observou-se também em 2001 que o Programa de Saúde da Família apresentou uma população coberta estimada em 43,8 milhões, ou seja, 25% da população brasileira. Neste ano, o PSF já tinha sido implantado em 66% dos municípios e com maior presença do Nordeste (71%) e Centro-Oeste (81%) ([www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br)). Contudo, não fica explícito como se faz a avaliação dos programas de saúde implantados pelo SUS, a exemplo o PSF.

Em 2003, o PSF estava implantado em 4.276 municípios brasileiros dispendo do total de 17.608 equipes de saúde da família, efetuando uma cobertura de 57.850.891 pessoas. A meta do Governo Federal é que em 2006 estejam atuando 32.000 equipes no atendimento de 100 milhões de pessoas, ou seja, cerca de 77% da população brasileira (Ministério da Saúde, 2004).

### **2.3 Da idealização à implantação: considerações sobre o PSF**

O Programa Saúde da Família foi baseado no Programa Médico da Família, originado nos Estados Unidos, sendo estendido posteriormente ao Canadá e ao México. Devido ao sucesso alcançado por este programa nos países pioneiros, ele foi estimulado pela ONU a ser implantado

nos países da América Latina. Surgido nos anos 70 como alternativa possível à desumanização da medicina, apresentou-se como resposta ao especialismo, justificando-se pelo aumento da complexidade tecnológica da medicina, da tendência à hospitalização e à especialização, dos valores sociais e dos padrões de exercício profissional que aumentavam a demanda por serviços especializados.

Este programa surgiu no Brasil numa época em que os indicadores sociais demonstravam uma pauperização da população e uma preocupante falta de qualidade de vida para a maioria das famílias no país. A situação crítica em que se encontravam as famílias brasileiras requeria medidas estratégicas de atenção à saúde que englobassem tanto a resolução de problemas no processo saúde-doença, quanto promovessem a saúde melhorando a qualidade de vida da população.

Campos e Belisário (2001) comentam que os adeptos dessa formação acreditavam que em muitos países havia uma nítida separação entre a formação médica e as necessidades do sistema de saúde, propondo a formação do médico generalista na graduação – ou também chamado de médico da família; ficando para a pós-graduação a tarefa de especialização. No Brasil, esta proposta ganhou adeptos, estabeleceu alianças, mas também conviveu com opositores. A resistência se deu principalmente pela idéia de segmentação da assistência: os médicos especialistas cuidariam daqueles que podiam pagar e os pobres se contentariam com os médicos de família, como já acontecia em diversos países latino-americanos.

Apesar das muitas tentativas de implantação da proposta, verificou-se sua inconsistência com o movimento de transformação crítica no setor da saúde e com a tendência da política social do Brasil que adotou a orientação teórico-metodológica da Medicina Preventiva e Social. Com a criação do SUS, a priorização da atenção primária e o reconhecimento do direito à saúde, vitórias da reforma sanitária brasileira, a sociedade passou a exigir opções mais efetivas com o intuito de implementar um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção.

Inicialmente formulado como um programa dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso aos serviços de saúde, o PSF passou a ser definido como estratégia de reorientação da atenção primária à saúde ou do modelo de atenção como um todo em 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (Silva & Trad, 2005; Ribeiro, 2004).

O PSF foi definido por Dominguez (1997) como um modelo de assistência que desenvolveria ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Assim, o autor defende que o PSF “constitui a estratégia fundamental no nível de atenção primária, que é o pilar mais importante do Sistema Único de Saúde” (Dominguez, 1997, p. 53). Desta forma, o PSF é concebido como uma estratégia com metas e ações para serem desenvolvidas em prol da melhoria das condições de vida da população, mediante atividades e ações de prevenção primária, secundária e terciária de indivíduos no âmbito da comunidade, ações estas efetuadas por uma equipe básica e de outros serviços de saúde de forma continuada, envolvendo a participação da população e de outros setores da sociedade.

Uma análise da situação da saúde brasileira possibilita observar que uma grande parcela das doenças é resultante da pobreza extrema e de variáveis comportamentais e atitudinais associadas ao mundo contemporâneo. Observa-se, por conseguinte, que problemas sociais podem desencadear problemas de saúde pública ou coletiva. É interessante, neste momento, fazer uma diferenciação entre estes dois termos. Minayo (1998) defende a posição de que o termo saúde pública “consagra uma dimensão reducionista de direção e intervenção do Estado numa área social mais ampla e complexa do que a definida pelas práticas sanitárias oficiais” (p.14). Já o termo saúde coletiva é ambíguo e impreciso, sendo o adjetivo coletivo impróprio para conceituar o campo da saúde devido a sua ampla conotação, além da relação de exterioridade que estabelece frente ao objeto.

Desconsiderando as questões conceituais, Frekete (2000) chama atenção para o fato de que se a situação de saúde dos municípios são originárias das condições gerais de vida da população, há uma certa dificuldade em implantar ações setoriais de saúde isoladas que sejam totalmente eficazes. Neste contexto, o PSF atua como impulsionador da adoção de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente de assistência, tratamento e reabilitação, mas principalmente da implementação de políticas públicas, de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Não obstante, verificou-se, na década de 90, avanços no processo de descentralização do setor da saúde no Brasil (Bostein, 2002). Houve a transferência de responsabilidade da gestão da rede de serviços de saúde para os municípios; bem como sua prestação direta de serviços e programas ligados à saúde. As políticas públicas voltadas para a saúde privilegiavam a substituição do modelo assistencial da atenção à saúde, a ampliação do acesso da população aos serviços e a descentralização do atendimento básico.

Este novo modelo, cujo foco recai sobre a saúde da família, incorporou conceitos como qualidade de vida, promoção de saúde, humanização do sistema e controle social; foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, respaldado na Interiorização do Sistema Único de Saúde. Henrique Santilho, Ministro da Saúde da época, considerou em seu discurso que “a interiorização do SUS só se dará através da existência de uma equipe mínima de saúde nos municípios; considerando que o modelo assistencial do PSF dá prioridade, além de assistência médica individual, às ações de proteção e promoção da saúde” (Figueiredo, 2002). Por conseguinte, a implantação dos PSF nos municípios foi uma medida de descentralização das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, de transferência da responsabilidade da saúde municipal para os gestores locais.

Conforme Gomes e Hartz (2001), o papel do gestor de saúde condensa diversas exigências político-técnicas que variam desde a implantação de programas na rede de atenção

básica à saúde, o combate às doenças endêmicas, o desenvolvimento de práticas educativas à comunidade, ações de saúde pública ou coletiva; até o gerenciamento, o planejamento, e diversas atividades que envolvem a epidemiologia, a clínica, os recursos humanos, os sistemas de informações e o fluxo administrativo, entre outras.

Todavia, deve-se levar em consideração o envolvimento de outros grupos de atores sociais que interferem no processo de saúde, além dos gestores municipais da saúde: os usuários dos serviços de atenção básica à saúde e as Equipes de Saúde da Família (ESF). Os primeiros (usuários) são a fonte destinatária das ações de saúde realizadas pelos segundos (profissionais das equipes multidisciplinares).

Os usuários dos serviços de atenção básica à saúde são denominados por Furtado (2001) de “grupos de interesse”, pois constituem grupos ou indivíduos com características comuns que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objetivo da avaliação dos serviços ou programas de saúde, já que eles são seus potenciais beneficiários (ou vítimas).

No PSF, as famílias são assistidas por uma equipe multidisciplinar de saúde; entretanto, Silva e colaboradores (2002) comentam que a estrutura dos serviços com base na multidisciplinaridade não tem garantido respostas adequadas, pois apesar da construção teórica deste modelo ter vislumbrado inúmeras possibilidades, na prática ele está fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica e na busca de autonomia, resultando na compartimentalização do atendimento. Segundo Saldanha (2003), “as práticas dos diferentes profissionais são freqüentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas” (p. 5).

A tentativa de integração é muitas vezes confundida com ações de encaminhamento dos usuários, configurando em justaposição de ações, resultando na percepção do trabalho multidisciplinar como estratégia para reforçar prescrições, estimulando a convivência segmentada

e autônoma das diferentes competências técnicas. Neste sentido, em se tratando de PSF, Vasconcelos (1999) afirma que “em alguns municípios o programa significou mais uma modificação institucional do que uma maior aproximação com o cotidiano das famílias” (p.18).

Draibe (1999) aponta que a principal inovação do PSF, além da focalização na unidade familiar, é a adscrição territorial da clientela que constitui tanto um avanço do SUS quanto uma correção de suas insuficiências. Entretanto, Vasconcelos (1999) questiona as estratégias adotadas pelo PSF: visita domiciliar, busca ativa, acompanhamento das famílias das áreas de abrangência; advertindo para o fato de que elas vão na direção contrária das necessidades de apoio intensivo à família vivendo em situações de crise que colocam em risco a vida de seus membros. Este autor relata que os recentes estudos sobre a família brasileira têm demonstrado que existem famílias nas classes populares que vivenciam situações de risco especiais (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais, envolvimento em atividades ilícitas, dependência de drogas, distúrbios mentais, entre outras) que as tornam incapazes de desempenharem o mínimo papel ativo na busca de seus direitos sociais, principalmente no que se refere à saúde, necessitando de uma atenção diferenciada pelo Estado.

Apesar da visão de Vasconcelos (1999) acerca do PSF, alguns esforços já têm sido realizados neste sentido; e mesmo que a atenção dispensada a estas famílias mantenha ainda uma postura conservadora, voltada para a cultura tutelar, esta modalidade de intervenção se faz necessária para atender as famílias que ficam à margem dos serviços de saúde, numa situação de vulnerabilidade.

Senna (2002) designa como um dos grandes desafios do PSF a sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, alcançando deste modo o objetivo dos seus formuladores, e mostrando que não se trata apenas de uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país.



O PSF tem sido compreendido como forma de reorientação do modelo assistencial de saúde vigente no Brasil, sendo necessário, desta forma, discutir este conceito. De acordo com Paim (1999), modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre os problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O autor explica que o atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), quanto à vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária). Desta forma, Scherer, Marino e Ramos (2001) argumentam que uma mudança no modelo de atenção à saúde delimita o processo de construção do SUS em pelo menos três dimensões: político-jurídica, político-institucional e político-operacional.

“As duas primeiras dimensões dizem respeito ao conjunto de regras básicas de ordenação e funcionamento do sistema, contemplando a doutrina, os princípios e as diretrizes do sistema, além de direitos, deveres e responsabilidades do cidadão, da sociedade e do Estado. Na primeira dimensão pode-se afirmar que a criação do SUS já constitui um novo paradigma e, na segunda, observa-se um grande avanço na transformação dos meios e estruturas, consubstanciado na descentralização da gestão e na definição das competências e atribuições para o Estado e municípios” (Scherer, Marino & Ramos, 2001, p. 55).

Embora sejam condições necessárias, estas duas dimensões não garantem a mudança paradigmática. A dimensão político-operacional é decisiva para uma mudança no modelo de atenção à saúde, mas também representa seu maior desafio. Ela implica na implantação de novas práticas de atenção à saúde que garantam à população o acesso universal, a integralidade e a equidade, numa rede hierarquizada de serviços resolutivos. É neste campo que o PSF surge como resposta ao desafio de reorientação do modelo assistencial e se consolida como dimensão operacional do SUS.

Todavia, isto não é uma unanimidade de opinião. Alguns autores discordam de tal possibilidade. Merhy (2001) comenta que não se deve ambicionar tanto para o PSF. O autor sugere que ele pode ser um bom instrumento para a ação em redes de serviços locais, mas é uma modalidade tecnológica de produção de atos insuficiente para dar conta da complexidade da saúde. Scherer, Marino e Ramos (2001) também reconhecem os avanços alcançados por este modelo, mas elencam alguns entraves desta estratégia, tais como a verticalização da proposta, a centralização da gestão, a homogeneidade das ofertas de serviço sem levar em conta as singularidades regionais, e principalmente, a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado para trabalhar neste programa.

Um ponto pouco abordado pelos autores e que se constitui como obstáculo para que as políticas públicas em saúde sejam mais resolutivas é o mau gerenciamento dos administradores locais que colocam nas coordenações seus cabos eleitorais e afiliados políticos. Ao refletir sobre a situação da saúde de um município nos deparamos com uma realidade brasileira que engloba todos os âmbitos políticos em que o Executivo tem livre acesso para indicar qualquer pessoa da sua confiança para assumir a presidência de um cargo. Ou seja, um prefeito eleito indicará alguém do seu partido, freqüentemente seus companheiros de campanha, para assumir as diversas secretarias, como, por exemplo, a Secretaria de Saúde Municipal. Um cargo deste naipe deveria ser assumido por alguém que tivesse conhecimento aprofundado sobre Saúde Pública, fosse capacitado, tivesse experiência na área de gestão (de hospital, de um centro de saúde ou outro serviço ligado à temática) e que tivesse passado em um concurso público. Para administrar este cargo o prefeito poderia escolher entre aqueles sujeitos com este perfil que já exercessem cargos públicos: um médico, um professor universitário, o administrador de um hospital; alguém que demonstrasse interesse, mas principalmente já trabalhasse na área da saúde pública com uma carreira voltada para o bem-estar coletivo. Quiçá este perfil de administrador aumentasse o comprometimento dos gestores em relação às necessidades da população.

Como isto não acontece e os apadrinhamentos e parcerias políticas tornaram-se uma constante emperrando o setor político-administrativo do país, o que vemos hoje é uma seqüência de decisões tomadas por alguns cidadãos, na maioria das vezes sem competência para assumir tais cargos, que destroem ou não dão continuidade ao trabalho que o administrador anterior realizou devido a questões políticas – principalmente se o gestor anterior for de um partido político rival. Não há uma política de continuidade de ações, há denúncias infundáveis do que o antigo gestor não fez usado muitas vezes como argumento para justificar a situação de precariedade atual. E neste cenário de batalha política quem sofre as conseqüências é a população que se acostumou com um sistema de favores no qual sua saúde é comercializada como garantia de voto para a próxima campanha eleitoral.

Não obstante, o PSF também foi comercializado desde sua criação. O modo como os incentivos para sua implementação foram distribuídos fez com que os administradores interessados na verba federal implantassem diversas ESF nos municípios sem qualquer preocupação com a adequação das estruturas físicas, com a qualidade do serviço, com os profissionais recrutados e com a disponibilização de materiais e insumos básicos essenciais para o trabalho em saúde nas comunidades. Observa-se que a política de apadrinhamento também pode ser responsável pelo recrutamento de profissionais sem perfil para trabalharem no PSF, fator apontado por diversos autores como principal nó crítico do programa (Scherer, Marino & Ramos, 2005; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; Campos & Belisário, 2001; Nemes Filho, 2001).

É neste cenário que a avaliação ganha espaço no setor da saúde como ferramenta eficaz para a gestão auxiliando também na identificação dos fatores que se constituem como barreiras para a eficácia dos programas. A reflexão acerca das relações entre os atores envolvidos na efetivação do PSF também está presente na avaliação deste programa, sendo necessário contemplar mais profundamente esta temática no próximo capítulo.

## **Capítulo 3**

---

**Avaliação do Programa Saúde da Família: proposta de uma abordagem cognitivo-comportamental de avaliação**

### 3.1 Avaliação de Programas de Saúde

Avaliar é definido pelo dicionário Aurélio como “determinar a valia ou o valor de; calcular, estimar, computar; fazer idéia de, apreciar, estimar; reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de; fazer a apreciação, ajuizar: avaliar as causas ou os merecimentos; reputar-se; considerar-se; fazer uma apreciação, uma análise”. Este fenômeno nos remete a origem da vida, pois se constitui como uma atividade comum na vida de todos os seres vivos. Usualmente o ser humano avalia situações, atitudes e comportamentos, tanto de si quanto dos outros; desta forma, avaliar parece ser uma fatalidade do ser humano com relação ao seu meio ambiente, incluindo os meios físico e social.

De acordo com Pasquali (1999), a avaliação é constituída por dois processos, um informal e outro formal. Diz-se processo informal na medida em que todo o indivíduo avalia seu meio ambiente e/ou os outros indivíduos fazendo deles representações para que, a partir delas, possa tomar decisões de como agir, no sentido de auto-desenvolvimento e de manutenção da própria sobrevivência. O aspecto formal da avaliação pode ser observado através da história humana e dos diversos códigos de conduta através dos quais as pessoas e a sociedade julgavam e julgam o comportamento dos semelhantes. Estes julgamentos são feitos em termos de valores pessoais ou de valores impostos pela sociedade.

Contudo, a avaliação que é abordada neste trabalho vai além da avaliação de pessoas, ambientes ou eventos; ela está voltada para a avaliação de programas sociais instituídos numa sociedade pelas políticas públicas governamentais. Cano (2004) define programa social como uma intervenção sistemática planejada com o objetivo de atingir uma mudança na realidade social. Campbell (1969) afirma que os programas sociais são de fato experimentos planejados para atingir objetivos determinados ressaltando a necessidade de que os cientistas sociais se interessem por avaliar cada programa para determinar se os objetivos pretendidos foram alcançados.

Basicamente, a avaliação de um programa social tem por finalidade determinar se o programa atingiu ou não os objetivos previstos. Assim, nos últimos anos os idealizadores e os gestores de programas sociais têm dedicado considerável atenção à avaliação dos programas nas áreas de saúde, educação e assistência social para identificar se estes estão cumprindo seus objetivos e se estão atendendo as necessidades das populações-alvo.

Segundo Tripodi, Fellin e Epstein (1975), à proporção que a busca de inovação e relevância no planejamento e desenvolvimento de programas sociais aumentou, também aumentaram as exigências nas avaliações. As fontes de financiamento, os grupos de profissionais, a clientela e a opinião pública são fontes de pressão para os gestores dos programas sociais cobrando respostas concretas sobre questões acerca da administração dos recursos financeiros, da eficiência e dos custos relativos aos programas. Como os gestores dos programas sociais estão empenhados em melhorar as condições de vida da sociedade através dos programas pelos quais são responsáveis, eles optam pela avaliação de programas para apresentar as realizações e operações destes aos seus financiadores, à equipe de trabalho do programa, aos beneficiários e ao público em geral. Desta forma, a avaliação de programa aparece como um determinante para estas respostas.

Segundo Tanaka e Melo (2000), a avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo mais racional e efetivo. Os autores comentam que na atual conjuntura, o alto custo da atenção à saúde tem exigido dos gestores decisões que beneficiem o maior número de usuários e que consigam resultados mais equitativos com os mesmos recursos disponíveis. É neste campo de abrangência que se compreende a avaliação de programas como uma técnica gerencial para o *feedback* sistemático de informações a ser utilizado no aprimoramento de programas sociais.

Para Tripodi, Fellin e Epstein (1975), a avaliação de um programa social funciona como um dispositivo de retro-alimentação de informação para os diretores e outros responsáveis pelo desenvolvimento contínuo destes programas.

“A avaliação de programas sociais é a acumulação sistemática de fatos para fornecer informações sobre a realização dos requisitos e objetivos do programa em relação aos seus esforços, eficácia e rendimento, em qualquer dos seus estágios de desenvolvimento. Os fatos da avaliação podem ser obtidos através de várias técnicas relativamente sistemáticas e são incorporados em um determinado sistema de valores para a tomada de decisões sobre programas sociais” (Tripodi, Fellin & Epstein, 1975, p.17).

Para Cohen e Franco (1998), a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. Contudo, para que tal tenha resultados efetivos, devem-se estabelecer critérios pelos quais se seguirá à avaliação, bem como seus objetivos específicos (Frekete, 2000). Tanaka e Melo (2000) também alertam para a necessidade de se definir claramente os objetivos da avaliação; ou seja, ter claro a decisão em jogo e quem tem o poder para decidir.

Seguindo esta linha de pensamento, Tripodi, Fellin e Epstein (1975) afirmam que o planejamento da avaliação de programas sociais depende, de maneira geral, da especificação dos requisitos do programa em diferentes estágios de desenvolvimento para que fique especificado o que deve ser avaliado e com que objetivo. Para tanto, é necessária uma descrição do programa em questão com seus critérios essenciais. Além disso, devem-se considerar também as diferentes ênfases nas dimensões de avaliação: o esforço, a eficácia e o rendimento.

A avaliação dos *esforços do programa* refere-se à descrição do tipo e quantidade de atividade do programa. A avaliação da *eficácia do programa* discute se os resultados pretendidos e conseqüências benéficas não esperadas foram atingidos como resultado dos esforços do

programa. Já a avaliação de *rendimento do programa* visa determinar o custo relativo da obtenção desses resultados.

Entretanto, desde que a avaliação de programas sociais se firmou como disciplina, foi concebida e realizada de diversas formas e por diferentes avaliadores, sendo propostos vários tipos de avaliação. Cano (2004) apresenta a primeira distinção clássica estabelecida por Michael Scriven entre avaliação *somativa* e avaliação *formativa*. A avaliação somativa visa concluir se um programa social existente surte ou não o efeito desejado; já a avaliação formativa se volta a um programa em andamento, simultaneamente ao seu desenvolvimento, com o objetivo de melhorá-lo.

Intimamente ligada a essa classificação está a dicotomia entre avaliação *interna* e avaliação *externa*. A primeira é desenvolvida por pessoas ou equipes que pertencem ao programa, e a segunda é desenvolvida por consultores ou instituições que não fazem parte do programa e que são chamados especificamente com esta finalidade. As avaliações somativas são em sua maioria externas e as formativas, em geral são internas.

As avaliações também podem ser divididas em vários grupos conforme a atenção dada à teoria. Por um lado, existem as avaliações que ignoram totalmente a teoria com o único objetivo de saber se a intervenção funciona ou não, mesmo ignorando as razões dos resultados. Por outro lado, existe uma linha de avaliadores que recomendam que na avaliação seja levada em consideração a teoria sob a qual o programa foi criado.

Sabe-se que as avaliações podem ser classificadas em diversos tipos de acordo com múltiplos critérios; assim, Cano (2004) expõe diferentes formas de se proceder a uma avaliação tendo em vista seus objetivos, partindo do modelo mais simples para o mais abrangente, a saber.

No modelo mínimo de uma avaliação de programas pretende-se responder de maneira direta (sim ou não) se a intervenção surtiu os efeitos hipotetizados pelos elaboradores do programa. Para tanto, basta saber em que consiste o programa e quais os efeitos esperados. Como



exemplos do modelo mínimo de avaliação podem ser citadas a *avaliação de processo ou implementação* que tenta esclarecer em que medida o programa foi implementado segundo o plano original; a *avaliação de resultados ou impactos* que procura verificar se os efeitos finais foram atingidos; e a *avaliação de custo-benefício* que visa apurar o benefício monetário do programa para com a unidade de custo nela investida, ou seja, tanto os custos quanto os benefícios são calculados para verificar se é válido continuar investindo no programa.

Convergindo com a avaliação de processo ou implementação de programa apresentada anteriormente, foi realizada pelo Ministério da Saúde em 2000 uma pesquisa nacional que visava apresentar resultados acerca da implantação do PSF nos estados brasileiros. Já a pesquisa realizada pelo Tribunal de Contas da União (2002) atreve-se a tentar avaliar os resultados do PSF em quatro estados nordestinos; todavia, como a metodologia adotada comprometeu a confiabilidade dos resultados termina por exemplificar também uma avaliação de implementação. Estas pesquisas serão detalhadas no próximo tópico.

A formulação de juízos estará contida na primeira extensão possível do modelo mínimo de avaliação no qual o avaliador pode realizar a síntese final para responder a pergunta original sobre a eficácia do programa, podendo eventualmente também fazer recomendações relativas à tomada de decisão. Estão neste grupo as *avaliações de especialista* nas quais tanto as recomendações quanto as prescrições são condições necessárias ao final do processo avaliativo, e as *avaliações de metas* cujo objetivo é submeter as metas de um programa a um especialista para saber se elas estão coerentes entre si, viáveis e compatíveis com os princípios gerais da área ou com objetivos mais abrangentes.

Para exemplificar a avaliação de especialista, recomenda-se a apreciação do artigo de Reis (2003) que apresenta uma pesquisa de avaliação do PSF realizada por pesquisadores do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), na qual os organizadores repassaram para o Ministério da Saúde a síntese dos

principais resultados apontando alguns aspectos que consideraram relevantes para a melhoria do programa. Já a avaliação de metas pode ser compreendida através da apresentação dos objetivos do PSF para um especialista em Saúde Pública que avaliaria criteriosamente suas diretrizes para identificar a existência de alguma incongruência na proposta apresentada.

Na terceira extensão ao modelo mínimo a avaliação não se limita a concluir se houve ou não o efeito esperado, mas tenta averiguar a razão do sucesso ou fracasso. Cano (2004) afirma que o primeiro candidato para explicar o fracasso deve ser sempre a ineficiência da implementação e que se confirmado o sucesso na implementação segue-se analisando outros elementos, tais como, a intensidade do tratamento, as relações entre os processos que deveriam produzir efeito, a eficiência de cada um desses componentes, entre outros critérios.

Outra extensão do modelo mínimo é a preocupação com o uso da própria avaliação, o avaliador pode fazer sua parte, que consiste em pensar como a sua avaliação poderá ser usada e por quem, facilitando seu uso pelos destinatários. Como representante deste modelo surge a *avaliação focalizada na utilização* que prioriza os diferentes usos da mesma com o propósito de facilitar as decisões dos usuários, com quem o avaliador desenvolve relações muito estreitas. Este tipo de avaliação pode ser representada pela pesquisa de Trad, Bastos, Nunes e Santana (2002) que pretendeu verificar a satisfação dos usuários do PSF de cinco municípios baianos. Os resultados deste estudo serão apresentados posteriormente.

Outra linha de extensão do modelo mínimo é através da observação de outras variáveis dependentes, e não apenas as hipotetizadas pelo programa, para verificar se o programa provoca outros efeitos além dos desejados. Esses efeitos “colaterais” podem ser negativos ou positivos, por isso a importância de medir qualquer variável dependente capaz de ser diretamente influenciada. Várias correntes de avaliadores defendem que a avaliação não deve se limitar as metas e aos objetivos do programa, traduzindo-se numa corrente radical que desenvolveu a *avaliação livre de metas*. Outros avaliadores menos extremistas não chegam a ignorar as metas

dos programas, mas sustentam a relevância de se considerar as necessidades gerais da população beneficiária, o que é chamado freqüentemente de *avaliação das necessidades*. Esta última forma de avaliação pode ser compreendida, por exemplo, através do levantamento das necessidades sanitárias da população antes da implementação do PSF em uma determinada localidade para que a estratégia de trabalho adotada seja condizente com a demanda dos beneficiários daquela comunidade.

Por fim, um último aspecto acrescentado ao modelo mínimo de avaliação é a posição valorativa do avaliador. Cano (2004) sugere que uma das formas de enfrentar a dificuldade de objetividade no trabalho de avaliação é propor que o avaliador explicitamente seus juízos de valor que sustentam as conclusões do trabalho avaliativo para que estas possam ser interpretadas à luz destes valores. Contudo há uma divergência sobre quais valores o avaliador deve adotar como referência para embasar seus resultados.

Por um lado, de acordo com a *avaliação focada na utilização*, o avaliador deve servir-se dos valores dos usuários principais do programa. No outro extremo, autores defendem que os avaliadores devem adotar uma visão de mundo em prol dos valores das minorias representando o pensamento da *avaliação de fortalecimento (empowerment)* que visa aumentar a capacidade de autodeterminação de grupos desfavorecidos. Nessa corrente o avaliador se confunde com um ativista social.

Para que a decisão a ser tomada seja realmente efetiva e não se torne apenas mais uma medida racionalizadora de recursos, Tanaka e Melo (2000) afirmam que é necessário conscientizar-se que a avaliação deverá ser feita tendo como beneficiário final o cliente/usuário do serviço, programa ou projeto e não exclusivamente quem solicitou a avaliação. Estes autores propõem uma abordagem transdisciplinar de avaliação em saúde argumentando que na avaliação de sistemas, serviços ou programas/projetos de saúde é possível utilizar a abordagem sistêmica da administração.

Esta proposta justifica-se pelo fato de que a compreensão da essência transversal do processo avaliativo é uma exigência contemporânea no caminho de tentar alcançar a complexidade que é avaliar serviços, práticas e ações desenvolvidos no campo da saúde. Para seus criadores, a adoção deste enfoque torna-se ainda mais necessário quando se analisa o momento atual das políticas de saúde – com a descentralização de ações para o sistema municipal, em que os municípios assumem novas responsabilidades face aos problemas locais de saúde; além da necessidade de utilizar, na avaliação, os conhecimentos dos próprios profissionais envolvidos no processo de trabalho, aproveitando o conhecimento produzido pela prática ao mesmo tempo em que envolve estes profissionais na tomada de decisão, tornando o processo avaliativo mais participativo e democrático.

Assim, Tanaka e Melo (2000) asseguram que um enfoque transdisciplinar da avaliação leva em conta os conhecimentos necessários para sua aplicação visando ir além de um mero recorte analítico. Os autores estão certos de que, neste caminho, seria possível a produção de uma forma própria de saber que permitisse a tomada de decisões contribuindo para a reorganização das ações avaliadas e para a produção de um fluxo contínuo de interações para a produção de competências, visando o enfrentamento da situação e dos problemas identificados. Contudo, apesar da reflexão sobre a necessidade da transdisciplinaridade na avaliação, eles não apontam caminhos concretos para sua realização.

De maneira geral pode-se constatar que existem diversas formas de avaliar, à depender do objetivo da avaliação, mas que em todas suas variações a avaliação é um instrumento fundamental para o gestor devendo estar incorporado ao programa de forma sistemática. Para Gomes e Hartz (2001) a avaliação é uma atividade inerente ao planejamento e a programação, sendo gradativamente valorizada nos últimos anos.

Foi a partir do trabalho pioneiro de Donald Campbell com esquemas experimentais que a avaliação de programas sociais se firmou como disciplina. Campbell descreve sua metodologia

para avaliar programas sociais inicialmente em suas duas obras: *Desenhos experimentais e quase-experimentais para a pesquisa sobre o ensino*, publicada em parceria com Julian Stanley, em 1963; e *Questões de desenho e análise para contextos naturais*, escrito juntamente com Thomas Cook, em 1979. É importante observar que a avaliação de programas foi inicialmente concebida para avaliar intervenções na área educativa.

Foi a partir dos anos 60 que a avaliação de programas se desenvolveu de forma notável tanto como disciplina, quanto como área profissional; surgindo teóricos e metodólogos especializados nesta área, além de cursos universitários de avaliação e associações de profissionais avaliadores (Cano, 2004; Novaes, 2000). De acordo com Cano (2004), para orientar os profissionais da área ou mesmo avaliar as próprias avaliações, “algumas dessas associações estabeleceram ‘critérios’ para a realização de avaliações de programas, uma versão mais leve do que seria um código profissional” (p.10).

Novaes (2000) comenta que a avaliação de programas, em sua fase inicial, teve sua dimensão de instrumento para a intervenção articulada à atuação de um Estado que devia garantir um bem-estar social, porém de forma eficiente. Já nos anos 90, refletindo as alterações ocorridas na atuação do poder público e nas teorias da ação social, essa dimensão aparece quando é colocada a possibilidade do *empowerment* dos agentes do programa (profissionais e população) para avaliação passando de uma perspectiva de dever institucional para a mobilização individual.

Foi este dever institucional que obrigou muitos países a estabelecer leis para que todos os programas públicos fossem submetidos a uma avaliação, contribuindo fortemente para impulsionar esta área. Atualmente existem associações de avaliação de programas nos Estados Unidos, no Canadá, na Europa, na Austrália e na América Central; entretanto, ainda não existe na América do Sul, sendo muito recente o interesse dos países latino-americanos por estudos de avaliação de programas.

De acordo com Cozby (2003), a avaliação de programa é uma área importante da pesquisa aplicada – tipo de pesquisa que tem como objetivo examinar questões relativas a problemas práticos e suas soluções potenciais; e sugere que pesquisas de avaliação de programas avaliem reformas sociais e inovações introduzidas no governo, na educação, no sistema judiciário, na indústria, em instituições de saúde mental e na assistência a saúde.

Ao falar especificamente sobre a avaliação de programas em saúde, Novaes (2000) comenta que esta área passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir como instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na implementação das políticas de saúde.

Apoiando-se em uma revisão da literatura internacional especializada, esta autora identifica os critérios centrais que organizam o núcleo dos processos de avaliação, articulando-os com os recortes adotados pelas principais tipologias de avaliação de programas, fazendo uma síntese das principais modalidades de avaliação em saúde. Para tal, ela organiza as avaliações em grandes categorias, segundo os critérios mais significativos para o campo da saúde, que são: 1) objetivo da avaliação - prioriza as condições de produção e/ou utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão); 2) posição do avaliador - externo ou interno, por referência ao objeto avaliado; 3) enfoque priorizado - interno, de categorização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenção; 4) metodologia predominante - quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase-experimental; 5) contexto da avaliação - controlado ou natural; 6) forma de utilização da informação produzida - demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização; 7) tipo de juízo formulado - comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas; e 8) temporalidade da avaliação - pontual, corrente ou contínua.

A partir da combinação entre as alternativas presentes nestes critérios especificados, Novaes (2000) afirma que é possível identificar três grandes tipos de avaliação: a pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa, a avaliação para decisão e a avaliação para gestão. Seus critérios estão organizados na tabela 7.

**Tabela 7. Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados**

<b>Crítérios</b>	<b>Pesquisa de avaliação ou investigação avaliativa</b>	<b>Avaliação para decisão</b>	<b>Avaliação para gestão</b>
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramento
Posição do avaliador	Interno/externo	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ Compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo/qualitativo Experimental/quase- experimental	Quantitativo e qualitativo Situacional	Quantitativo e qualitativo Situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Uso da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado/contínuo

**Fonte:** Novaes (2000, p.549)

Na pesquisa de avaliação o objetivo principal é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica. Essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa própria ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, torna-se necessária à distância dos avaliadores para garantir máxima objetividade à investigação. As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação dizem respeito à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas; sendo formuladas de maneira a encontrar relações de causalidade. A metodologia dominante neste tipo de pesquisa ainda é de natureza quantitativa,

mas com crescente participação das formas qualitativas; ambas orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização dos resultados observados. A informação resultante da avaliação deverá ser confrontada com os pressupostos iniciais (hipóteses) que orientam a pesquisa e o juízo formulado será coerente com estes pressupostos. As pesquisas de avaliação são geralmente pontuais podendo ser eventualmente replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo. O presente estudo pode ser um exemplo deste tipo de avaliação.

A pesquisa de avaliação em saúde desenvolve-se mais quando se deseja medir o impacto de um programa através dos resultados observados sobre condições específicas da população (mortalidade, morbidade, indicadores de qualidade de vida, entre outras), selecionados a partir de relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção. No entanto, outros tipos de impactos têm sido medidos pelas avaliações de programas, tais como o impacto de profundidade e o impacto de amplitude do programa. O impacto de profundidade representa o resultado do programa na vida de um beneficiário; já o impacto de amplitude é o resultado que o programa causou na população-alvo.

O objetivo predominante da avaliação para decisão é que ela se constitua como instrumento eficaz para auxiliar a tomada de decisão; sendo assim, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo avaliativo. O enfoque priorizado é o reconhecimento do objeto em profundidade para a sua adequada compreensão e identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis. As metodologias utilizadas na avaliação para decisão são de natureza qualitativa, quantitativa e situacional, em um contexto natural cujos resultados deverão estar articulados a uma teoria geral que permita a integração destes dados. Esses resultados deverão se constituir em informações capazes de contribuir para a solução dos problemas identificados ao longo do processo ou ao fim da avaliação e, ainda que seja realizada



pontualmente, possui natureza corrente já que era prevista sua avaliação desde a proposição e implantação do programa.

Por fim, a avaliação para gestão tem como objetivo primordial a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, sendo a presença do avaliador interno condição necessária, pois é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo. O enfoque priorizado neste tipo de avaliação é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas, sendo dominantes as metodologias de natureza quantitativa, observacionais, desenvolvidas em contexto natural. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, como partes que representam um todo, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento.

Ressalta-se, contudo, que no tocante à metodologia utilizada, as situações avaliadas no campo da saúde irão exigir a adoção de múltiplas abordagens, para que não se perca a capacidade de explicação e compreensão da situação. Isto implica dizer que tanto perspectivas quantitativas como qualitativas serão pertinentes, a depender da pergunta avaliativa.

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas sociais da área de saúde tomados como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos, sendo considerados programas tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo (Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF, por exemplo), quanto à implantação de reformas de atenção a populações específicas (como a atenção domiciliar a idosos e a vacinação de crianças) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em

serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela.

No Brasil, de um modo geral, apenas as propostas voltadas para a realização de um macro objetivo são consideradas programas, sendo observado uma maior variabilidade no uso desta nomenclatura, o que faz com que toda avaliação de programa deva iniciar-se com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais (Novaes, 2000). Entretanto, deve-se ressaltar também a importância de avaliar as necessidades e a satisfação dos beneficiários do programa, pois desta maneira, segundo alguns autores (Dimenstein & Santos, 2005; Contandriopoulos & cols., 2000), pode-se confrontar os dados fornecidos pelos setores de origem do serviço (administradores e profissionais) com aqueles fornecidos pelos usuários do programa, possibilitando a identificação das incompatibilidades de informações que mascaram a realidade da situação de saúde daquela localidade, evitando os dados politicamente controlados e/ou camuflados pelos serviços de saúde.

Novaes (2000) também alerta para a importância de se reconhecer que as propostas e práticas de avaliação em saúde são importadas de outros países onde há um maior desenvolvimento nesta área, sendo necessária uma reinterpretação e ressignificação destas práticas para que possam fazer sentido na realidade brasileira. Para que essas propostas se justifiquem e sejam utilizadas no processo avaliativo brasileiro, devem passar por uma profunda adequação desde a identificação das prioridades sanitárias locais até a adaptação a contextos com recursos humanos menos qualificados, em menor quantidade e a um custo mais baixo, além de poucas informações previamente disponíveis do objeto a ser analisado.

Apesar da irrelevante participação dos resultados das avaliações de programas nos grandes processos decisórios das políticas públicas em saúde, o impacto dessas avaliações pode ser observado em nível mais específico ou local. Neste momento, ocorre no Brasil uma grande

expansão da atenção à saúde, oferta de novas tecnologias, desenvolvimento de um novo modelo de saúde e crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde, condições favoráveis para que propostas de racionalização das decisões e das práticas encontrem na avaliação de programas uma ferramenta auxiliar. Frekete (2000) advoga que é neste cenário das políticas de mudança da rede de atenção básica de saúde que a avaliação ganha uma nova dimensão e importância, servindo para revelar se as atividades desenvolvidas no seu âmbito são adequadas e compatíveis em relação à realidade sanitária local, bem como para verificar o impacto destas ações sobre o nível de saúde daquela população.

De acordo com Frekete (2000) e Gomes e Hartz (2001), no Brasil é bastante recente a estruturação das informações no setor de saúde, se comparado aos países industrializados, como os Estados Unidos. Assim, os instrumentos de avaliação necessitam de uma maior confiabilidade, por este motivo diversos autores (Furtado, 2001; Frekete, 2000; Gomes & Hartz, 2001) freqüentemente relatam a preocupação com os instrumentos para a operacionalização da avaliação. Contudo, cada um disponibiliza um modelo de avaliação próprio construído para atender aos seus objetivos propostos.

Bostein (2002) ressalta que, apesar do intenso debate sobre o tema da avaliação dos serviços ou programas de saúde e de já se ter passado mais de uma década de descentralização do setor e da diversidade de experiências de gestão local, ainda existem poucas pesquisas de caráter avaliativo no país com o intuito de abranger estas mudanças. Os estudos disponíveis na literatura sobre avaliação do PSF serão abordados a seguir.

### **3.2 Avaliação do Programa de Saúde da Família: relato de estudos**

Em 2000, o Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios realizaram uma Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família, em 1.219 municípios de 24 estados brasileiros, para identificar os critérios utilizados

para implantação do PSF, bem como mensurar o grau de aproximação entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a população. Este estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa de levantamento para avaliar a implementação do PSF, na qual foram apresentados resultados acerca da implantação, supervisão, garantia de princípios e nível de envolvimento dos estados e municípios com o processo de definição de um novo modelo de atenção à saúde que gradativamente se desenvolvia no país.

Os resultados apontaram para uma maior consolidação do PSF na região Nordeste do país, sendo que a maioria dos estados não possuía critérios específicos para priorizar a implantação do programa nos municípios. Verificou-se também a existência de uma equipe responsável pela coordenação do PSF em todas as Secretarias Estaduais de Saúde. O tamanho e a composição destas equipes variavam de estado para estado, mas em sua maioria, eram compostas por oito profissionais de nível superior de diversas especialidades técnicas (enfermeiros, administração, nutricionista, assistente social, pedagogo, odontólogo, médico, psicólogo, sociólogo, sanitarista, entre outros).

Segundo a pesquisa, a coordenação trabalhava mais frequentemente relacionada às questões que envolviam recursos humanos: recrutamento e seleção de agentes comunitários de saúde, orientações à forma de contratação e discussão de faixas salariais. Entretanto, esta participação não envolvia as capitais. De acordo com o relatório do Ministério da Saúde (2000), apesar de não ser explicitado claramente, haveria uma dificuldade na relação da coordenação do PSF com as cidades maiores devido à independência técnico-financeira que caracteriza as capitais, tornando-as muito menos dependentes das secretarias estaduais que os municípios menores.

Em 2002, o Tribunal de Contas da União (TCU) realizou uma auditoria para avaliar a implementação deste novo modelo de atenção à saúde. A auditoria buscou verificar especificamente as evidências de alteração do vínculo de co-responsabilidade entre profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários do PSF, através da avaliação de aspectos relativos à

sua operacionalização no que diz respeito à implementação e atuação das Equipes de Saúde da Família, ao acompanhamento, supervisão e avaliação do programa pela esfera estadual, além da análise dos indicadores de morbidade e mortalidade previamente selecionados.

Para tanto, foram selecionados quatro estados da região Nordeste do país (Ceará, Pernambuco, Paraíba e Alagoas) que foram selecionados em razão de receberem 47% dos recursos do PSF e de possuir o maior número de ESF instaladas. Além disso, Ceará e Pernambuco possuíam registros de experiências positivas no PSF, e Alagoas e Paraíba apresentavam potencial para melhorar seu desempenho quanto à implementação do PSF.

A metodologia utilizada foi o estudo de caso de 16 municípios destes estados, operacionalizado por meio de consulta ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) e Sistema de Captação de Dados para Pagamento (CAPSI), observação direta, entrevistas, além de 344 questionários aplicados aos coordenadores estaduais e municipais do PSF, aos médicos e enfermeiros das ESF e aos beneficiários do programa.

Os resultados encontrados apontam para uma série de questões que vêm prejudicando o desempenho do PSF, sendo o primeiro deles a alta rotatividade e a dificuldade para a contratação de médicos para atuar nas ESF decorrente da insatisfação com a precariedade do vínculo contratual de trabalho, do excesso de atendimentos, da dificuldade de acesso ao local de trabalho e das falhas no sistema de referência-contrarreferência – ainda inadequados para os níveis de média e alta complexidade. Percebeu-se esta mesma insatisfação nos outros profissionais da ESF em função do vínculo contratual de trabalho ser temporário.

A pesquisa indicou também que as ESF são responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo preconizado pelo MS (4.500 pessoas). Observou-se também que como a demanda espontânea às USF ainda é muito grande, o tempo disponível para a realização de atividades educativas e de promoção de saúde é seriamente reduzido (TCU, 2002).

Outro problema encontrado pelos pesquisadores do TCU foi a inadequação com o espaço físico das USF e insuficiência de recursos humanos, resultado da grande expansão do programa em 1998 que queria atender o máximo de cobertura (arrecadando maiores incentivos financeiros) sem garantia de infra-estrutura adequada para o atendimento. A ausência de fiscalização, avaliação e monitoramento do PSF foi outra questão frequentemente verificada, concomitante a falta de treinamento para os gestores do PSF e o alto grau de inconsistência das informações apresentadas no SIAB.

Neste mesmo ano Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002) realizaram um estudo acerca da satisfação do usuário do PSF em cinco municípios da Bahia. Os autores consideraram as dimensões: cognitiva, relacional, organizacional e profissional; para avaliar tanto a satisfação dos usuários, quanto para confrontar a percepção dos usuários com a dos profissionais das ESF. Para tanto, foram utilizadas estratégias metodológicas de cunho etnográfico, como por exemplo, grupos focais nos quais os usuários expressaram sua percepção sobre o programa e os serviços oferecidos pelas equipes. Esta técnica também proporcionou um espaço para que os usuários revelassem suas necessidades e expectativas de satisfação das mesmas.

Os dados demonstraram uma visão bastante positiva na avaliação do PSF nos cinco municípios. Como as condições encontradas pelos pesquisadores deixavam muito a desejar, em termos de um bom atendimento, esta percepção positiva do programa pelos usuários pode ser explicada pelo fato de que, em todos os municípios estudados, o PSF foi implantado nas áreas onde se concentram as populações mais pobres e com as piores condições de infra-estrutura básica. Para quem nada possui, o fato de poder contar com um atendimento mínimo já supera suas expectativas. Estes dados são corroborados por Senna (2002) que aponta para o impacto positivo do PSF em áreas de grande déficit de serviços básicos de saúde, principalmente na região Nordeste do país.

Esse estudo encontrou também que não há uma identificação muito clara do programa como tal por parte dos usuários do serviço. O programa, de fato, é muito mais identificado a partir da sua materialização em um “Posto de Saúde” e nas ações dos seus profissionais. Observou-se ainda que os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional; que engloba o respeito e a consideração, a escuta, a compreensão, a acolhida e a gentileza por parte dos profissionais da equipe; e a dimensão profissional; que se refere ao tempo dispensado ao atendimento, as informações suficientes e claras, a implicação da busca de soluções para os problemas dos pacientes, a qualidade, a competência e a eficácia dos serviços, bem como a disponibilidade destes. Por outro lado, os usuários demonstraram um reduzido grau de satisfação quanto à dimensão organizacional, que aborda questões relacionadas ao tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento), o horário de abertura e funcionamento das unidades, o horário dos profissionais para atender à população, bem como a localização dos serviços e o acesso à informação.

Em contrapartida, os profissionais da equipe de saúde da família levaram mais em consideração à lógica do atendimento e menos a da necessidade. As dimensões enfatizadas por estes profissionais são o caráter preventivo e educativo do trabalho. E apesar das dificuldades encontradas (dificuldade de refrear a demanda espontânea nas áreas atendidas, sobrecarga excessiva de trabalho, o sistema de referência e contra-referência deficitário; além de problemas de infra-estrutura, material e equipamentos) os profissionais da equipe expressam sentimentos de satisfação com um trabalho pautado em ideais (Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002).

Diante do exposto, observa-se a importância destas pesquisas para a compreensão das etapas iniciais do PSF no que se refere aos esforços realizados para a implementação do programa em diversos contextos. Através delas pode-se conhecer como se desenrolaram os trabalhos para operacionalização do PSF no que se refere aos incentivos para implementação, à organização das secretarias estaduais e municipais de saúde e coordenações do PSF, às diferentes

especialidades dos profissionais que compõe a ESF em cada contexto, bem como a organização do trabalho e o vínculo de co-responsabilidade com a população beneficiária. É notável também a preocupação em abordar os problemas enfrentados pelos PSF e propor soluções para melhorar o desempenho do programa.

Todavia, estas pesquisas possuem alguns vieses que poderiam ser controlados se fossem adotados métodos de abordagens mais rigorosos. Por exemplo, a avaliação do PSF (Ministério da Saúde, 2000) constitui-se mais como um levantamento das condições de implantação e funcionamento dos PSF no país, caracterizando uma avaliação de implementação ou processo sem maiores informações acerca do impacto do programa à população-alvo. Já na pesquisa do TCU (2002) os questionários respondidos pelos gestores foram enviados pelos correios, o que aumentava o erro amostral devido à baixa taxa de retorno comprometendo a fidedignidade dos dados pesquisa. Ademais, o TCU ressaltou que a falta de informações confiáveis podia comprometer o acompanhamento do PSF e dificultar o estabelecimento de prioridades de ações em saúde; sugeriu também que não foi possível aplicar técnicas com maior rigor metodológico para avaliar o impacto do programa, apontando a necessidade de novas pesquisas de avaliação do PSF.

Neste sentido, para compreender os fatores facilitadores e complicadores que podem levar ao êxito ou fracasso dos PSF's implantados no município de João Pessoa, Paraíba, optou-se por analisar as crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e dos usuários desta estratégia de atenção à saúde.

Rokeach (1981) afirma que todas as pessoas possuem milhares de crenças relativas ao que é ou não verdadeiro, bonito ou bom e sobre o mundo físico e social no qual se vive. O autor afirma que essas crenças incontáveis não estão em um estado desorganizado dentro de suas mentes, mas estão organizadas em sistemas arquitetônicos possuindo propriedades estruturais descritíveis e mensuráveis que, por sua vez, possuem conseqüências comportamentais



observáveis. Logo, deve-se considerar a importância de se conhecer as crenças dos profissionais de saúde que trabalham no PSF pois estas se constituem como formas de compreensão de sua realidade. As crenças acerca destes fatores podem desencadear reações comportamentais da equipe, comprometendo a qualidade dos serviços de saúde prestados a comunidade usuária do PSF. Desta forma, conhecendo as crenças dos profissionais acerca do PSF poder-se-ia desenvolver estratégias de aprimoramento dos treinamentos e capacitações destes profissionais abrangendo outros aspectos além dos técnicos.

Uma avaliação cognitivo-comportamental do Programa de Saúde da Família também seria bastante eficaz na compreensão das vantagens e desvantagens percebidas pelos usuários deste serviço, pois minimizaria os vieses cognitivos-perceptuais que podem estar envolvidos na avaliação do PSF. Estes vieses podem comprometer a avaliação do PSF, como por exemplo, a desabilitação social emitida por parte dos usuários que superestimam (sobreavaliam) o PSF por não terem tido, antes da implantação deste programa, nenhuma atenção direcionada a saúde de sua comunidade. Deste modo, o conhecimento das crenças elaboradas pela população a respeito do PSF poderia servir de base para elaboração de estratégias mais eficazes de informação, contribuindo para uma compreensão adequada do funcionamento do PSF o que conseqüentemente minimizaria as resistências dos grupos populares às suas formas de trabalho, possibilitando uma maior colaboração da comunidade com as estratégias de promoção e prevenção à saúde, além da participação no controle social, tal como preconizado nas diretrizes do programa.

Neste sentido, o presente estudo se propõe a avaliar o Programa Saúde da Família a partir de uma perspectiva cognitivo-comportamental como uma alternativa para verificar a eficácia do PSF e o impacto deste programa na saúde da população assistida envolvendo os atores que participam na prestação e no consumo deste serviço de saúde, os profissionais e os usuários, respectivamente.

### **3.3 Proposta de uma abordagem Cognitivo-Comportamental de Avaliação do PSF**

Para operacionalizar a proposta de avaliar o Programa de Saúde da Família numa perspectiva cognitivo-comportamental, são utilizadas duas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b): Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas, sendo necessárias algumas considerações sobre o modelo adotado.

O Modelo de Crenças em Saúde considera que as atividades psicológicas das pessoas ocorrem em uma espécie de campo psicológico denominado espaço vital. Este é determinado pelo comportamento das pessoas, sendo constituído pela totalidade dos fatores que determinam o comportamento num dado momento, partindo da idéia de que as pessoas e o meio não podem ser vistas separadamente, ambos constituiriam uma única realidade.

De acordo com esse modelo, a adoção de um comportamento preventivo depende de alguns pressupostos: 1) de o indivíduo se considerar susceptível a um problema de saúde, ele deve acreditar que esse problema pode afetá-lo particularmente (*Percepção de Suscetibilidade*); 2) de o indivíduo associar o problema de saúde à gravidade de suas conseqüências (*Percepção de Severidade*); 3) e do indivíduo acreditar que esse problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (*Percepção de Benefícios*), apesar dessa ação envolver aspectos negativos, tais como, impedimentos, obstáculos, desconforto, gastos financeiros e outros (*Percepção de Barreiras*).

Entretanto, Dela Coleta (2004) ressalta ainda que a presença de estímulos para ação é fundamental para desencadear as percepções de suscetibilidade e severidade que motivarão o

indivíduo a agir; estes estímulos podem ter origem interna - um sintoma, por exemplo, ou externa - como influência da família, dos amigos, dos meios de comunicação, entre outros. Desta forma, o potencial para ação é resultado da combinação de níveis de suscetibilidade e de severidade percebida na enfermidade, enquanto a modalidade de ação é escolhida em função da percepção de benefícios menos as barreiras percebidas na realização do comportamento, o comportamento é avaliado em uma análise tipo custo-benefício.

O Modelo de Crenças em Saúde foi desenvolvido nos anos 50 por um grupo de psicólogos sociais do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos na tentativa de explicar porque as pessoas não se preveniam contra certas doenças para as quais já haviam testes ou vacinas, tais como a tuberculose e a poliomielite (Dela Coleta, 2004).

Publicado por Rosenstock, em 1966, o Modelo de Crenças em Saúde foi formulado originalmente com o intuito de explicar a ação preventiva, sendo posteriormente aplicado a comportamentos relacionados à manutenção da saúde geral, a procura do diagnóstico e ao cumprimento das recomendações médicas. Atualmente, o modelo tem sido utilizado em diversos estudos para identificar as crenças a respeito dos comportamentos acerca da prevenção e do controle da doença cardiovascular (Dela Coleta, 1995), da prevenção dos acidentes com agulha (Brevidelli & Cianciarullo, 2001), da prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama (Prado, Mamede, Almeida & Clapis, 2004) e do significado de drogas para estudantes de enfermagem (Ortega de Medina, Osorio Rebolledo, & Pedrao, 2004).

Neste sentido, o presente estudo visou identificar as crenças dos profissionais e usuários do PSF a respeito do programa através da percepção sobre seus benefícios e as barreiras à sua realização; para posteriormente realizar uma avaliação deste programa numa perspectiva cognitivo-comportamental. Estas informações são de extrema relevância para servir de base a planejamentos de estratégias de cuidado e manutenção ou restabelecimento da saúde que sejam efetivas, sendo os aspectos metodológicos discutidos mais profundamente no próximo tópico.

## **Capítulo 4**

---

### **Aportes Metodológicos**

#### **4.1. Objetivos**

O presente estudo objetivou avaliar o Programa Saúde da Família (PSF) através de uma perspectiva cognitivo-comportamental, utilizando as dimensões: Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas, do Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974b). Para tanto, propôs-se a: 1) verificar a avaliação dos usuários sobre o PSF; 2) verificar a avaliação dos não-usuários sobre o PSF; 3) verificar a avaliação dos profissionais das ESF sobre o PSF; 4) identificar pontos em comum entre a avaliação dos profissionais das ESF e dos usuários do PSF; 5) confrontar a avaliação dos profissionais e usuários do PSF com a realidade sanitária (USF).

#### **4.2. Delineamento e hipóteses**

Hipotetiza-se uma relação entre o papel dos gestores do município e o efetivo comprometimento destes com a saúde local em relação à satisfação e otimização das atividades da Equipe de Saúde da Família (ESF), tendo como consequência uma melhoria no atendimento aos usuários dos serviços de atenção básica à saúde. Desta forma, sugere-se que a avaliação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) é resultante das condições de trabalho proporcionadas pela gestão municipal de saúde para um efetivo desempenho do trabalho destes profissionais, operacionalizadas através da situação física, estrutural e organizacional das Unidades de Saúde da Família (USF); enquanto a avaliação dos usuários do PSF é consequência tanto dos aspectos organizacionais e estruturais das USF quanto do vínculo estabelecido com os profissionais das ESF.

Assim, em um primeiro momento as condições de trabalho das USF (estrutural e organizacional) constituirão as variáveis antecedentes enquanto a avaliação dos profissionais das ESF será a variável conseqüente da pesquisa. Enquanto em um segundo momento, a avaliação dos usuários do PSF será a variável conseqüente, enquanto os aspectos organizacionais e

estruturais das USF somados ao vínculo estabelecido com os profissionais da ESF serão as variáveis antecedentes.

### **4.3. Participantes**

A amostra foi composta de Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de João Pessoa, Paraíba, implementadas em quatro bairros da cidade, além de profissionais das ESF e das famílias da região adscrita destes PSF's.

A escolha do município de João Pessoa deveu-se às seguintes razões: 1) ter uma cobertura significativa do PSF; 2) ter sido alvo de estudo anterior de avaliação do PSF pelo TCU (2002); e 3) ser considerado neste estudo como apresentando potencial para melhoria no desempenho quanto à implementação do programa.

Foi selecionada uma amostra não-probabilística de cinco USF indicada por um especialista. Para a identificação das crenças dos profissionais da ESF acerca do PSF foram entrevistados em cada USF: um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde (ACS) e um auxiliar de consultório dentário (ACD), totalizando 30 profissionais.

A identificação das crenças das famílias cadastradas no PSF foi realizada através de uma amostra não-probabilística por quota de 65 pessoas (36 usuárias do PSF e 29 não usuárias), distribuídas por sexo e faixa-etária. Este tipo de amostra tem a vantagem de garantir a presença de todos os grupos de interesse do pesquisador na pesquisa.

### **4.4. Instrumento**

Os instrumentos utilizados foram: um questionário de avaliação das Unidades de Saúde da Família, uma entrevista semi-estruturada para os profissionais da ESF e um questionário de levantamento de crenças para a população, além de questões bio-demográfico (sexo, idade, nível

de escolaridade, profissão, quantidades de pessoas que moram na casa, entre outras) para uma melhor caracterização da amostra.

O questionário de avaliação das Unidades de Saúde da Família (USF) foi construído para uso exclusivo desta dissertação e é composto de questões que visam observar as mínimas condições de trabalho que devem estar presentes numa USF, conforme os critérios relatados na avaliação da implantação e funcionamento do PSF, realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000). Ele visa descrever como se apresentam as USF nos contextos estudados para uma confrontação com os relatos dos profissionais das ESF sobre suas condições de trabalho. Este questionário, que pode ser encontrado no Anexo I desta dissertação, engloba questões acerca da estrutura física das unidades, das especialidades técnico-profissionais que atendem na unidade, da organização do trabalho (identificação dos tipos de equipes multiprofissionais: equipe-aglomerado ou equipe-integração), da quantidade de insumos e remédios e das atividades desempenhadas na unidade (educativas, preventivas e/ou curativas), além da localização e disponibilidade de exames à clientela.

Para o desenvolvimento da entrevista semi-estruturada realizada com os profissionais das ESF com o intuito de averiguar as crenças destes profissionais acerca do trabalho em PSF, foi consultada uma bibliografia referente à equipe de saúde da família e aos fatores que influenciariam o desempenho efetivo do trabalho em PSF. Orientadas por um roteiro (ver Anexo II), as entrevistas com estes profissionais tiveram por objetivo: a) verificar se os fatores retirados da literatura se configuram no desempenho do trabalho em PSF; b) identificar outros fatores que influenciariam o desempenho efetivo do trabalho em PSF; c) identificar as crenças da ESF acerca do PSF; d) verificar se há diferenças nas crenças das categorias profissionais que compõem a ESF acerca do PSF. A entrevista engloba ainda uma questão relativa a percepção que o profissional da ESF tem acerca do impacto do PSF na população.

Para a identificação das crenças relativas ao PSF junto ao grupo de 65 membros das famílias cadastradas no PSF, foi utilizado um questionário de levantamento de crenças, do tipo check-list (Anexo III), baseado nas dimensões Barreiras e Benefícios percebidos do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974b). As entrevistas objetivaram: a) verificar as crenças dos usuários acerca do PSF; b) verificar as crenças dos não-usuários do PSF acerca deste novo modelo de atenção a saúde; c) verificar comunalidades entre as crenças destes dois grupos.

#### **4.5. Procedimento**

Foi efetuado um levantamento junto a Secretaria de Saúde do Estado para obter informações sobre a quantidade de USF implantadas no município de João Pessoa. A partir das informações obtidas e com a ajuda de um especialista na área foram selecionadas e contactadas as enfermeiras das cinco USF, responsáveis pela coordenação técnica das ESF, para solicitar a colaboração e a participação nesta pesquisa, bem como para viabilizar o acesso às informações necessárias e aos demais profissionais da ESF.

Após a permissão de realização da pesquisa, a pesquisadora realizou visitas de observação para conhecer a estrutura e o funcionamento das USF's e, com o auxílio da enfermeira e de observação direta, preencheu o questionário de avaliação das USF. Os profissionais da ESF foram apresentados pela enfermeira à pesquisadora que solicitou a colaboração em uma “pesquisa de opinião sobre o PSF”.

Através da ficha de cadastramento das famílias no PSF, a pesquisadora juntamente com os agentes comunitários de saúde solicitou a colaboração das pessoas para participarem de uma “pesquisa de opinião sobre o PSF”. As entrevistas foram realizadas de forma individual nas salas de espera de atendimento das USF e nas residências dos participantes onde eles receberam a informação de que se tratava de um estudo científico e tiveram o sigilo dos dados garantido. Foi utilizado um procedimento padrão em que os aplicadores eram previamente treinados e



orientados para intervir o mínimo possível nas respostas dadas pelos participantes, minimizando assim a possibilidade de viés de resposta.

#### **4.6. Análises de dados**

A avaliação das USF foi realizada através de uma análise descritiva da instituição em seus aspectos organizacionais, estruturais e materiais. As entrevistas foram categorizadas através de análise de conteúdo temática para verificar as crenças acerca do PSF tanto dos profissionais da ESF quanto dos usuários e não-usuários do PSF. Para tal, foi utilizado o critério de *saturação* para garantir que a variabilidade das respostas dos participantes fosse considerada representativa de suas categorias. Foram realizadas estatísticas descritivas dos dados bio-demográficos através do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), fornecendo informações mais acuradas acerca das características da amostra.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética do CCS/ UFPB. Os participantes da pesquisas foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas. Foi solicitado aos profissionais do PSF que assinassem um Termo de Consentimento Informado, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996). Este documento explicitava a solicitação aos profissionais da ESF que foram entrevistados para participação no estudo, por via escrita (assinada), informando ainda, que este consentimento garantia ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em constrangimento ou prejuízo de qualquer ordem.

## **Capítulo 5**

---

### **Resultados**

## 5.1 Caracterização das Unidades de Saúde da Família

As cinco Unidades de Saúde da Família que participaram deste estudo foram indicadas por um especialista em PSF e estão localizadas nos bairros de Mandacaru, Roger, Mangabeira e Ipês, com índices de desenvolvimento humano respectivamente de 0,520; 0,555; 0,584 e 0,724 (Beltrão, Ribeiro & Martins, 2004).

Inicialmente, a pesquisa consistiu em identificar a localização das USF selecionadas para o estudo. Apenas em uma Unidade de Saúde da Família foi encontrada placa de identificação o que problematizou a localização das USF pesquisadas, pois muitas vezes nem as pessoas da própria comunidade sabiam indicar onde funcionava o PSF.

Do total, três PSF funcionam em casas alugadas pela prefeitura, não fornecendo condições adequadas para realização das ações de saúde, pois são pequenas, possuindo geralmente três cômodos, sem iluminação nem ventilação adequadas, com a estrutura física comprometida por mofo ou rachaduras nas paredes. Frequentemente estas casas só possuem um banheiro que é utilizado tanto pelos profissionais da equipe quanto pela comunidade.

Os usuários do PSF esperam pelo atendimento geralmente nos terraços ou nos corredores destas casas, locais onde também são realizadas atividades de triagem, pesagem de crianças e entrega de medicação. As ações preventivas e educativas são realizadas frequentemente no terraço, no quintal ou no corredor das casas, pois não há um espaço adequado destinado a estas tarefas. A médica de uma USF relatou que às vezes solicita o prédio da associação do bairro quando organiza uma atividade que engloba uma grande quantidade de pessoas. Estas dificuldades são evidenciadas no discurso abaixo:

*“(...) o ambiente é pequeno, porque se a gente for fazer uma reunião, a gente tem que procurar uma associação do bairro...” (médica).*

Das cinco USF, uma está alojada onde funcionava antes uma Unidade Básica de Saúde (UBS), desativada pela Prefeitura, possuindo, assim, melhores condições de estrutura física, com catorze salas para realização das atividades sanitárias. Contudo, a retirada do posto de saúde acarretou insatisfação da comunidade que se deparou com a diminuição do número de profissionais para prestar os serviços básicos de saúde e, conseqüentemente, resistiu à nova estratégia de saúde da família. Esta situação fica evidente no relato que se segue:

*(...) simplesmente esvaziaram algumas unidades que já existiam, as unidades de saúde antigas, no sistema antigo de saúde, e jogaram - esta é que é a verdade, jogaram algumas equipes dentro de algumas unidades que já existiam, jogaram nesta unidade o PSF. (...) foi um impacto pra comunidade também porque uma unidade que tinha 4, 5, médicos, 3, 4 dentistas, 6 auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, e de repente eles foram jogados fora para vir uma equipe para cuidar destas famílias...” (auxiliar de enfermagem).*

Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (1998), as salas de vacinação das USF devem ter as paredes azulejadas; o que não ocorre em quatro das cinco USF. Este critério só foi atendido na USF que se instalou onde funcionava a Unidade Básica de Saúde (UBS), segundo denúncia do profissional ACS:

*(...) tem umas exigências do MS que a gente sabe que tem que demandar e que no meu posto não tem. Quais? A sala de vacina ela precisa ser forrada, necessita colocar nas paredes azulejos; a sala de curativos não é uma sala, a gente fez uma divisória lá no posto, ela fica aberta, que não pode ser aberta a gente sabe disso porque mexe com ferimento infectado... A nossa cozinha é só no tijolo, a casa é alugada, não é rebocada” (agente comunitário de saúde - ACS).*

No que se refere às atividades desenvolvidas, todas as USF pesquisadas realizam acompanhamento de pré-natal, assistência a puérpera, planejamento familiar, atenção à criança, atenção ao adulto, controle de diabetes, controle da hanseníase, controle de hipertensão, controle de tuberculose, controle de DST e visitas domiciliares. A maioria realiza ainda ações de vigilância epidemiológica, consulta ginecológica e ações voltadas para o idoso. Observou-se uma

carência nas USF de ações voltadas para o adolescente, bem como de coleta para exame papanicolau.

As atividades preventivas e educativas consistem freqüentemente em palestras sobre temas de saúde geral realizadas nas salas de espera antes do atendimento.

*“As atividades educativas inicialmente nós fazíamos, havia um turno, era quinta-feira à tarde, designada para fazer palestras (...) mas infelizmente nesta comunidade o pessoal não tem este hábito de participar de palestras, então foi muito difícil. (...) Então nós resolvemos mudar pra palestra de sala de espera: antes do atendimento é feita a palestra de forma assim rápida. São mais tópicos, dicas de saúde, não chega a ser uma palestra de 30 minutos” (enfermeira).*

Outra atividade bastante relatada foi a formação de grupos de discussão de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, e em menor proporção de adolescentes. Para estas atividades as USF contam com recursos limitados, tais como cartolinas e canetas hidrocor. Quando precisam de recursos audiovisuais, os profissionais da ESF levam de suas casas aparelhos de televisão, vídeo-cassete ou som.

No tocante às especialidades técnicas que compõem a ESF, todas as USF pesquisadas contavam com pelo menos um clínico geral, um enfermeiro, um dentista, cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário (ACD). Contudo, a equipe de apoio às ESF não está presente em todas as USF: apenas dois PSF possuíam auxiliar de serviços gerais para fazer a limpeza da unidade, duas USF possuíam vigilantes e uma única USF contava com um auxiliar administrativo.

Uma única ESF trabalhava em cada USF pesquisada, com o horário de funcionamento de 8 horas diárias; abrindo às 7:30 da manhã. O sistema de atendimento é por agendamento, o que não se diferencia da marcação de fichas, como era chamado no sistema antigo, conforme discurso abaixo:

*“As pessoas chegam 4 horas da manhã aqui. Hoje se chama “agendar” porque é um nome bonito, moderno, mas “tirar ficha” continua sendo o que a população continua dizendo e é a realidade. Se tira uma ficha pra dentista às 4 horas da manhã; às vezes até mais cedo” (dentista).*

O trabalho de três equipes possibilitou a integração dos profissionais de saúde que trabalhavam articulados entre si, tal como relato abaixo:

*“Quanto à equipe multidisciplinar, nós trabalhamos com médica, enfermeira, dentista, auxiliar de enfermagem, e os agentes de saúde, cada um com sua função, e ao mesmo tempo todos desenvolvendo um trabalho porque existem algumas funções que depende de todos.(...) nós temos uma equipe que está de parabéns. Nós nos damos muito bem” (médica).*

Contudo, em duas USF notou-se uma desorganização do trabalho multiprofissional, que utiliza estratégias de encaminhamentos para responder à denominação de equipe. Este tipo de organização do trabalho associa-se a insatisfação dos profissionais que relatam problemas interpessoais e desunião da equipe.

*“(...) a gente tá tendo dificuldade de unir as pessoas, por que essa equipe tava muito desunida (...) tá difícil da colaboração das pessoas aqui (...)a falta de união” (auxiliar de enfermagem).*

*“(...) organização multidisciplinar (...) interagir com as outras profissionais (...) Foi muito ruim muito ruim mesmo (...) Aqui existia muito problema interpessoal (...) O que eu não gosto são os problemas interpessoais que existe com a equipe e que dificulta” (dentista).*

Dos materiais e equipamentos básicos, todas as ESF contam com estetoscópio, termômetro, balança de adulto e infantil, material para retirada de ponto, nebulizador, autoclave e glicosímetro. Entretanto, em sua grande maioria ou estão danificados ou em estado inadequado para o uso. Outros materiais de necessidade básica como o tensiômetro, lanterna, sonar e otoscópio foram encontrados em três USF. Contudo, medicamento e soro para emergência e

estufas só foram relatados em uma USF, o que dificulta o trabalho do odontólogo e da ACD, no caso da estufa.

Os insumos básicos como soro, gases, seringas descartáveis, luvas, máscaras, material de enfermagem e curativos, assim como os formulários e as fichas de atendimento chegam em quantidades insuficientes para o trabalho dos profissionais.

*“... eu não recebi nenhum material, trabalhei até a semana passada, mas pra esta próxima semana se eu não receber material eu vou ter que parar o trabalho, o atendimento. (...) Eles pedem muito pra gente economizar em coisas que não dá pra economizar, luvas, gases... Como é que a gente vai economizar isto?” (dentista).*

*“Quanto a material, eles não mandam material, quando mandam é insuficiente tanto pra manutenção do nosso trabalho quanto pra limpeza do posto (...) Os equipamentos, a gente tem equipamentos já defasados e quando a gente pede o conserto deles é demorado. (...) Os materiais permanentes que são os materiais que usa no dia a dia, luvas, máscaras, seringas pra vacina, vem pouco, tipo a fita para medir a glicemia dos hipertensos (diabéticos) desde novembro que não vem” (ACS).*

Os medicamentos mais frequentemente encontrados nas USF são: contraceptivo, antiparasitário, sulfato ferroso, hipoglicemiantes, anti-hipertensivo; seguidos por antitérmicos, vitaminas, analgésicos e antibióticos. Todas as unidades relataram que o medicamento para tuberculose assim como o para hanseníase são enviados em caso de solicitação. Contudo, a política de distribuição de medicamentos não segue os padrões de necessidade de cada comunidade, e assim como os materiais e insumos básicos, os remédios chegam às USF em quantidade muito inferior a requisitada, acabando em poucos dias, tal como apontado no discurso da enfermeira:

*“Chega coisa que a gente não necessita e coisa que a gente realmente precisa não aparece. Sobra medicamento, já ontem eu levei ao distrito 6500 comprimidos de propanalol, por exemplo. Sobra propanalol, falta dicoxina e mais 4 medicamentos que são essenciais para o hipertenso e para o diabético. Não há uma política de medicamento, eles recebem o que vem do MS e mesmo assim quando abre o quite vem faltando um medicamento” (enfermeira).*

A precariedade de acondicionamento das vacinas é, com certeza, o ponto mais crítico das USF, pois em todas as USF as geladeiras estavam quebradas ou com problema de refrigeração.

*“A geladeira das vacinas, que é primeiramente importante, faz 6 meses que ta quebrada” (dentista).*

Em todas as unidades os exames (laboratoriais, radiológicos ou citopatológicos) mesmo os básicos, eram encaminhados para centros especializados.

Por fim, a qualidade do atendimento é bastante comprometida devido à grande quantidade de pacientes atendidos por dia. Nestas USF, a média de atendimentos médicos é de 23 pacientes por dia, de enfermagem é de 20 pacientes por dia e odontológicos é de 12 pacientes por dia (referente à quantidade de bandejas esterilizadas disponíveis). Ressalta-se, entretanto, que estes números refletem apenas os atendimentos curativos, não sendo contabilizadas as atividades preventivas e educativas que são a base do trabalho em PSF.

## **5.2 Caracterização dos profissionais da equipe de saúde da família**

Participaram da pesquisa 30 profissionais da equipe de saúde da família, cinco representantes de cada categoria profissional (médicas, enfermeiras, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário), dos quais 96,3% são do sexo feminino e com média de idade igual a 43 anos (DP=10,85).

A média de tempo de trabalho na equipe do PSF é de 2 anos e 3 meses (DP=1,05) representando uma certa maturidade destas profissionais no que se refere às estratégias de trabalho desenvolvidas no PSF. Das profissionais de nível superior, 61,54% possuem especialização ou residência médica, principalmente nas áreas de Medicina Preventiva e Social, Saúde Coletiva e PSF.



No tocante aos vínculos empregatícios, 66,7% dos profissionais entrevistados são funcionários da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) e os demais possuem sistemas de contratos informais sem vínculo empregatício (serviços prestados com contratos anuais).

Também foi relatada a inserção de alguns profissionais por indicação política, sem que estes tivessem qualquer qualificação para o cargo assumido, tal como apontado no discurso da ACD.

*“Eu não escolhi trabalhar no PSF. Dizem que emprego não bate na porta, pois este bateu na minha porta. Mandaram eu ir lá aí eu fiz o curso de auxiliar de consultório dentário e tô aqui. (...) Pra mim é uma experiência nova. Eu nunca trabalhei diretamente assim na área da saúde, também nunca gostei da área de saúde, mas quando entrei eu me acostumei(...) Não sabia o que era um extrator, nada, nada, nada” (ACD).*

Isto também fica evidente quando se observam as justificativas dos profissionais para trabalharem no PSF. Apesar de 89% afirmarem ter escolhido trabalhar nesta estratégia de atenção à saúde, 63% dos profissionais entrevistados apontam questões salariais como determinantes desta opção, principalmente os agentes comunitários de saúde (100%).

### **5.3 Análise das crenças da ESF e adequação das USF ao trabalho em PSF**

As crenças acerca do PSF elaboradas pelos profissionais de saúde da ESF, com base nos materiais coletados pelas entrevistas e ponderados pela análise temática de conteúdo, de acordo com o consenso de três pesquisadores, resultaram em quatro classes temáticas, nove categorias empíricas e quinze subcategorias.

A primeira classe temática refere-se à *Caracterização do Trabalho em PSF*, e subdivide-se em quatro categorias: *Concepção de PSF*, *Estratégias de Trabalho*, *Recursos Humanos* e *Percepções dos Profissionais sobre o PSF*, conforme quadro 1. A categoria *Concepção de PSF* compreende a subcategoria *paradigmas de atenção à saúde* abordada por 81,48% dos

profissionais das ESF. A categoria *Estratégias de Trabalho* engloba a subcategoria *Atividades* que foi apontada por 77,77% dos entrevistados. A categoria *Recursos Humanos* obteve um destaque bastante significativo (92,59%) no discurso da ESF e apresenta duas subcategorias *Perfil profissional* e *Equipe multiprofissional de trabalho*. Por fim, a categoria *Percepções dos Profissionais*, engloba a *Satisfação com o trabalho em PSF* e sendo verificada na fala de 88,88% dos entrevistados.

**Quadro 1.** Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática *Caracterização do trabalho em PSF*

<b>CLASSE TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
I. Caracterização do trabalho em PSF	1.1. Concepção de PSF	1.1.1. Paradigmas de atenção à saúde
	1.2. Estratégias de trabalho	1.2.1. Atividades
	1.3. Recursos Humanos	1.3.1. Perfil profissional 1.3.2. Equipe multiprofissional de Trabalho
	1.4 Percepções dos profissionais sobre o PSF	1.4.1 Satisfação com o trabalho em PSF

A segunda classe temática, que se refere à *Gestão do PSF*, subdividiu-se em duas categorias, conforme quadro 2. A primeira denominada de Operacionalização do Trabalho é apontada por 100% dos profissionais da ESF e possui três subcategorias: *condições de trabalho*, *sistema de referência* e *capacitações*. A segunda relativa à *Administração das condições de trabalho* que engloba a subcategoria *Percepções sobre os gestores* foi verificada no discurso de 77,77% dos entrevistados.

**Quadro 2.** Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática *Gestão do PSF*

<b>CLASSE TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
II. Gestão do PSF	2.1. Operacionalização do trabalho em PSF	2.1.1. Condições de trabalho 2.1.2. Sistema de referência 2.1.3. Capacitações
	2.2. Administração das condições de trabalho	2.2.1. Percepções sobre os gestores

*Concepção do PSF atribuída à comunidade pela ESF*, refere-se à terceira classe temática emergente nas entrevistas dos profissionais das equipes de saúde da família, e é composta por duas categorias: *Dimensão Cognitiva* e *Dimensão Relacional*, de acordo com o quadro 3. A primeira categoria engloba as subcategorias *Compreensão* e *Aceitação* e é relatada por 81,48% dos entrevistados, enquanto a última compreende a subcategoria *Vínculo ESF-comunidade* representando 59,26% da fala destes profissionais.

**Quadro 3.** Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática *Concepção do PSF atribuída à comunidade pela ESF*

<b>CLASSE TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
III. Concepção do PSF atribuída à comunidade pela ESF	3.1. Dimensão Cognitiva	3.1.1. Compreensão 3.1.2. Aceitação
	3.2. Dimensão Relacional	3.2.1. Vínculo ESF-comunidade

A quarta e última categoria referente à classe temática *Concepção de saúde* foi denominada de *Intersetorialidade das ações de saúde* e possui três subcategorias: *Educação*, *Saneamento Básico* e *Outros setores da sociedade*, conforme quadro 4, e surgiu em 37,04% das entrevistas.

**Quadro 4.** Distribuição das categorias e subcategoria da classe temática *Concepção de Saúde*

<b>CLASSE TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
IV. Concepção de saúde	4.1. Intersetorialidade das ações de saúde	4.1.1. Educação 4.1.2. Saneamento Básico 4.1.3. Outros setores da sociedade

#### 5.4 Caracterização dos usuários e não-usuários do PSF

A amostra foi composta por 65 pessoas, distribuídas por quota, através dos critérios de gênero, faixa-etária e por serem ou não usuários do PSF, sendo 53,8% mulheres (f=35), solteiras (53,8%, f=35), usuárias do PSF (55,4%, f=36) e com média de idade de 34 anos (DP=19,31) (Tabela 8).

**Tabela 8. Representação da amostra segundo a frequência nos extratos**

Faixa-etária	Usuários		Não usuários		Total
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	
Adolescente	6	7	6	8	<b>27</b>
Adulto	6	7	6	7	<b>26</b>
Idoso	4	6	2	0	<b>12</b>
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>65</b>

As faixas etárias foram compostas pelas idades de 14 a 21 anos (adolescente), 22 a 54 anos (adulto) e acima de 55 anos (idoso), sendo utilizado o critério de saturação das crenças para o preenchimento de cada célula. Deste modo, a amostra foi composta por: 41,5% de adolescentes, categoria que necessitou de maior número de participantes, devido à variabilidade de crenças; de

40% de adultos, possivelmente por dispor de uma maior amplitude de idade (mínimo = 22 anos e máximo = 54), desde o adulto jovem até o maduro; e 18,5% de idosos, devido à dificuldade de encontrar pessoas idosas não-usuárias, nas comunidades pesquisadas, posto que a maioria dos idosos utiliza os serviços prestados pelo PSF.

Quanto à escolaridade, 38,5% dos entrevistados relataram cursar (no caso dos jovens) ou só ter estudado (no caso dos adultos e idosos) o ensino fundamental. Esse baixo nível de escolarização está relacionado à localização dos quatro bairros nos quais a pesquisa foi realizada, geralmente nas proximidades da Unidade de Saúde da Família situadas na periferia da cidade onde os índices de desenvolvimento humano (IDH) são baixos.

Por fim, a maioria dos participantes possui renda mensal variando entre R\$ 300,00 (23,2%) e R\$ 600,00 (17,9%) e suas famílias são compostas por três (24,6%), quatro (32,3%) ou cinco pessoas (18,5%), geralmente pais e filhos, além de parentes próximos (tios, primos e avós).

### **5.5 Análise das crenças dos usuários e não usuários**

As respostas dos 65 membros das famílias cadastradas na área adscrita do PSF foram analisadas e classificadas em duas categorias, a saber:

- 1) *Benefícios percebidos* – referem-se às vantagens percebidas pelos indivíduos em realizar ações que previnam algum problema de saúde; tais como, ir ao PSF e/ou utilizar seus serviços;
- 2) *Barreiras percebidas* – compreendem os aspectos negativos envolvidos na ação de proteção à saúde; por exemplo: como a demora no atendimento.

Tomando como base o Modelo de Crenças da Saúde (Rosenstock, 1974b), este estudo propõe que a satisfação com o PSF será o resultado da percepção de benefícios menos as barreiras percebidas na realização do comportamento de prevenção a saúde; ou seja, serão avaliadas as vantagens e desvantagens em realizar este comportamento. Assim, de maneira geral, os indivíduos que percebem mais vantagens em ir ao PSF e/ou utilizar seus serviços de saúde

estarão mais satisfeitos com este modelo de atenção à saúde do que àqueles que percebem mais desvantagens.

Hipotetizou-se que as variações da avaliação das famílias acerca do PSF são resultado de variações de características bio-demográficas, tais como sexo e faixa-etária; e da utilização dos serviços do PSF. Desta forma, a amostra foi cotizada em homens e mulheres, representados pelas faixas etárias: adolescentes, adultos e idosos, tanto que utilizavam como que não utilizavam os serviços do PSF. As sínteses das crenças apresentadas por cada seguimento serão apresentadas a seguir.

#### ***5.5.1 Crenças dos não-usuários do PSF***

Os não-usuários do PSF relataram que não utilizam este serviço porque não necessitam, porque não adoecem, porque vão a outros médicos ou porque têm planos de saúde. Mesmo não utilizando o PSF, 46,67% das mulheres não-usuárias julgaram que o maior benefício desta estratégia é possibilitar à comunidade carente o acesso aos serviços de saúde e ao medicamento gratuito. Outro benefício citado por 26,67% delas, se refere à proximidade do PSF, em relação as suas residências. Quanto aos homens não-usuários, apesar de 42,86% não conseguirem identificar os benefícios do PSF, os remédios e a proximidade em relação à sua moradia foram citados por 14,28% deles.

Observou-se, uma maior dificuldade no tocante à identificação das limitações (barreiras) desta estratégia de atenção à saúde, por este grupo de não-usuários. Apenas 13,33% das mulheres não-usuárias referiram-se à pequena quantidade de profissionais – uma única equipe para atender uma grande quantidade de pessoas. Enquanto 20% delas citaram o horário de marcação de consulta, que exige que os usuários acordem de madrugada para garantir o atendimento. Entre os homens não-usuários, 28,57% tiveram dificuldades em identificar as desvantagens do PSF e 35,71% relataram não haver desvantagens. Em resumo, as pessoas não-usuárias identificaram,

como principal impacto do PSF na comunidade, a assistência à saúde gratuita e próxima de suas casas (ver Tabela 9).

**Tabela 9.** Categorias e sub-categorias de crenças dos não-usuários sobre o PSF

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Benefícios Percebidos no PSF	Acesso ao serviço de saúde	Atendimento a população carente
	Medicação	Remédio gratuito
	Inserção na comunidade	Proximidade de casa
Barreiras Percebidas no PSF	Não sabem (42,86 % dos homens)	
	Quantidade de profissionais	Poucos profissionais = poucos atendimentos
	Agendamento da consulta no PSF	Acordar de madrugada para agendar uma consulta para o PSF
	Não sabem (28,57 % dos homens)	
	Não há (35,71 % dos homens)	

### 5.5.2. Crenças dos usuários do PSF

De maneira geral, os usuários utilizam os serviços do PSF: a) para serem atendidos pela equipe de saúde; b) para consultar o médico porque adoeceram; c) porque têm algum problema de saúde; e d) para buscar remédio.

70% das mulheres usuárias e 62,5% dos homens usuários relataram que o principal benefício do PSF é a proximidade em relação às suas casas. Este fator também se mostrou decisivo para 83,33% dos adolescentes homens usuários. O bom atendimento dos profissionais da equipe de saúde (atendimento humanizado) e o atendimento diferente, que aborda o aspecto preventivo e de promoção da saúde, também foram citados como benefícios do PSF por 55% das usuárias e por 43,75% dos usuários. Nota-se ainda que 18,75% dos usuários e 30% das usuárias

apontaram a medicação gratuita como um benefício do PSF. Em relação às idosas, 66,67% disseram que este fator possui uma importância fundamental nas suas vidas.

A pequena quantidade de profissionais (uma única equipe), que se reflete nos poucos atendimentos, foi identificada como principal barreira do PSF por 50% das mulheres usuárias e por 43,75% dos homens usuários. Outras desvantagens, citadas por 35% das usuárias e por 25% dos usuários, foram o horário de agendamento das consultas e a demora no encaminhamento para o médico especialista, constituindo-se como barreiras para a eficiência do PSF.

O atendimento de saúde próximo à comunidade foi visto como o principal impacto do PSF na comunidade pelos usuários e usuárias do PSF. Além disso, as mulheres ressaltaram o modo diferente, mais humano, de atender o paciente, enquanto os homens valorizaram mais o acesso gratuito ao atendimento (Tabela 10).

**Tabela 10.** Categorias e sub-categorias de crenças dos usuários sobre o PSF

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE ANÁLISE</b>
Benefícios Percebidos no PSF	- Atendimento da ESF	- diferente (prevenção e promoção da saúde) e humanizado (profissionais)
	- Medicação - Inserção na comunidade	- remédio gratuito - Proximidade de casa
Barreiras Percebidas no PSF	- Quantidade de profissionais	- Poucos profissionais, equipe única = poucos atendimentos
	- Demora para encaminhar ao médico especialista - Agendamento da consulta no PSF	- Desorganização da Central de Marcação de Consultas para o médico especialista - Acordar de madrugada para agendar uma consulta para o PSF



### 5.5.3 Similaridade nas crenças de usuários e não usuários

O fato do PSF ser próximo de casa foi apontado tanto pelas mulheres usuárias como pelas não-usuárias, consistindo em uma similaridade de crenças acerca dos benefícios deste fator. A pequena quantidade de profissionais para atender a demanda também foi citada, por ambas as categorias (usuárias e não-usuárias), como uma barreira do PSF. Estas mulheres também apresentaram diferenças no que se refere à renda ( $t = -2,68$ ;  $p = 0,16$ ) e à quantidade de pessoas que moram na mesma casa ( $t = -2,23$ ;  $p = 0,35$ ), como apontado pelo teste  $t$  de *Student* apresentado na Tabela 11.

**Tabela 11.** *Test-t Student* para renda e quantidade de pessoas que moram em casa

		N	Média	Desvio Padrão	$t$	Df	$P$
Renda	Usuária	18	491,67	256,45	-2,68	17,42	0,016
	Não usuária	13	868,46	457,91			
Nº de pessoas	Usuária	20	3,90	1,25	-2,23	24,60	0,035
	Não usuária	15	5,06	1,71			

A renda das mulheres entrevistadas variou de R\$200,00 a R\$ 1.500,00. O teste  $t$  apresentou uma diferença significativa quanto a este aspecto, sugerindo que as mulheres usuárias do PSF têm uma renda média inferior à renda média das mulheres não-usuárias. Este dado revela uma realidade importante na medida em que mostra uma diferenciação na percepção das mulheres usuárias e não-usuárias, mesmo quando estas moram na mesma comunidade e desfrutam de situações sociais semelhantes.

O teste  $t$  também apresentou uma diferença significativa entre mulheres usuárias e não-usuárias, no que diz respeito ao número de pessoas que moram em casa. As mulheres usuárias do PSF possuem uma média de pessoas que residem em casa menor do que a média das pessoas que residem nas casas das mulheres não-usuárias. Isto pode ser explicado pelo fato da família atual

ser composta não apenas de pais e filhos, mas também de outros parentes morando na mesma casa, tais como primos, tios, avós. Deve-se levar em conta que estes dados ainda são limitados, devendo ser investigados mais profundamente em pesquisas futuras.

Quanto aos homens, a entrega de remédios foi o único fator apontado tanto pelos usuários como pelos não-usuários do PSF, mostrando uma concordância no que se refere a este benefício. Não foram encontradas diferenças significativas para os homens usuários e não-usuários no tocante às características bio-demográficas.

As discussões a respeito das categorias emergentes tanto dos discursos dos usuários e não-usuários do PSF quanto dos profissionais das equipes de saúde da família serão discutidas no capítulo seguinte.

## **Capítulo 6**

---

### **Discussão**

## 6.1 Perfil profissional e condições de trabalho da ESF a partir da análise das USF

Apesar de todas as USF possuírem a equipe mínima de profissionais de saúde, apenas duas dispõem de equipe de apoio composta por auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e vigilante. A ausência desta equipe de apoio na maioria das USF tem causado problemas no atendimento da comunidade, sobrecarga e sentimentos de frustração nos profissionais da ESF, bem como sensação de insegurança, tal como relatado nos depoimentos abaixo:

*“Ela (a auxiliar de enfermagem) não dá conta do serviço, é muito diversificado. Então isto gera frustração um pouquinho. Não dá conta, a gente não dá conta. Isto gera insatisfação tanto dos profissionais quanto de pessoas da comunidade. O fato também de não contarmos com agentes administrativo, o ACS é que tem que fazer a parte do prontuário, buscar prontuário, fazer o acolhimento da comunidade e até mesmo a triagem, porque a verificação de pressão já é com auxiliar de enfermagem. Enquanto isto, enquanto o ACS está lá de plantão na unidade neste acolhimento, ele deixa de fazer as visitas domiciliares que é justamente a parte principal uma vez que o ACS é que é o elo de ligação da comunidade com a ESF. Sem eles não haveria PSF.” (enfermeira).*

*“Agora a questão da limpeza (...) é necessário diariamente de manhã e de tarde pra lavar os lençóis das macas, as toalhinhas, eu acho que deveria ter mesmo uma pessoa contratada porque às vezes os agentes tão atendendo uma criança que ta com diarreia faz cocô e suja o chão ou vomita” (médica).*

*“(...) o que falta, eu acho mais importante é a segurança para os profissionais, semana passada teve um assalto no PSF 1, foram dez minutos de assalto, foi um terror, e aqui a gente trabalha ... a equipe da gente é só mulheres, e nesta unidade não tem nenhuma segurança, nada e a gente fica exposta...” (Auxiliar de Consultório Dentário - ACD).*

Observou-se nas ESF uma proporção massiva de profissionais do sexo feminino, fenômeno também apontado em outros estudos (Ferraz & Aerts, 2005; Machado, 2000) podendo ser compreendido como consequência da grande demanda de escolarização por parte das mulheres a partir da década de 60, momento em que a sociedade brasileira passava por importantes transformações em relação aos ideais femininos. Assim, a participação feminina no

ensino superior aumentou bastante em todas as profissões; contudo, a escolha por profissões da área de saúde pode ser culturalmente determinada pelo papel de cuidadora que a mulher representa na sociedade, sendo responsável pela educação, alimentação e saúde de suas famílias, característica de algumas carreiras de natureza essencialmente feminina.

Seguindo uma tendência nacional, as Equipes de Saúde da Família da cidade de João Pessoa foram implementadas em áreas de risco, nas quais o Estado deveria prover serviços básicos de saúde direcionados aos grupos populacionais pobres e marginalizados, promovendo o acesso dos setores mais excluídos, prioritariamente os grupos com maiores vulnerabilidades sociais, a estes serviços.

Isto pode ser verificado, observando-se os valores dos índices de desenvolvimento humano (IDH) dos bairros das cinco USF pesquisadas. Ressalta-se, neste momento, que o IDH pode ser utilizado para compreender a saúde da população de uma determinada localidade, pois ele é calculado a partir da articulação de três indicadores concretos: a educação, a longevidade e a renda *per capita*, consistindo em medidas subjetivas de bem-estar e qualidade de vida. O IDH permite abstrair o nível sócio-econômico da população residente naquela localidade, bem como fatores de risco, a exemplo dos índices de violência. Quanto mais próximo de um, melhor será o índice de desenvolvimento humano de uma localidade. Desta forma, os cálculos do IDH dos bairros onde se localizam as USF pesquisadas indicam condições sócio-econômicas semelhantes à da maioria das USF do país, geralmente implementadas em bairros periféricos.

De acordo com Senna (2002) e Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002), o fato do PSF ter sido implementado em áreas periféricas onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde faz com que a demanda espontânea seja alta, contribuindo para que os profissionais identifiquem este fator como nó crítico na realização de suas atividades.

A primeira categoria emergente do discurso dos profissionais da ESF acerca da caracterização do seu trabalho, *Concepção do PSF*, refere-se ao esforço por parte dos

profissionais de compreender a lógica desta estratégia de atenção à saúde a partir do que foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) ancorados na experiência do seu funcionamento. Denota-se que a subcategoria *Paradigmas de atenção à saúde* está dimensionada em dois eixos, o PSF enquanto estratégia que vislumbra uma ruptura do paradigma vigente, configurando-se como a dimensão operacional de um novo modelo de atenção à saúde; e os vestígios do modelo bio-médico (flexneriano) que se apresentam através das dificuldades de romper com o modelo curativista e cartesiano de saúde. Observou-se uma coexistência de dois modelos de atenção à saúde que são paradoxais, no entanto regem a lógica dos profissionais das ESF contrapondo-se, por vezes, aos princípios apregoados pelo Programa de Saúde da Família.

O modelo flexneriano, adotado oficialmente como paradigma da saúde consolidou-se em virtude das recomendações apontadas pelo relatório encomendado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos a Abraham Flexner, em 1910, cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo continente americano. Foi baseado num paradigma fundamentalmente biológico que compreendia os fenômenos vitais de modo mecanicista, gerando, entre outras coisas, “o culto à doença e não a saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde” (Scherer, Marino & Ramos, 2005, p. 57). Este modelo bio-médico hegemônico de raiz positivista está de acordo com o conceito de saúde vigente na época quando a saúde era entendida como ausência de doença.

No Brasil, este modelo tem sido historicamente predominante no que se refere à assistência à saúde refletindo uma prática médica curativa e individual, de caráter hospitalar. Todavia, ele não respondia aos problemas da organização das ações e serviços de saúde de maneira absoluta pois não atendia às necessidades de saúde da população.

A tentativa de rompimento deste paradigma só ocorreu a partir da criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), reflexo de uma série de demandas sociais que questionam o

conceito de saúde e colocam-no como condição de cidadania exigindo medidas equânimes no cerne do movimento da reforma sanitária. São incorporados princípios de organização do sistema: descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado, bem como princípios doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, de integralidade da assistência – compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde; e de participação da comunidade (Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990). Estes princípios que emergiram na sociedade nas décadas de 70 e 80 foram incorporados posteriormente como alicerces do SUS, e nortearam todas as ações de atenção básica no país.

As propostas de diferentes grupos e articulações tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde - SILOS norteiam o Programa Saúde da Família, que por sua vez incorpora e reafirma os princípios do SUS. Estes princípios aliados ao trabalho em equipe multiprofissional, com território definido, adscrição da clientela e vigilância sanitária, foram acolhidos por todos os gestores do país, pelo menos no discurso, e apresenta-se como uma proposta substitutiva do modelo flexneriano, sugerindo um diferencial do PSF no cenário das políticas públicas de saúde brasileiras.

Desta forma, o PSF passou a ser evidenciado como a principal estratégia de consolidação do modelo de saúde proposto – o Sistema Único de Saúde, “este sim uma proposta de paradigma nesta área, que tenta romper com o modelo hegemônico” (Scherer, Marino & Ramos, 2005, p. 60). O modelo SUS em implantação, no qual o PSF se constitui como a dimensão operacional, pode ser visto como o paradigma revolucionário em saúde trazendo respostas aos problemas não solucionados pelo paradigma dominante e reorientando as pesquisas que analisam estes problemas.

Entretanto, Franco e Merhy (1999) alertam para o fato de que mudar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, requer fundamentalmente interferir nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los, ambos, em sujeitos produtores do cuidado em saúde. Isto não é tarefa simples!

O modelo flexneriano serviu de base para a formação dos profissionais de saúde durante cerca de 70 anos e, conseqüentemente, ainda orienta a prática destes profissionais que estão atuando nos serviços de saúde, desde o mais baixo ao mais alto nível de complexidade. Por conseguinte, o processo de trabalho, a formação profissional e a cultura institucional continuam reforçando as práticas deste modelo.

Observa-se que os saberes e as práticas destes dois modelos (flexneriano e SUS) encontram-se em forte confronto no cotidiano dos serviços de saúde, e pode ser percebido especificamente nas relações entre os profissionais das equipes multiprofissionais de trabalho e no trato com os usuários destes serviços, tornando compreensível a emergência desta subcategoria (Paradigmas de atenção à saúde) no discurso dos profissionais da ESF.

Scherer, Marino e Ramos (2005) afirmam notoriamente que a saúde está em crise, justamente pelo período caracterizado pela transição de um paradigma a outro. Este período de transição pode ser bastante longo e representa a reconstrução de um campo de investigação a partir de novos fundamentos, que necessita renovar e produzir novos instrumentos, alternativos aos existentes, capazes de solucionar os problemas de saúde da população brasileira.

Deve-se ressaltar, contudo, que o fato do SUS denunciar as falhas do modelo flexneriano, propor novas formas de conceber os problemas e buscar soluções, não invalida o conhecimento produzido anteriormente nem alguns dos fundamentos deste modelo (a especialização profissional, o caráter curativo, a adoção de tecnologias, entre outros). O novo modelo do SUS visa apontar os limites explicativos daquele modelo e sua insuficiência em lidar com o fenômeno



da saúde em sua expressão mais social, adequando-se a realidade sanitária brasileira na qual os problemas de saúde estão profundamente interligados a determinantes sócio-econômicos e culturais. Logo, a assistência baseada neste novo modo de compreensão procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes do sujeito (Alves, 2005).

Neste direcionamento, a abordagem dos profissionais inseridos no PSF não deve se restringir à assistência curativa, mas aproveitar o encontro com o paciente como oportunidade de investigar fatores de risco à saúde e executar ações preventivas, a exemplo da educação em saúde – o que significa uma profunda modificação das estratégias de trabalho adotadas nas ações de saúde. As *Estratégias de trabalho* retratam a segunda categoria temática abordada pelos profissionais de saúde entrevistados compreendendo as atividades realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da família. Estas refletem duas formas de trabalho: o trabalho educativo e o curativo, aparecendo no discurso dos profissionais com a mesma ambigüidade que surgiram na discussão da concepção de PSF, demonstrando que coexistem formas de trabalhar orientadas por ambos paradigmas.

O reflexo da crise paradigmática no setor da saúde faz com que os profissionais das equipes do PSF utilizem em sua prática a lógica do trabalho educativo, embasados nos ideais de promoção e prevenção à saúde; bem como o curativo; estando de acordo com o princípio da integralidade que sugere ao PSF ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora (Ministério da Saúde, 1997). Tarefa esta que se constitui como desafio constante na prática do PSF.

É neste contexto que a prática dos profissionais também se encontra marcada pelo discurso hegemônico transmitido pela sociedade no curso do desenvolvimento da educação em saúde. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção de saúde, constituindo-se como um recurso através do qual o

conhecimento científico produzido no campo da saúde atinge a vida cotidiana das pessoas (Alves, 2005). A partir da mediação dos profissionais de saúde são explicitados os condicionantes do processo saúde-doença oferecendo subsídios para que a população adote novos hábitos e condutas de saúde.

Dentre os diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde, Vasconcelos (1999) destaca a atenção básica como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde devido a maior aproximação entre profissionais e usuários, com ênfase nas ações preventivas e de promoção de saúde. No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais da ESF voltada para a emancipação e o desenvolvimento do auto-cuidado dos indivíduos.

Entretanto, em sua história, a educação em saúde, respaldada pelo avanço científico, voltou-se principalmente para as classes subalternas caracterizando-se pelo autoritarismo, com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanização (a exemplo da campanha de vacinação contra a varíola imposta por Oswaldo Cruz). Sua prática era orientada por um discurso biologicista que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilando as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. O surgimento dos problemas de saúde era decorrente do não cumprimento das normas de higiene recomendadas pelos profissionais e a mudança de atitudes e comportamentos dos indivíduos garantiriam a resolutividade destas enfermidades.

Este tipo de pensamento baseado no paradigma flexneriano é veiculado até os dias atuais e muitos profissionais de saúde acreditam que a educação em saúde se produz através de recomendações autoritárias e da assimilação passiva das prescrições normativas impostas por estes profissionais; não obtendo uma mudança significativa na adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Desta forma, a comunicação profissional-usuário caracterizar-se-ia pelo estilo informativo no qual o profissional, detentor do saber técnico-científico com *status*

de verdade, assume uma postura autoritária recomendando hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde, e espera que a partir das informações recebidas os usuários sejam capazes de tomar decisões para a prevenção de doenças e agravos, assumindo novos hábitos e condutas.

Este modelo de educação em saúde vem sendo repensado, principalmente a partir dos anos 70 – época em que os movimentos sociais questionam o conceito de saúde, período decisivo para a efetivação da reforma sanitária; recebendo muitas críticas principalmente devido a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Ao conceber o usuário como destituído de um saber sobre a saúde desconsidera-se que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo saúde-doença-cuidado estabelecidos no senso-comum e partilhados pelo grupo de pertença daquele sujeito. Notou-se, portanto, a falibilidade das estratégias de comunicação informativas, buscando-se adotar uma comunicação dialógica com o intuito de compreender os fatores de vulnerabilidade que estão presentes no cotidiano daqueles indivíduos e que contribuem para aquisição e/ou manutenção dos problemas de saúde.

A partir da década de 60, com o advento da Medicina Comunitária e da Educação Popular em Saúde, os profissionais de saúde aproximaram-se das classes mais populares e dos movimentos sociais locais. Esta convivência com a dinâmica do processo de adoecimento e de cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações permitiu uma reorientação das práticas destes profissionais com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados. Neste momento rompe-se a verticalidade da relação profissional-usuário, valorizando-se as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e, pelo diálogo, buscam a explicitação e compreensão do saber popular.

“O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com os serviços de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (Alves, 2005, p. 132).

A transformação da relação profissional-usuário configura-se como essencial para a efetivação do modelo de atenção à saúde condizente com os princípios e diretrizes que compõem o SUS. Contudo, na realidade dos PSF de João Pessoa constatou-se uma divergência deste ideal teórico: a compreensão do trabalho educativo por parte dos profissionais da ESF reproduz, na maioria das vezes, as características hegemônicas anteriormente apontadas onde o profissional transmite de forma autoritária e desvinculada da realidade da população um discurso epidemiológico muitas vezes não compreendido, muito menos adotado pela comunidade, em reuniões e palestras que se aproximam de aulas expositivas sobre temas de saúde geral. Este achado converge com outras pesquisas (Souza & Carvalho, 2003; Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002) que têm demonstrado que as atividades preventivas no âmbito do PSF são operacionalizadas principalmente através de palestras e grupos temáticos (adolescentes, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos) que, através de reuniões periódicas, monitoram a evolução do paciente e se limitam a informá-los acerca dos cuidados com a saúde e o sucesso dos tratamentos. Souza e Carvalho (2003) alertam que a responsabilização do paciente pelo seu próprio estado de saúde é uma estratégia comumente utilizada nestes grupos pelos profissionais de saúde.

Alves (2005) alerta para a necessidade dos profissionais da ESF conhecerem primeiramente os indivíduos para os quais se destinarão as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos, papéis além das condições em que vivem, para posteriormente envolvê-los nestas ações. O objetivo da educação em saúde na estratégia do PSF não é meramente informativo, mas visa transformar os saberes existentes desenvolvendo nos indivíduos habilidades que estimulem a autonomia e a responsabilidade no cuidado com a saúde através da

compreensão da situação sanitária daquela localidade, seja em espaços convencionais como nos grupos educativos ou em espaços informais, tal como a visita domiciliar. Estas práticas educativas devem ser emancipatórias, capacitando os indivíduos a decidirem quais estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

Ayres (1996) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor da saúde, dentre as quais se encontra a estratégia do PSF. Nota-se, desta forma, a premissa que todo o profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial para sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia. Alves (2005) afirma que é a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares que profissionais e usuários poderão construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. O autor afirma ainda que somente com a valorização do espaço das relações interpessoais estabelecidas pelo PSF como contextos de práticas educativas, é que os significados e sentidos, individuais e coletivos, do processo saúde-doença-cuidado serão elaborados pelos profissionais e usuários de modo a provocar mudanças duradouras nos hábitos e nos comportamentos de saúde.

A flexibilidade para aderir a estes pressupostos implica em um perfil profissional particular dos recursos humanos que devem ser recrutados para compor a equipe de saúde da família. É neste cenário que os *Recursos Humanos* aparecem como a terceira categoria apontada pelos profissionais entrevistados na temática da caracterização do trabalho em PSF, abrangendo questões referentes ao perfil dos profissionais e ao trabalho em equipe multiprofissional.

Os recursos humanos são freqüentemente apontados por diversos autores (Scherer, Marino & Ramos, 2005; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; Campos & Belisário, 2001; Nemes Filho, 2001) como o maior entrave para o desenvolvimento de resultados eficazes no âmbito do PSF devido à falta de capacitação e ao perfil inadequado dos profissionais que atuam neste serviço.

Como dito anteriormente, a formação dos profissionais de saúde é fortemente arraigada em princípios condizentes com o paradigma flexneriano orientando suas práticas e colocando o médico como figura central no cenário da saúde. De acordo com Campos e Belisário (2001), os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital, havendo uma carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos para atender as necessidades impostas pelo novo paradigma.

Como visto no capítulo de resultados, dos 30 profissionais de saúde pesquisados, 67% são funcionários da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) e foram remanejadas de outros setores dos serviços de saúde para o PSF. Ressalta-se, entretanto, que 16,66% (f = 5) são ACS e não possuem vínculos empregatícios, mas contratos anuais de prestação de serviços. Assim, analisando-se os 25 profissionais de saúde entrevistados de nível médio e superior, este número sobe para 83,33%, implicando em esvaziamento da rede municipal de atenção básica à saúde, onde já existe uma defasagem de trabalhadores de saúde em relação à demanda populacional, que busca o SUS por não ter alternativa.

Esta política de remanejamento dos profissionais de outros setores de saúde para o PSF se dá através de concursos internos, entrevistas e análise de currículo; entretanto, na maioria das vezes, o perfil profissional mais adequado a este tipo de trabalho não serve de critério de escolha, pois frequentemente se encontram profissionais aposentados e cargos assumidos por pessoas que foram indicadas por políticos comprometendo, desta forma, os serviços prestados à população.

A remuneração salarial foi a questão mais envolvida na escolha de trabalhar no PSF, principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Segundo Ferraz e Aetrs (2005), com o crescimento dos programas em que os ACS estão inseridos, abrem-se em todo o país oportunidades de emprego às populações mais carentes, já que os únicos pré-requisitos, além de morar na comunidade, são saber ler e escrever. Assim, as pessoas da comunidade, diante do

desemprego, encontram no PSF uma forma de re-inserção ocupacional, mesmo que não tenham vínculo empregatício.

As entrevistas com as profissionais da Equipe de Saúde da Família sugerem que existem duas linhagens de profissionais que trabalham no PSF: os recém formados que acabaram de sair dos cursos universitários e como não têm experiência optam por trabalhar no PSF como alternativa ao desemprego e os profissionais do sistema de saúde formal em final de carreira, próximos a se aposentar ou já aposentados que tem o PSF como uma complementação de renda.

Nesta pesquisa foi observado um grande investimento pessoal por parte dos profissionais da ESF em capacitações profissionais, fato que está em acordo com o estudo de Nemes Filho (2001) apontando os cursos de especializações em variadas áreas e residências em Medicina Preventiva e Social como a principal estratégia adotada para o desenvolvimento de recursos humanos para trabalhar no PSF. Ressalta-se, contudo, que a maioria destes profissionais buscou os cursos de pós-graduação após a entrada no programa, indicando, por um lado, a necessidade de educação continuada nesta área – o que lhes daria maior respaldo para lidar com as novas questões impostas por esta estratégia de trabalho, e por outro, uma forma de se manter no emprego devido à instabilidade dos vínculos empregatícios.

Nemes Filho (2001) ressalta também que estes cursos se limitam a formar sanitaristas para intervenções em ações específicas de saúde pública, tal como vigilância sanitária, ou em capacitar os profissionais para exercer cargos de gerência dos serviços, caracterizado atualmente como a gestão municipal de saúde. O autor observa ainda que a atual conjuntura é favorável a uma mudança na formação acadêmica impulsionada pela exigência do mercado de trabalho criado pelo PSF que requer uma transformação radical no perfil do profissional que presta atendimento, principalmente devido à articulação entre os profissionais mediante um processo de trabalho baseado na multidisciplinaridade da equipe, no vínculo com a clientela e na presença de um médico generalista, bem como outros trabalhadores.

Apesar dos princípios do PSF se revelarem contra-hegemônicos na lógica da organização dos serviços e nas práticas de saúde, os processos de trabalho ainda seguem um esquema paradoxal à sua ideologia. Rocha e Trad (2005) alertam que o médico mantém com os outros profissionais e pacientes, relações marcadas pela imediatez refletindo um poder consolidado graças a um saber técnico que é transmitido e cristalizado em redes de interações sociais.

Os profissionais envolvidos na equipe de trabalho dominam os conhecimentos para realização das atividades específicas de suas qualificações; no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional – e reforçados por toda uma conjuntura histórica, política e ideológica já abordada na discussão do paradigma flexneriano, dominam o processo de trabalho em saúde.

Quanto à divisão do trabalho em saúde, Peduzzi (2001) afirma que a prática dos médicos é fundadora de técnicas modernas sendo, portanto, núcleo original de especialização do trabalho. Assim, os trabalhos que se separam ou se agregam ao trabalho médico constituem um conjunto diversificado de profissionais necessários à totalidade das ações que podem viabilizar a atenção integral à saúde dos indivíduos. Contudo, estes trabalhos se configuram não somente diferentes tecnicamente, mas possuem desigual valorização social. Assim, a partir da análise desta temática, Peduzzi (2001) enunciou que o trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação entre os profissionais.

Em sua dissertação de mestrado, Bastos (2003) ratificou as idéias de Peduzzi (2001) ao demonstrar que apesar do discurso com conteúdo igualitário os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre a hierarquia entre profissionais e não-profissionais, principalmente no que se refere ao nível instrucional (médio e superior) e as categorias profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas). Resultados semelhantes foram relatados por Silva e Trad (2005) que, a partir da análise da articulação técnica e da interação entre os



profissionais do PSF, discorrem sobre o fato dos profissionais ocuparem uma posição diferenciada no âmbito da hierarquia profissional e socioeconômica.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) alertam que quando a equipe é multiprofissional e estes possuem autoridades desiguais surge uma tensão a partir do embate entre a complementaridade das ações e a interdependência e a busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais.

O poder exercido de forma desigual entre os membros do grupo, a depender das situações de discrepância, podem gerar ao longo do tempo divisões e rachas dentro do próprio grupo (Albuquerque & Pontes-Palacios, 2004) comprometendo, desta forma, a integração e o trabalho da equipe. Para evitar este fim, Peduzzi (2001) sugere que as relações de subordinação entre os profissionais sejam transformadas pela prática comunicativa que permitiria discriminar e manter as diferenças técnicas de trabalhos executados pelos profissionais. Ribeiro, Pires e Blank (2004) também indicam como alternativa a este conflito uma união entre a autonomia técnica aliada à articulação das ações garantindo, desta forma, a eficácia e eficiência dos serviços oferecidos pela equipe multiprofissional.

Adotada como estratégia de enfrentamento das dificuldades apresentadas por este novo modelo de atenção à saúde, a *Equipe multiprofissional de trabalho* constitui a segunda subcategoria da categoria Recursos Humanos que emergiu das entrevistas com a ESF.

Segundo Almeida e Mishima (2001), o estabelecimento de equipes multiprofissionais é um dos elementos chaves para o desenvolvimento do trabalho em Saúde da Família. Este fato é explicado por Ribeiro, Pires e Blank (2004) quando advogam que a expressão da multidimensionalidade das necessidades de saúde (individuais ou coletivas), o conhecimento sobre o complexo objeto e as intervenções nele – processo saúde-doença de indivíduos e/ou grupos, requerem múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade de ações, demandando a recomposição dos trabalhos especializados, com vista à assistência integral.

Tal como relatado por Campos e Belisário (2001), a segmentação da prática médica, a incorporação tecnológica e a complexificação da assistência à saúde desenvolveram-se de forma exponencial a ponto de gerar uma crise de financiamento que atingiu não apenas os países pobres. É neste cenário que a equipe multiprofissional de trabalho tem sido colocada como forma de solucionar os problemas advindos da complexidade da atenção básica de saúde.

Entretanto, Silva e Trad (2005) advertem que a multiprofissionalidade não pode ser compreendida como condição *sine qua non* para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral. Corre-se o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações num mesmo espaço laboral que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, se utilizando da comunicação instrumental para interagirem. Este tipo de trabalho consiste em justaposição de ações, utilizando-se do encaminhamento para respaldar a denominação de equipe, consistindo no que Peduzzi (2001) chamou de equipe-aglomerado.

Ao discutir a organização do processo de trabalho em equipes de saúde, Campos (1997) propõe a possibilidade de se trabalhar com as noções de campo e núcleo do conhecimento. No campo se encontram os saberes e as responsabilidades comuns a diversas categorias profissionais, já os núcleos compreendem os específicos; portanto, apesar do PSF ter situações que demandam ações em conjunto, característica do trabalho em equipe, cada profissional tem atribuições específicas relativas aos seus núcleos de competência.

Assim, ao estudar o trabalho da equipe multiprofissional de saúde, Peduzzi (2001) define-o como “uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais” (p. 109), mediada através da comunicação-ação (ou agir-comunicativo). Este deve ser orientado a partir de um projeto assistencial comum construído pela equipe, ter ênfase na flexibilização do trabalho, bem como articular a complementaridade e colaboração entre os profissionais com

autonomia técnica. Crevelim (2005) também ressalta a necessidade de se conseguir o relacionamento consciente e coordenado dos profissionais da ESF para que o conjunto do trabalho executado se constitua como um movimento em direção a um só fim e não na justaposição alienada de certa quantidade de trabalhos desconexos. Deste modo, o trabalho em equipe pressupõe a interação entre pessoas envolvidas que se posicionam de acordo para coordenar seus planos de ação.

Os pressupostos de equipe multidisciplinar em saúde apresentados anteriormente estão de acordo com os resultados de um estudo com trabalhadores e conselheiros de uma Unidade de Saúde da Família da Zona Leste de São Paulo (Crevelim, 2005), no qual a equipe emergiu como expressão de divisão do trabalho, como espaço para dividir e buscar soluções para os problemas de colaboração recíproca, como necessidade de conhecimento entre seus componentes, e reconhecimento das diferentes personalidades e valores de seus membros. Nesta pesquisa, a noção de trabalho em equipe estava associada à interação entre os profissionais, integralidade da atenção à saúde, co-responsabilidade e planejamento compartilhado através do diálogo entre os integrantes da equipe.

Todavia, outros estudos (Silva, 2004; Bastos, 2003) citam que apesar dos profissionais apontarem o trabalho em equipe como fundamental para a operacionalização do PSF existem obstáculos que impedem a consolidação efetiva e a maior integração das equipes de saúde da família, tais como a concepção desigual de equipe nas diferentes categorias profissionais, a existência de hierarquia entre profissionais e não-profissionais e a não construção de um projeto assistencial comum.

No que se refere às formas de trabalho das ESF pesquisadas, verificou-se, por um lado, a existência do que Peduzzi (2001) chamou de equipe-agrupamento, caracterizada pela justaposição de ações e encaminhamentos tornando mais complexo o trabalho da ESF com a comunidade; e por outro, uma equipe-integração constituída por profissionais que atuam

conjuntamente em uma estrutura de equipe multidisciplinar de trabalho, discutindo os casos e buscando soluções de forma integral resultando em maior satisfação dos usuários com este serviço. Os resultados mostram ainda que, apesar da maioria dos profissionais relatarem a existência de integração da equipe de saúde; as odontólogas e auxiliares de consultório dentário relataram se sentirem excluídas. Baldani, Fadel, Possamai & Queiroz (2005) justificam o déficit de integração com a equipe como consequência da odontologia não estar presente desde o início do programa, só fazendo parte da ESF a partir de 2000.

Outro ponto relevante que surgiu nas entrevistas no tocante a equipe multiprofissional foi a disparidade entre o trabalho prescrito para cada profissional que está contido no documento formulado pelo MS (1998) e o trabalho real desempenhado por estes no cerne do PSF.

Muitas pesquisas (Crevelim, 2005; Ferraz & Aerts, 2005; Nascimento & Nascimento, 2005; Rocha & Trad, 2005; Silva & Trad, 2005; Schimith & Lima, 2004; Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002; TCU, 2002) têm abordado o aspecto da sobrecarga de trabalho presente em todas as categorias profissionais consequência não apenas da grande quantidade de famílias sobre responsabilidade da equipe mas também da carência de serviços de atenção básica nas áreas de abrangência em que estas equipes foram implantadas, o que faz com que estes profissionais tenham que assumir uma duplicidade de papéis trabalhando ora como PSF ora como Unidade Básica de Saúde - UBS.

Na prática, esta multiplicidade de atribuições aos profissionais das ESF tem-se mostrado como um obstáculo ao anseio em substituir o modelo curativo – que continua compondo a maior parte das atividades da equipe, por outro, com características predominante preventivas e promocionais. Os autores relatam ainda o alto nível de *stress* e de cansaço dos profissionais frente às demandas e as adversidades enfrentadas.

Além da grande demanda interna de trabalho dos profissionais do PSF (construção de um projeto assistencial comum, organização dos cronogramas de atividades preventivas e educativas,

reuniões de articulação dos trabalhos, monitoramento dos resultados das ações efetivadas buscando integrar todos os profissionais da equipe), a sobrecarga de trabalho se agrava ainda mais em decorrência das freqüentes solicitações da coordenação municipal, geralmente na busca de dados para programação de campanhas de vacinação, entrega do cartão SUS, recenseamento da área adscrita, dentre outras solicitações. Abandona-se o que havia sido programado para atender em tempo hábil estas solicitações que envolvem principalmente os agentes de saúde e as enfermeiras – responsáveis técnicas pelo grupo que acabam por responder pela direção da USF já que a coordenação municipal transfere para elas toda responsabilidade relativa à unidade, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipe e às atribuições administrativas e burocráticas (a exemplo da alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB).

Além de todas as questões discutidas anteriormente, o convívio diário com a problemática social da comunidade, com a precariedade das condições de trabalho, os baixos salários e os conflitos internos foram apontados por Souza e Carvalho (2003) como os principais elementos que comprometiam a qualidade do trabalho em equipe, e conseqüentemente, a assistência à população. Neste estudo, dois psicólogos acompanharam uma equipe de saúde da família e fizeram intervenções com o intuito de melhorar o diálogo entre as categorias profissionais, melhorar a convivência e elevar a motivação do grupo. Ao longo do processo, os autores notaram uma melhoria na comunicação e interação entre os profissionais da equipe.

Este dado nos leva a pensar em duas possibilidades de atuação: a inclusão de um psicólogo na ESF como categoria permanente para mediar relações profissionais e otimizá-las de maneira a se tornarem mais produtivas, tal como um psicólogo organizacional (Albuquerque & Puentes-Palacios, 2004) ou o psicólogo capacitando estas equipes antes mesmo delas começarem a atuar, fazendo parte da educação continuada destes profissionais com o intuito de desenvolver

habilidades interpessoais que facilitarão tanto sua relação com os outros profissionais quanto com os usuários deste serviço de saúde.

A visão do PSF para os profissionais da ESF é freqüentemente mergulhada em um conflito de emoções que, por um lado reflete a satisfação de trabalhar num programa baseado em ideais no qual a saúde deve ser equânime e integral a todos (Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002); e por outro, o reflexo da insatisfação de trabalhar em condições físicas inadequadas e materiais insuficientes, o que reforça a idéia de o PSF ser uma estratégia pobre para os pobres (Schimith & Lima, 2004; Senna, 2002). Esta contradição compõe a quarta e última categoria da caracterização do trabalho em PSF elencada pelos profissionais.

Os aspectos positivos do trabalho apontados pelos profissionais do PSF englobam o empenho e a motivação profissional permitindo que o confronto com a realidade adversa da saúde pública brasileira seja percebida pelos membros da equipe como abertura à experimentação através de novas linguagens de trabalho. Em uma pesquisa realizada por Bertoncini (2000; citado por Ribeiro, Pires & Blank, 2004) em Santa Catarina, os profissionais das equipes do PSF relataram satisfação em identificar mudanças nas práticas assistenciais decorrentes do processo de trabalho na estratégia do PSF, sendo as principais a atuação comprometida, baseada no vínculo de co-responsabilidade, a maior adesão da população à estratégia do PSF, o desenvolvimento de um trabalho diferenciado dos demais serviços de saúde pública, o trabalho voltado para a promoção de saúde, prestação de assistência integral e contínua para a população, a redução das internações hospitalares, melhoria no acesso da população a rede básica de saúde, o acompanhamento das doenças mais procedentes, a introdução de práticas assistenciais inovadoras, além de utilização de outras que não condizem com o modelo de atenção bio-médico hegemônico.

Apesar do trabalho no PSF pretender constituir-se em estratégia estruturante e resolutiva dos problemas do novo modelo assistencial do SUS, os estudos sobre a realidade atual, após doze

anos de sua implementação no Brasil mostram que existem tantos pontos positivos nesta proposta quanto dificuldades a serem superadas no que tange à condição de trabalho dos profissionais da equipe de saúde da família. Desta forma, as condições físicas e materiais em que se encontram as Unidades de Saúde da Família, juntamente com a precarização do trabalho em PSF facilmente observada através dos baixos salários, da flexibilização das formas de contratação das equipes (comentada por todos os ACS) e dos trabalhadores sem qualificação profissional para o exercício de ações de saúde, são relatados pelos profissionais da ESF como aspectos negativos do trabalho que se traduzem em insatisfação profissional. Estes resultados também foram encontrados em outras pesquisas (Ribeiro, Pires & Blank, 2004; TCU, 2002).

Em uma pesquisa com profissionais de saúde do SUS de Natal, Dimenstein e Santos (2005) relatam que:

“... as precárias condições de trabalho presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais vêm refletindo de forma considerável em todas as categorias, tanto no que se refere à motivação, ao interesse e à disposição para o trabalho quanto nas relações que se estabelecem com a equipe e a clientela. Apesar dessas condições, os profissionais vivenciam certo grau de satisfação com o trabalho, ancorado no prazer de estar exercendo a profissão escolhida e de estar contribuindo, de certa forma, para a melhoria da saúde pública” (Dimenstein e Santos, 2005, p.107).

Numa pesquisa sobre o significado do trabalho entre os profissionais de saúde, Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) encontraram que estes trabalhadores tendem a desejar um trabalho que lhes oportunize possibilidades de auto-expressão e realização pessoal além de garantir sua sobrevivência pessoal e familiar. Contudo, percebem também no trabalho a exigência de uma grande responsabilidade que se traduz em desgaste e desumanização devido às precárias condições de trabalho; o que é incompatível com o nível de responsabilidade exigida. Assim, a percepção negativa da realidade concreta de trabalho destes profissionais sugere que seus ideais de auto-expressão e realização pessoal não se concretizarão no seu ambiente laboral, afetando

significativamente a percepção de justiça social. Estes fatores podem contribuir para a insatisfação dos profissionais do PSF com seu trabalho. Além disso, os autores também relataram que a manutenção dos alvos de auto-expressão e realização pessoal elevados nestes profissionais é importante para acreditar que é possível obter justiça no trabalho; o que pode explicar, pelo menos em parte, a satisfação de alguns profissionais de saúde apesar das adversidades enfrentadas no seu cotidiano de trabalho.

Em um outro estudo, Alves Filho e Borges (2005) objetivaram a motivação dos profissionais do SUS para realizar seus trabalhos encontrando, felizmente, que 69% dos participantes da pesquisa estavam acima da média no Inventário de Motivação e Satisfação no Trabalho. Contudo, os 31% restantes que se encontram desmotivados constituem uma grande parcela de profissionais atuando nos serviços de saúde pública, o que pode comprometer significativamente a qualidade do serviço prestado.

Os autores encontraram ainda que os profissionais de saúde tendem a estar mais motivados quanto mais percebem boas condições de trabalho. Contudo, avaliam seu desempenho no trabalho como pouco útil para atingir seus ideais de justiça no trabalho. Isto pode ocorrer também devido à percepção de apadrinhamentos políticos, já referido anteriormente na caracterização dos profissionais, em que algumas pessoas são indicadas para trabalhar no setor público por afiliação política.

Campos (1997) sugere, como medida paliativa para alterar positivamente a subjetividade desses trabalhadores (diminuição de conflitos, aumento de envolvimento com o programa, sentimentos de valorização profissional), a combinação de salários fixos com outras variáveis de pagamento, tal como gratificação pelo alcance de metas. Reis (2003), no entanto, consegue ser mais fecundo ao propor que os salários dos profissionais fossem adequados ao índice de desenvolvimento humano – IDH da localidade em que atua, permitindo que estes trabalhadores se sentissem recompensados financeiramente pelas adversidades que deverão enfrentar no



cotidiano do trabalho em PSF. Estas possibilidades não devem, contudo, minimizar a responsabilidade dos gestores na administração desta estratégia requerendo para eles a provisão de condições de trabalho minimamente dignas para que as ações de saúde consigam atingir seu fim.

Este eixo temático norteia a discussão da classe temática *Gestão do PSF*, refletidas em grande parte pelos aspetos negativos percebidos pelos profissionais no trabalho em PSF, principalmente no que se refere às precárias condições de trabalho, ao desorganizado sistema de referência e às capacitações profissionais.

A falta de investimento nas condições estruturais e materiais de trabalho no PSF, como pode ser observada na caracterização das Unidades de Saúde da Família, é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS. Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) relatam que a percepção dos profissionais de saúde sobre seu trabalho reflete a contradição no cenário do SUS em que na teoria existe “um arrojado conjunto de princípios traçados em sua concepção e uma ideologia de enaltecimento dos propósitos sociais do trabalho, enquanto vivencia uma prática marcada pelo baixo investimento de recursos” (p.180).

A percepção negativa da realidade concreta de trabalho destes profissionais sugere que seus ideais de auto-expressão e realização pessoal não se concretizarão no seu ambiente laboral, afetando significativamente a percepção de justiça social. Estes fatores podem contribuir para a insatisfação dos profissionais do PSF com seu trabalho. Além disso, os autores também relataram que a manutenção dos alvos de auto-expressão e realização pessoal elevados nestes profissionais é importante para acreditar que é possível obter justiça no trabalho; o que conseqüentemente aumentaria a satisfação destes trabalhadores, podendo explicar, pelo menos em parte, a satisfação de alguns profissionais de saúde apesar das adversidades enfrentadas no seu cotidiano de trabalho. Para tanto, é indispensável que a gestão elucide a problemática das condições de trabalho, compatibilizando-as com a responsabilidade exigida.

É este paradoxo entre, por um lado, os ideais expressos nos princípios do SUS, e por outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde, que rege as crenças dos profissionais que trabalham neste setor acerca da satisfação/ insatisfação com o trabalho em PSF. Estas crenças são direcionadas, conseqüentemente, para os gestores de saúde, que são vistos pela equipe do PSF entrevistada como provedores de suas condições de trabalho; sendo, desta forma, suas percepções acerca dos gestores baseadas nos aspectos operacionais deste trabalho. Desta forma, pode-se concluir que as variações da avaliação dos profissionais sobre os gestores de saúde estão fortemente relacionadas às condições de trabalho que estes oferecem à equipe do PSF.

A análise das entrevistas mostrou que uma grande parte dos profissionais avaliou negativamente os gestores e àqueles que os avaliaram positivamente basearam-se nas promessas de melhoria das condições de trabalho, como por exemplo, a construção e o equipamento de Unidades de Saúde da Família (USF). Esta avaliação predominantemente negativa dos gestores está relacionada principalmente a fatores estruturais, materiais e organizacionais das Unidades de Saúde da Família. A inadequação da infra-estrutura física das USF e a falta de abastecimento das USF com materiais e insumos básicos (luvas, soro, remédios) são queixas que emergiram freqüentemente nas entrevistas dos profissionais da equipe do PSF.. Diversas pesquisas (Dimenstein & Santos, 2005; Rocha & Trad, 2005; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; TCU, 2002) já apontaram resultados semelhantes retratando a realidade precária da atenção básica de saúde no Brasil.

Outro aspecto bastante relatado pelos profissionais foi a carência de oferta de serviço de saúde na atenção básica fazendo com que o PSF atue como Unidade Básica de saúde já que não existe outra opção de atendimento e a população não tem condições financeiras de buscar um serviço particular (Dimenstein & Santos, 2005). Na pesquisa de Trad, Bastos, Nunes e Santana (2002) os profissionais também alertaram para o fato de atuarem em áreas descobertas nas quais

havia um déficit na oferta de serviços destinados à saúde. Assim, o PSF atua não como um posto de apoio no qual as atividades preventivas e promocionais são seus principais objetivos, mas como uma unidade básica de saúde com atendimento predominantemente curativo.

A insuficiência de recursos humanos com perfil de PSF obrigou os gestores a contratarem profissionais que necessitavam ser capacitados para trabalhar no PSF. Entretanto, os profissionais relataram que nem todos os componentes da equipe tiveram qualquer tipo de capacitação, nem mesmo o curso introdutório do PSF. Em consonância com este resultado, autores (Trad, Bastos, Nunes & Santana, 2002; Nemes Filho, 2001) relatam que os profissionais consideram que poderiam atuar melhor no PSF se houvesse um processo mais eficaz na capacitação da equipe, alertando sobre a dificuldade dos Pólos de Capacitação em manter as atividades de educação continuada no ritmo programado.

A precarização do vínculo contratual de trabalho observada através da flexibilização das formas de contratação das equipes foi apontada principalmente pelos ACS como uma das principais causas de insatisfação dos profissionais com o trabalho em PSF, sendo confirmada por estudos anteriores na área (Ribeiro, Pires & Blank, 2004; TCU, 2002).

Por fim, o sistema de referência e contra-referência também é citado pelos profissionais entrevistados como outro entrave de responsabilidade da gestão do PSF, tal como apontado em diversos trabalhos (Rocha & Trad, 2005; Trad, Bastos, Nunes & Santana, 2002; TCU, 2002; Souza & Carvalho, 2003). A massiva implantação do PSF a partir de 1998 nos municípios brasileiros visou ampliar a cobertura para arrecadar incentivos financeiros para o setor da saúde sem garantir uma estrutura adequada para os níveis de média e alta complexidade. Isto problematizou a integração do PSF ao restante do sistema de saúde.

Estes fatores sugerem que o PSF foi comercializado desde o início da sua criação. O modo como os incentivos para sua implementação foram distribuídos fez com que os administradores interessados na verba federal implantassem diversas ESF nos municípios sem

qualquer preocupação com a adequação das estruturas físicas, com a qualidade do serviço, com os profissionais recrutados e com a disponibilização de materiais e insumos básicos essenciais para o trabalho em saúde. Observa-se que a política de apadrinhamento também pode ser responsável pelo recrutamento de profissionais sem perfil de PSF, fator apontado por diversos autores como principal nó crítico do programa (Scherer, Marino & Ramos, 2005; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; Campos & Belisário, 2001; Nemes Filho, 2001).

A terceira categoria, *Concepção do PSF atribuída à comunidade pela ESF* reflete a percepção dos profissionais da ESF acerca das dimensões cognitiva e relacional dos usuários deste serviço. A dimensão cognitiva reflete a percepção dos profissionais da ESF acerca da compreensão que a comunidade tem sobre o PSF.

Os profissionais entrevistados demonstraram ter consciência da dificuldade da população em entender as regras de funcionamento do PSF e reconhecem que as oficinas realizadas no momento da implantação do programa não foram suficientes para sensibilizar e informar as pessoas sobre esta nova estratégia de atenção à saúde. Estes dados estão em consonância com a pesquisa de Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002), demonstrando que os usuários freqüentemente não sabem o que é PSF. Segundo os autores, os usuários têm dificuldade em visualizar o PSF ou identificar sua lógica de funcionamento. Assim, o PSF foi ancorado na compreensão da comunidade como um “posto de saúde”, tendo como conseqüência uma maneira distorcida de sua utilização.

Esta dificuldade em compreender a proposta do PSF compromete a aceitação da população que requer da equipe atendimento curativo, não valorizando o trabalho educativo pois este tira os profissionais da USF minimizando o tempo destinado ao trabalho clínico. Pesquisas (Dimenstein & Santos, 2005; Trad, Bastos, Santana & Nunes; 2002) apontam que a presença do PSF não supre a demanda dos usuários que requerem um maior número de consultas e de profissionais para o atendimento, além de remédios e exames laboratoriais. Ressalta-se, portanto,

que os usuários e profissionais utilizam perspectivas diferentes na avaliação do serviço de saúde, onde os primeiros enfatizam a lógica da necessidade, enquanto os últimos destacam a do atendimento pautado nos ideais preventivos e promocionais do PSF.

Este conflito de interesses entre profissionais e usuários levou a resistência de determinados grupos populares que não aceitaram a proposta, reagindo de forma negativa às estratégias de educação preventiva desenvolvidas pelos profissionais da ESF. Essa resistência é, na maioria das vezes, resultante de uma realidade social de extrema precariedade que encontra no PSF única alternativa de acesso aos serviços de atenção básica à saúde (Dimenstein & Santos, 2005; Senna, 2002).

Apesar da pouca compreensão do programa e da dificuldade de aceitação da população no início da implementação do PSF, os profissionais relatam a existência de um vínculo muito forte entre eles e os usuários, caracterizado pelo paradoxo da confiança/cobrança – expressão da dimensão relacional. Por serem vistos como mediadores entre os profissionais de saúde da equipe do PSF e a comunidade atendida, os agentes comunitários de saúde (ACS) relataram que freqüentemente são vetores de desabafo da população, sendo a categoria mais atingida pela cobrança dos usuários mediante suas insatisfações com o serviço. Em contrapartida, relatam também a satisfação com a expressiva confiança da comunidade em contar-lhes fatos de sua vida particular e em pedir-lhes orientações relacionadas ou não a situações de enfermidade. Resultados semelhantes também foram encontrados por Ferraz e Aerts (2005) ao analisarem o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF.

Neste sentido, Chiesa e Veríssimo (2003) argumentam que para criar um ambiente de confiança, a ênfase das ações dos profissionais da ESF deve dirigir-se à construção do diálogo com o cuidado de utilizar linguagem acessível e clara. O diálogo pode ajudar o trabalhador a conhecer e entender a realidade do usuário, sua visão de mundo, sendo este um passo importante para estabelecer uma relação de confiança.

Schimith e Lima (2004) advogam que acolhimento e vínculo são características que dependem da produção de trabalho em saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Ele resulta das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso aos serviços. Nesse encontro entre profissionais e usuários, dá-se uma negociação visando à identificação de suas necessidades, no intuito de desenvolver um vínculo objetivando estimular a autonomia quanto à sua saúde.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos no que se refere aos cuidados com sua saúde. O autor alerta que a constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe: do lado do paciente, somente constituir-se-á vínculo quando ele acreditar que a equipe pode contribuir, de algum modo, para a defesa da sua saúde; do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados.

No caso do PSF, a condição básica para a construção do vínculo está na capacidade das equipes se responsabilizarem pela saúde integral do conjunto de pessoas que vivem em uma micro-região; ou seja, pela capacidade das equipes de se encarregarem de todos os casos que exigem um atendimento especial seja em razão de doenças ou de outros fatores que aumentem a vulnerabilidade das pessoas (idade, gestação, uso de drogas, dificuldades existenciais, sociais, entre outros).

Todavia, Schimith e Lima (2004) alertam ainda que o vínculo deve ser extensivo a toda equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. Assim, é necessário que o projeto de

acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda equipe, a fim de que se concretize no processo de construção do trabalho.

Franco, Bueno e Merhy (1999) consideram o vínculo como:

“(...) a diretriz que, acoplada ao acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo, definitivamente, a divisão do trabalho compartimentada e saindo da lógica agenda/consulta para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde” (Franco, Bueno e Merhy, 1999, p. 352).

Acolhimento e vínculo retratam os pressupostos básicos da implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, a qual implementou na rede de atenção básica ações, tais como: a) elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; b) incentivo as práticas promocionais de saúde; e c) formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços – fim das filas, hierarquização de riscos e acesso aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde; visando aumentar a satisfação dos usuários com estes serviços.

Uma pesquisa com os usuários do serviço de atenção básica à saúde de Natal, Rio Grande do Norte (Dimenstein & Santos, 2005) revelou que as expectativas em relação ao atendimento se referem basicamente a dois aspectos: o bom acolhimento e o bom atendimento. O primeiro diz respeito à realização de uma prática humanizada. O segundo relaciona-se com os aspectos técnico e institucional. As autoras ressaltam, que apesar de haver no discurso das entrevistadas uma ênfase na humanização como principal fator no relacionamento profissional-paciente; as usuárias consideram que os aspectos relatados são complementares e representam o desejo de um atendimento que articule resolutividade com qualidade. Em relação à percepção do comprometimento dos profissionais com o trabalho, relataram ainda que a questão da

humanização no atendimento dos profissionais teve maior incidência no discurso das usuárias entrevistadas. As autoras concluem então que: a) o acolhimento está vinculado à questão da resolutividade na medida em que aumenta a confiança no tratamento ofertado; e b) as perspectivas das usuárias em relação aos cuidados em saúde articulam três aspectos: acesso amplo e de qualidade, resolutividade e uma prática profissional humanizada.

Franco e Magalhães Junior (2003) reforçam este pensamento ao afirmarem que a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, em conjunto com a ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional-usuário, que surge de sujeitos atuantes no campo da saúde.

Todavia, os profissionais entrevistados apontam outro entrave no trabalho em PSF: a necessidade de articulação entre a saúde e outros setores da sociedade. As ações de saúde isoladas não conseguem resolver os problemas sanitários pois, em muitos casos, eles são derivados de situações sócio-econômicas e culturais desfavoráveis, havendo, portanto, carência em outros setores, tais como o nível educacional da população para compreender as orientações de saúde e a presença de um sistema de Saneamento Básico naquela localidade. Essa temática compreende a quarta e última categoria referente à classe temática Concepção de Saúde, e aborda a urgência pela *Intersetorialidade das ações de saúde*.

A idéia de que a doença era unicamente determinada pela via biológica e hereditária compõe um dos axiomas do paradigma flexneriano (Contandriopolus, 1998). Contudo, evidências científicas apontam que há uma multideterminação no processo saúde-doença, este passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre os fatores sociais, econômicos e culturais (Alves, 2005). Cohen, Cynamon, Kligerman e Assumpção (2004) estão de acordo com este pensamento afirmando que a saúde está relacionada com o modo de viver das pessoas e suas interações com o meio ambiente. Diversos autores (Melo Filho, 2002; Volich, 2000; Dejours,



1997) assumem ainda a possibilidade de variáveis psicológicas serem determinantes neste processo, contribuindo para agravar ou amenizar o quadro sintomatológico.

As relações existentes entre os contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos e a saúde são particularmente complexas, se apresentando através do crescente aumento de doenças crônicas não contagiosas, do aparecimento de novas doenças sexualmente transmissíveis, da permanência de doenças infecto-parasitárias devido à falta de infra-estrutura urbana básica, e do crescimento da violência urbana devido ao uso de drogas e a outros fatores comportamentais, como o *stress* da vida cotidiana. Entretanto, os diversos modelos de interpretação das informações disponíveis permitem compreender que estes fenômenos fazem interagir vários níveis de análise variando do macro ao microsocial.

Segundo Contandriopoulos (1998), o estado de saúde é influenciado de maneira inequívoca pelas características contextuais como o *status* social, o nível de educação, a ocupação, a riqueza do ambiente durante a infância, o suporte social, entre outros, existindo um gradiente entre a posição ocupada em função destes indicadores e a saúde. Dados publicados pelo Ministério da Saúde (2002) indicam que a população urbana no Brasil chega a 80% da população total, sendo que 50% vivem em áreas de favela; apontam ainda que 80% dos mais ricos possuem saneamento básico enquanto 32% dos 40% mais pobres não têm esse benefício. Estes dados refletem a realidade brasileira no tocante à precariedade habitacional, à deterioração da qualidade de vida e ao impacto que ambientes insalubres têm na saúde das pessoas comprovando a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas públicas envolvidas com a questão da saúde.

Apesar dos esforços da sociedade em redemocratizar o país que culminaram por alcançar grandes avanços em 1988, principalmente com a elaboração da Constituição que definiu a saúde como direito humano básico e com a criação do SUS que possui em seu arcabouço princípios de Promoção de Saúde, tais como universalidade, integralidade e equidade, resultando na melhoria

da qualidade de vida da população; uma análise da realidade do país demonstra que o Brasil ainda se apresenta muito dividido por setores fragmentados em suas ações, desvinculando o social do econômico.

Na medida em que a saúde e o tratamento das doenças foram reconhecidos como direitos, reconhece-se a responsabilidade do Estado em tomar uma decisão em implantar e fazer funcionar dispositivos equitáveis e eficientes da distribuição de recursos em função do bem coletivo. Neste sentido, o Governo Federal buscou elaborar estratégias capazes de operacionalizar esta interação por intermédio da elaboração de políticas públicas saudáveis, que exigem a ação intersetorial e de uma nova institucionalidade social, se materializando através de propostas como o Programa Saúde da Família que tem em sua lógica central conceitos como territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias.

No entanto, a intersetorialidade ainda se apresenta como um nó nesta estratégia de atenção à saúde. Ao analisarem o PSF, Souza e Carvalho (2003) afirmam que a melhoria na prestação de serviços desta estratégia passa não só pela organização das ações do programa, mas pela articulação intersetorial entre as diversas instâncias envolvidas no processo de promoção da saúde e bem-estar.

Uma constante na fala dos profissionais foi à necessidade desta articulação para otimizar o trabalho da equipe do PSF, principalmente nos setores de educação e saneamento básico. As estratégias adotadas pela ESF, principalmente a educação em saúde, necessitam de respaldo destes setores para que atinjam seu fim. Um outro ponto abordado foi o trabalho conjunto entre o PSF com outras instâncias, tal como o serviço de coleta de lixo, contribuindo para minimizar a exposição da população atendida a este foco de doenças.

Não obstante, Cohen, Cynamon, Kligerman e Assumpção (2004) orientam que, para enfrentar o desafio da consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde, é

necessário articular as políticas públicas de habitação, de saúde, de ambiente e de infra-estrutura formando alianças intersetoriais em uma visão holística, integradora e multidisciplinar.

A observação das condições de trabalho e funcionamento das Unidades de saúde da Família foi de extrema importância na identificação de fatores que comprometiam a otimização desta nova estratégia de atenção à saúde, possibilitando a verificação das informações fornecidas pelos profissionais das equipes do PSF, além de se constituir como instrumento de compreensão das realidades sanitárias das localidades em que estas USF estavam implantadas.

## **6.2 Análise do perfil e crenças dos usuários e não-usuários do PSF**

Deve-se lembrar que como a amostra foi distribuída por quota houve um esforço por parte da pesquisadora para tentar igualar o número das mulheres ao dos homens. Ainda assim, observou-se que na amostra há uma leve predominância de mulheres, resultado encontrado também por Dimenstein e Santos (2005) ao avaliarem a satisfação dos usuários em relação aos serviços de atenção básica à saúde, podendo sugerir tanto uma maior preocupação da mulher com sua saúde quanto reforçar o papel culturalmente determinado à mulher de responsável pela manutenção, recuperação e preservação da saúde da família. É importante alertar também que as mulheres são mais facilmente encontradas em casa nos períodos em que a pesquisa foi realizada (matutino e vespertino) do que os homens.

A partir da análise das crenças em relação ao PSF percebe-se que esta estratégia de atenção à saúde ainda não foi assimilada pela população. Tanto os usuários quanto os não-usuários ancoram sua compreensão no modelo assistencial curativo dos postos de saúde, confirmado o que foi encontrado no estudo de Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002). Há uma dificuldade em visualizar o PSF ou identificar sua lógica de funcionamento, o que impulsiona à não utilização do programa por quem não adoeceu – de acordo com as justificativas dos não-usuários. Este desconhecimento ou desinformação sobre o PSF faz com que, na maioria das

vezes, estas pessoas não saibam identificar os benefícios ou as barreiras desta estratégia de atenção à saúde e, conseqüentemente, relatem que este serviço não tem influência na sua vida.

Esta dificuldade foi percebida nos usuários que utilizam o PSF prioritariamente para consultas clínicas, devido a algum problema de saúde ou para buscar medicação. A utilização inadequada do PSF pode ser reflexo da falta de compreensão da população sobre o PSF, o que também foi constatado neste estudo. Esta falta de compreensão foi provocada por um sistema de saúde que colocou as Unidades de Saúde da Família como substitutas das Unidades Básicas de Saúde, sem atentar para as especificidades de cada serviço. Isto comprometeu a visualização adequada do sistema sanitário municipal.

Uma das características básicas do PSF é requerer um comportamento pró-ativo de seus usuários, no sentido de incentivar a busca da USF para prevenir doenças e promover a saúde. Isto exige que este novo perfil seja estimulado, através da explicitação dos ideais do programa para a população. Contudo, os resultados demonstraram que as oficinas realizadas, até o momento, foram insuficientes para que a população compreendesse a proposta do PSF.

Todavia, ao analisar as crenças dos usuários, nota-se que eles conseguiram perceber uma diferenciação no atendimento realizado pelos profissionais da equipe do PSF. Mesmo que de forma fragmentada, relataram que as equipes prestam um tipo de assistência diferente do padrão oferecido pelo sistema oficial de saúde. Esta diferença no atendimento se dá, na verdade, na medida em que os profissionais do PSF estão inseridos na comunidade e perfazem ações destinadas à promoção e prevenção da saúde, materializadas principalmente nas visitas domiciliares, nas palestras e na formação de grupos programáticos. Estes achados estão de acordo com outras pesquisas (Souza & Carvalho, 2003; Reis, 2003; Trad, Bastos, Santana e Nunes, 2002).

Os usuários apontaram para um atendimento humanizado, baseado no acolhimento e na construção de um vínculo entre os profissionais e a comunidade. Para alguns autores (Franco,

Bueno & Merhy, 1999; Campos, 1997) este vínculo com o usuário amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a sua participação durante a prestação do serviço. De acordo com Souza e Carvalho (2003), esta aproximação das equipes de saúde com a comunidade é fundamental para a congruência das ações de intervenção com a necessidade da demanda, otimizando seus resultados. Isto só é possível a partir do momento em que o profissional reconhece o usuário como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença. O profissional precisa admitir que o usuário é capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e sobre o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Alves (2005) advoga que esta valorização do saber do usuário aumenta a satisfação com o atendimento recebido.

É importante destacar que as mulheres não-usuárias perceberam o PSF como uma estratégia destinada ao cuidado da saúde dos pobres, quando relataram que o maior benefício deste programa é atender a comunidade carente. Dimenstein e Traverso-Yépez (2005) afirmam que um dos maiores problemas no contexto brasileiro da saúde é a tendência a ver a saúde pública como uma prática destinada à população carente, como se não fosse merecedora de coisa melhor. A classe média brasileira optou por pagar os planos de saúde privados, deixando à população mais pobre o atendimento público. Isto diferencia nossa população da cubana, da canadense e da européia que utilizam em massa os serviços públicos de saúde. Pode-se perguntar se a causa desse uso intensivo, nessas diferentes culturas, reside no fato do serviço ser bom ou se o serviço é bom porque é utilizado em massa pela população.

Apesar de alguns aspectos do PSF contribuírem para a melhoria da assistência à saúde da população, os usuários relataram alguns entraves na sua operacionalização: 1) a quantidade de profissionais que compõem a ESF; 2) o agendamento das consultas no PSF; e 3) a demora no encaminhamento para o especialista.

A presença de uma equipe mínima nas Unidades de Saúde da Família não é suficiente para atender à demanda da população assistida. Como geralmente o PSF está implementado em áreas periféricas, onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde, a demanda espontânea tende a ser alta. Esta precariedade de serviços de atenção básica faz com que as pessoas utilizem o PSF como um posto de saúde, já que ele constitui a única referência de atenção à saúde que a população possui na comunidade. Logo, em virtude de realizarem outras atividades, além dos atendimentos clínicos, os profissionais da ESF não conseguem assistir a grande quantidade de atendimentos requeridos pela população.

O agendamento das consultas reflete esta carência nos serviços da rede de atenção primária, na medida em que obriga os usuários a acordar de madrugada para marcar um atendimento com os profissionais da equipe do PSF. A manutenção das filas em horários desumanos, para a garantia de acesso ao atendimento, também foi relatado por Schimith e Lima (2004). Resultados semelhantes foram encontrados por Dimenstein e Santos (2005) que avaliaram a satisfação das usuárias do serviço de atenção básica em Natal, Rio Grande do Norte. De maneira geral, as usuárias perceberam negativamente a organização do serviço, no que se refere à marcação de consultas/número de fichas disponíveis, à fila de espera, ao horário de funcionamento e ao número de profissionais/demanda, dentre outros aspectos.

A demora no encaminhamento para o especialista demonstra a fragilidade do sistema de referência e contra-referência, que constitui a problemática da integração do PSF com o restante do sistema de saúde. Essa questão foi apontada por Senna (2002) como o principal desafio desta estratégia. O PSF reivindica a melhoria do sistema de referência municipal para outros graus de complexidade de saúde, pois supõe sistemas de referência e contra-referência funcionais e de qualidade para a integralidade dos atendimentos. Contudo, a sobrecarga da Central de Marcação de Consultas para o médico especialista em João Pessoa é uma constante, fazendo com que o sistema de referência e contra-referência funcione de modo informal. Muitas vezes, os

profissionais têm que se valer de contatos pessoais com os membros das equipes de referência, ligados a setores de média e alta complexidade do município, para conseguirem atendimentos para os casos mais graves. Este expediente usado pelos profissionais, de se valerem de contatos pessoais para solucionar problemas institucionais, no autêntico “jeitinho brasileiro”, também foi relatado na pesquisa de avaliação do PSF na Bahia (Trad, Bastos, Santana & Nunes, 2002).

De maneira geral, observa-se uma similaridade nas crenças dos usuários e não-usuários, ao identificarem, como aspectos positivos do PSF, a medicação gratuita e a inserção deste serviço de saúde na própria comunidade em local próximo de suas residências. A concordância entre usuários e não-usuários também foi verificada ao avaliarem negativamente o PSF quanto aos mesmos aspectos: a pequena quantidade de profissionais, resultando em poucos atendimentos; e o agendamento das consultas, quase sempre em horários desfavoráveis e inconvenientes.

Os dados sugerem ainda que as mulheres que possuem uma renda inferior utilizam o PSF por não terem condições financeiras de optar por outro serviço, enquanto as mulheres que têm uma renda média mais alta preferem usar serviços particulares de saúde, retratando, desta forma, a falta de credibilidade da população frente ao sistema público de saúde.

É neste cenário que surge uma nova proposta de privatização da atenção básica à saúde, através das cooperativas de médicos que constituem as policlínicas de saúde. Estes estabelecimentos, com demanda crescente em João Pessoa, possuem uma grande quantidade de profissionais de saúde com especialidades distintas, reunidos numa mesma instituição. Além disso, dispõem de eficientes serviços laboratoriais, cobrando baixos valores nas consultas e exames, sem necessidade de encaminhamentos, constituindo-se como serviços resolutivos de saúde. Esta opção parece ter sido bem aceita pelas mulheres não-usuárias do PSF, sendo interessante a realização de novos estudos para verificar as vantagens e desvantagens deste serviço, em comparação com os sistemas tradicionais de atenção à saúde.

A pesquisa sugere que o perfil dos usuários desta nova estratégia de atenção à saúde é o de mulheres, com baixo nível de escolarização e que possuem renda baixa, não tendo condições financeiras de pagar um serviço de saúde particular. Além de serem responsáveis pela saúde de suas famílias, estas mulheres dispõem de uma maior flexibilidade em seus horários do que os homens para enfrentarem as adversidades que permeiam o acesso aos serviços do PSF.



---

## Considerações Finais

Gostaria de retomar os objetivos específicos da pesquisa e assinalar alguns pontos importantes que foram identificados na avaliação dos profissionais da equipe de saúde da família e dos usuários e não-usuários deste serviço acerca do PSF no município de João Pessoa.

Os usuários avaliam positivamente o PSF no que se refere ao bom atendimento dos profissionais da equipe de saúde (atendimento humanizado) e ao atendimento diferente que aborda o aspecto preventivo e de promoção da saúde, além da proximidade de casa e da distribuição de remédios gratuitamente. Em contrapartida, a pequena quantidade de profissionais (uma única equipe) que como consequência se reflete em poucos atendimentos, o agendamento das consultas (ter que acordar de madrugada para garantir o atendimento) e a demora no encaminhamento para o médico especialista devido à desorganização da Central de Marcação de Consultas se constituem como aspectos negativos na avaliação dos usuários acerca do PSF.

Os profissionais da equipe de saúde da família avaliam negativamente o PSF no tocante às condições de trabalho fornecidas pelos gestores, ao deficitário sistema de referência e contra-referência, a falta e/ou insuficiência de capacitações, a sobrecarga de trabalho, aos precários vínculos empregatícios e a falta de compreensão da população sobre o programa. Não obstante, avaliam positivamente o PSF principalmente no que se refere ao aumento do vínculo com a população e ao trabalho pautado em ideais de igualdade e justiça, operacionalizado por uma equipe multiprofissional através de estratégias de trabalho preventivas e promocionais.

Pode-se concluir que há uma similaridade nas crenças destes atores ao identificarem como aspectos positivos do PSF o atendimento diferenciado das equipes de saúde da família, baseado principalmente no vínculo criado entre profissional-usuário transformando-o em um atendimento mais humanizado e nos aspectos preventivos e promocionais da atenção à saúde. A concordância entre usuários e profissionais também foi verificada ao avaliarem negativamente o PSF nas mesmas dimensões, apesar de focalizarem aspectos diferentes do mesmo fenômeno: a pequena quantidade de profissionais relatada pelos usuários como responsável por poucos atendimentos é

compreendida pelos profissionais como sobrecarga de trabalho devido à grande demanda e à diversidade de atendimentos (curativo, preventivo, educativo); assim como a demora no encaminhamento para o médico especialista apontada pelos usuários é assinalada pelos profissionais de saúde como deficiência do sistema de referência e contra-referência.

Observou-se também que, a falta de compreensão da população sobre o PSF percebida na pesquisa com os usuários e não-usuários deste programa foi confirmada pelos profissionais de saúde no seu cotidiano de trabalho no PSF. Esta falta de compreensão da população, assim como a sobrecarga de trabalho das ESF, são na verdade reflexo de um sistema de saúde que colocou as Unidades de Saúde da Família como substitutas das Unidades Básicas de Saúde; sem atentar para a especificidade de cada serviço.

As categorias temáticas que emergiram a partir da análise das crenças dos profissionais que trabalham na equipe multiprofissional do PSF, resumem a complexificação da atenção à saúde no contexto desta nova estratégia de atuação envolvendo três camadas da sociedade: os trabalhadores da saúde, os gestores e a população usuária deste serviço. Fica evidente uma interdependência entre o investimento dos gestores de saúde do município e a otimização das atividades da Equipe de Saúde da Família (ESF), bem como a satisfação e motivação destes profissionais com seu trabalho, tendo como consequência uma melhoria no atendimento aos usuários dos serviços de atenção básica à saúde.

A observação da realidade sanitária das USF corroborou o discurso dos profissionais de saúde das ESF que vêm como uma das principais limitações do PSF às condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais, que não condizem com as necessidades da população – quantidades insuficientes de insumos básicos e medicações, materiais e equipamentos obsoletos, quebrados e/ou inexistentes nas unidades além de instalações físicas inadequadas; nem com os ideais do SUS comprometendo tanto a qualidade da assistência como a motivação dos profissionais de saúde.

Observa-se desta forma que os dados da pesquisa corroboram a hipótese de que a avaliação dos profissionais da ESF é resultado, pelo menos em parte, das condições de trabalho (situação física, estrutural e organizacional das USF), condições estas fornecidas pelos gestores de saúde municipais. Além disso, os dados também forneceram a informação não prevista na hipótese de que o vínculo da ESF com a comunidade também é um elemento importante na avaliação destes profissionais sobre o PSF. Pode-se concluir também que a avaliação dos usuários do PSF é consequência tanto dos aspectos organizacionais e estruturais das USF quanto do vínculo estabelecido com os profissionais das ESF.

Um outro ponto importante que deve ser ressaltado, se refere ao modo como o novo modelo de saúde foi implementado, de maneira pouco estruturada e substituindo o atendimento curativo pela prevenção via PSF. Ressalta-se neste momento a importância da existência destes dois modelos de atenção à saúde de forma complementar no sistema de saúde público, pois abordam de formas diferentes aspectos específicos do processo saúde-doença, os quais têm objetivos e clientela diferenciados.

No que se refere à atenção primária, o modelo curativista flexneriano rege a lógica de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), comumente chamadas de Postos de Saúde. Nas UBS, a assistência focaliza primordialmente a reabilitação e o tratamento dos indivíduos enfermos através de uma medicina curativa. Já o modelo promocional SUS, representado neste estudo pelas Unidades de Saúde da Família (USF), busca enfatizar a prevenção e a promoção da saúde dos indivíduos que estão saudáveis, mas vivem em situação de vulnerabilidades (social, cultural e econômica). As USF conseguem isso através da informação e da interação com os indivíduos de uma dada localidade, trabalhando a partir da educação em saúde.

Na verdade, estes dois modelos podem coexistir no âmbito dos serviços de saúde, pois também existe prevenção e promoção nas Unidades Básicas de Saúde, a exemplo do planejamento familiar. Mas o que se deve ressaltar é a ênfase dada aos aspectos curativista e

preventivo/promocional, das ações de cada um deles, especificamente. Nenhum destes modelos deve ser excluído dos demais níveis de complexidade do setor de saúde. Somente através da disponibilização dos dois tipos de serviços, de forma a contemplar satisfatoriamente tanto o tratamento curativo quanto o preventivo, além da articulação apropriada com os sistemas de saúde municipais, é que a população terá acesso a um sistema de saúde mais resolutivo.

Contudo, cada modelo possui seu lugar e sua utilidade, devendo estar adequado à sua função e reger seus espaços no sistema de saúde. A lógica do posto de saúde deve reger predominantemente as ações dos profissionais e do sistema das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços mais especializados. Enquanto isso, a orientação preventiva e promocional deve nortear, preferencialmente, a assistência dos profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde da Família. Isto requer uma ruptura do modelo hegemônico, no tocante aos profissionais, para a adoção de novos princípios no âmbito desta nova estratégia de atenção à saúde, culminando em um atendimento resolutivo e de qualidade para a população assistida.

Apesar de ter sido colocado como “tábua de salvação” ou “resposta absoluta” para os problemas de saúde da população brasileira, o PSF não é auto-suficiente, nem consegue resolver sozinho, tal como preconizado na sua elaboração, a diversidade de serviços primários destinados à saúde pública. Ele deve prestar um tipo de assistência específica, que é o da promoção e prevenção da saúde, além da vigilância sanitária. Não deve tomar para si as demais competências (assistência curativa e reabilitadora), que são de responsabilidade do restante do sistema de saúde municipal.

Além desta questão teórico-metodológica, que permeia a implementação político-administrativa mais eficaz do PSF, encontram-se problemas de adequação desproporcional do modelo ao contexto sanitário brasileiro, limitando os resultados do programa. Junte-se a isto a proporção médico x usuário, incomparavelmente maior do que a do modelo original existente em Cuba, Canadá e outros países.

Tal como afirma Senna (2002), os gargalos na operacionalização do PSF são resultantes de uma adaptação racionalizadora de um modelo de saúde com enfoque familiar, baseado em experiências internacionais. Este modelo surgiu como uma alternativa mais barata, frente às cobranças das agências financiadoras, sobretudo o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional – FMI. Por um lado, estas agências exigiam a melhoria dos índices sanitários do país e, por outro lado, prescreviam uma diminuição dos gastos com a assistência à saúde.

Esta racionalização de gastos é visível na política de saúde do Brasil, ao se comparar a quantidade de pessoas e o número de famílias atendidas, nos países onde esta estratégia obteve êxito, com a realidade aqui implantada. Isto sem considerar que a desigualdade social entre o Brasil e esses países implicaria uma melhor distribuição proporcional entre as ESF e o número de usuários do sistema, o que levaria a uma menor quantidade de pessoas atendidas por equipe.

O sistema de saúde cubano apóia-se, principalmente, no médico da família e nas equipes das unidades de saúde, que atendem a comunidade, sendo a porta de entrada para o sistema de atenção primária à saúde. Eisen (1996) ressalta que, naquele país, a atenção primária à saúde está intimamente ligada à atenção médica especializada nos níveis secundários e terciários do sistema de saúde, e relata que o médico da família é responsável por cuidar da saúde de 120 famílias, por volta de 600 a 800 pessoas.

Baseado nas experiências de Cuba, o Brasil adotou critérios de funcionamento semelhantes para a composição das Equipes de Saúde da Família (ESF). Contudo, não levou em consideração a necessidade de adequações, no que se refere à distribuição quantitativa de profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das pessoas. Este pode ser o fator responsável pelos resultados sanitários muito aquém dos relatados por outros países que adotaram esta estratégia.

A distinta realidade sanitária entre o Brasil e o Canadá, por exemplo, se apresenta claramente na comparação de seus índices de desenvolvimento humano (IDH) – o Brasil com

IDH de 0,73 e o Canadá com IDH igual a 0,94 (Health Canadá, 2001). O IDH pode ser utilizado para compreender a saúde da população de uma determinada localidade, pois ele é calculado a partir da articulação de três indicadores concretos: a educação, a longevidade e a renda *per capita*, consistindo em medidas subjetivas de bem-estar e de qualidade de vida. Neste sentido, a diferença entre o IDH do Brasil e do Canadá pode ser explicada pela diferença no índice de expectativa de vida da população destes países. Tanto em termos de longevidade (saúde) quanto de outras taxas, tais como analfabetismo e mortalidade infantil, o Brasil não progrediu na mesma proporção que o Canadá.

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2001 (PNUD, 2001), encomendado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os canadenses ocuparam, durante sete anos consecutivos, de 1994 a 2000, o primeiro lugar na saúde em geral, no nível geral de educação e no grau de satisfação das pessoas comuns, em face de um nível de vida considerado decente. Nos últimos seis anos, mesmo não ocupando mais o primeiro lugar, o Canadá continuou ocupando posições de destaque no nível de saúde da população. Estes resultados podem ser compreendidos a partir de uma análise da organização do sistema sanitário desse país.

O sistema de saúde canadense é composto, principalmente, por médicos de assistência primária (como os médicos de clínica geral), que representam cerca de 51% de todos os médicos ativos no Canadá. Estes médicos constituem, geralmente, o contato inicial com o sistema de assistência médica convencional, controlando o acesso à maioria dos especialistas, dos profissionais afins, das admissões hospitalares e das análises de diagnósticos, além do acesso à distribuição de medicamentos. De acordo com o Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá (Health Canadá, 2001), havia, em 2001, uma média de 183 médicos clínicos gerais, 90 especialistas e 763 enfermeiras (os) para cada 100 mil habitantes. Isto representa, aproximadamente, um médico generalista para cada 547 pessoas e um enfermeiro para 131

pessoas. Estas proporções tendem a se manter até os dias atuais. Em Cuba, país original do sistema, essa proporção também é marcante, com um médico para 214 pessoas.

No Brasil, segundo as recomendações do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004), as ESF devem ser responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento de até 4.500 pessoas ou 1.200 famílias. Isto é, cada equipe é responsável por um número aproximadamente oito vezes maior de pessoas que no Canadá e até 10 vezes mais famílias que em Cuba.

Entretanto, a realidade observada é ainda pior. Na cidade de João Pessoa – e não parece ser muito diferente nas outras cidades brasileiras do seu porte – há insuficiência de Unidades Básicas de Saúde. A grande demanda por saúde faz com que a população busque as Unidades de Saúde da Família, a fim de suprir suas necessidades de atendimento. Frequentemente, as equipes do PSF têm que atender um número maior que o preconizado pelo Ministério da Saúde – neste estudo uma ESF era responsável por aproximadamente 7.000 pessoas. Com isto, desestrutura-se a estratégia de prevenção e promoção à saúde, pois as ESF não conseguem atender todas as pessoas nem realizar os dois tipos de atendimento (curativo e preventivo).

Por um lado, estes dados corroboram as afirmações de Senna (2002) e Schimith e Lima (2004) que destacam, como característica do PSF, uma simplificação da atenção à saúde, na medida em que é uma estratégia de saúde de baixo custo, voltada para os pobres. Por outro lado, porém, apesar de todos os entraves apontados neste trabalho, o PSF obteve um impacto positivo na saúde da população assistida principalmente pelo fato deste serviço de saúde ter sido implementado em áreas sem qualquer serviço voltado para a saúde da população. Contudo, os dados demonstram sua baixa efetividade devido ao fato deste serviço ser utilizado de maneira inadequada, tendo que suprir a deficiência de oferta de atenção básica da localidade.

Por conseguinte, para que a rede básica de saúde possa ser mais resolutiva, sugere-se a implementação de novas equipes de PSF no município com condições estruturais e organizacionais de atendimento à população. Isto significa, primeiramente, que deve haver uma



diminuição do número de pessoas e/ou famílias sob a responsabilidade de cada ESF para garantir um atendimento de melhor qualidade. Recomenda-se, ainda, a ampliação da rede de Unidades Básicas de Saúde ou de serviços de atenção primária, que estejam nas mesmas localidades das Unidades de Saúde da Família. A intenção é que sirvam como referência para atendimentos de natureza curativa, para que o PSF possa trabalhar como posto de apoio e constitua, tal como preconizado, uma estratégia de prevenção e promoção da saúde.

Além disso, deve-se considerar que aqui no Brasil o PSF foi dirigido para uma população com grandes déficits, não apenas de saúde, mas também de infra-estrutura educativa, sanitária e de moradia, conforme atestam os índices de desenvolvimento humano das áreas atendidas. Esses fatores fizeram com que a implantação do novo modelo deixasse, de uma hora para outra, a população sem um sistema de referência adequado para atender as suas necessidades. Portanto, seria de bom alvitre que houvesse um processo de transição de um modelo a outro, de modo a adequar os sistemas à realidade local.

Sabe-se que muitas questões abordadas neste trabalho não se esgotaram nestas páginas; afinal a temática da saúde mostrou-se ampla e multifacetada. Muitos pontos aqui levantados abrem espaço para uma discussão mais ampliada, outros abrem lacunas que clamam por serem investigadas em futuras pesquisas. Todavia, espera-se que as questões abordadas neste trabalho sirvam para suscitar futuras pesquisas, além de ressaltar a importância de inclusão dos profissionais da ESF nos processos de avaliação do PSF, já que estes são responsáveis pela prestação do serviço, estando mais capacitados para listar os principais problemas enfrentados no PSF, bem como sugerir soluções plausíveis, baseadas na experiência cotidiana de trabalho com a comunidade. Pretende-se ainda que os resultados apresentados também possam contribuir para incrementar a literatura sobre o PSF, servindo como fonte de idéias para novos estudos na área e para a expansão do debate científico, no cerne das avaliações de políticas públicas destinadas a esta demanda. Pesquisas deste tipo também podem servir como fontes de informação sobre as

necessidades de atendimento à saúde da população. Isto pode facilitar o planejamento de ações que vão ao encontro destas necessidades, aumentando a satisfação da comunidade atendida por este serviço.

Por fim, o trabalho que culminou na presente dissertação constitui-se não como um fim em si mesmo, mas como um estudo exploratório da realidade sanitária de João Pessoa no que se refere ao PSF e pretende ser ampliado no doutorado visando a sistematização de um instrumento de avaliação em PSF através de um delineamento quase-experimental, com o intuito de explorar mais profundamente esta temática. Afinal, para que servem as pesquisas exploratórias senão para embasarem próximas pesquisas?

---

## Referências

- Albuquerque, F.J.B. & Pontes-Palacios, K.E. (2004). Grupos e Equipes de Trabalho nas Organizações. In: Zaneli, Borges-Andrade & Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre, RS: ARTMED.
- Almeida, M.C.P. & Mishima, S.M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 5(9): 150-153.
- Alves Filho, A. & Borges, L.O. (2005). Motivação no trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 199-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alves, V.S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, 9(16): 39-52.
- Ayres, J.R.C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Baldani, M.H.; Fadel, C.B.; Possamai, T. & Queiroz, M.G.S. (2005). A inclusão da odontologia no Programa saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1026-1035.
- Bastos, L.G.C. (2003). *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Beltrão, F.F.; Ribeiro, E.L. & Martins, E.P (2004). Avaliação da percepção coletiva da qualidade de vida urbana diferenciada entre os diferentes níveis sociais: cálculo dos indicadores IQVU e IDH por bairro (p. 48). In *Anais, 12. Encontro de Iniciação Científica da UFPB, 2004*, João Pessoa, PB. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Borges, L.O.; Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 143-198). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Bostein, R. (2002). Atenção Básica na Agenda de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.
- Brevidelli, M.M. & Cianciarullo, T.I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Rev. Saúde Pública*, 35(2), 193-201.
- Caldas Filho, P. (1973). *Reorganização da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba*. São Paulo: USP/DSP.
- Campbell, D.T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.
- Campos, F.E. & Belisário, S.A. (2001). O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9, 133-142.
- Campos, G.W.S. (1997). Subjetividade e administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In E.E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.
- Cano, I. (2004). *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Cariri Benigna, M. J. (1970). *Situação e atuação da 3ª. Região Sanitária: 1969 a outubro de 1970*. Campina Grande, PB: SES/CER.
- Chiesa, A.M. & Veríssimo, M.D.L.O.R. (2003). A Educação em Saúde na Prática do PSF: Manual de enfermagem. Recuperado em 17 fev. 2003: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>
- Cohen, S.C; Cynamon, S.E.; Kligerman, D.C. & Assumpção, R.F. (2004). Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3): 807-813.
- Cohen, E. & Franco, R. (1998). *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* (18. ed.). (1998). São Paulo: Saraiva.
- Contandriopolus, A.P. (1998). Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública* 14(1), 199-204.

- Contandriopoulos, A.P.; Poullier, J.P. & Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI e siècle. In M.P. Pomey & J.P. Poullier (Orgs.) *Santé Publique*. (pp. 637-667). Paris: Elipses.
- Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Crevelim, M.A. (2005). Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2): 323-331.
- Dallari, S. G. (1987). *A saúde do brasileiro*. (Projeto passo à frente, Coleção Polêmica). São Paulo: Moderna.
- Dejours, C. (1997). *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- Dela Coleta, M.F. (1995). *O Modelo de Crenças em Saúde: uma aplicação à prevenção e controle da doença cardiovascular*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Dela Coleta, M.F. (2004). Modelo de Crenças em Saúde. In M.F. Dela Coleta (Org.), *Modelos para Pesquisa e Modificação de Comportamentos de Saúde*. (pp. 27-61). São Paulo: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Dimenstein, M. & Santos, Y.F. (2005). Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuárias da rede básica de Natal. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 69-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, M. & Traverso-Yépez, M. (2005). Saúde pública: antecedentes históricos, campo de serviços e práticas no município de Natal/RN. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 47-67). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dominguez, B. N. R. (1997). *Programa de Saúde da Família: como fazer*. Rio de Janeiro: Computação Gráfica e Editora.
- Draibe, S. (1999). As políticas sociais nos anos 1990. In R. Braumann (Org.), *Brasil: uma década em transição*. (pp. 101-142). Rio de Janeiro: Campus/Comissão Econômica para América Latina y el Caribe.

- Eisen, M.D.G. (1996). La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Revista Cubana Salud Pública*, 22(2), 4-5.
- Escorel, S. (1998). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ferraz, L. & Aerts, D.R.G.C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2): 347-355.
- Figueiredo, T. M. R. M. de (2002). *Saúde e necessidades da população: perfil epidemiológico da comunidade de Utinga (Conde-PB)*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.
- Franco, T.B. & Magalhães Junior, H.M. (2003). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In Mehry, Magalhães, Rimoli e Franco (Orgs.). *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec.
- Franco, T.B. & Merhy, E.E. (1999). *PSF: contradições e novos desafios*. Recuperado em 18 dez. 2005: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunais/PsfTito.htm>
- Franco, T.B.; Bueno, W.S. & Merhy, E.E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 15(2), 345-353.
- Frekete, M.C. (2000). Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In Ministério da Saúde (Org.), *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário*. Projeto Gerus. (pp. 177-184). Brasília, DF: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde.
- Furtado, J.P. (2001). Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 6(1), 165-181.
- Gomes, M.A. de S.M. & Hartz, Z.M.A. (2001). Avaliação e gestão municipal de saúde. *Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. (21), 7-19.
- Griep, R.(2004). Subnotificação das doenças de notificação compulsória. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1), 123-124.

Health Canada (2001). *O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá*. Recuperado em 25 març. 2006: <http://www.undp.org/hdr2001>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Senso 2002*. Recuperado em 08 nov. 2003: <http://www.ibge.org>

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Lei Orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Lima, M.C.G.L. & Souza, M.B.L. (2001). Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família-PSF na Paraíba. In *Anais, 10. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2001. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Serviço Social.

Macêdo, A. C. D. (2004). *Evolução Histórica da Política de Saúde no Estado da Paraíba (1960 a 1990)*. João Pessoa, PB: Idéia.

Machado, M.H. (2000). *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Melo Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo.

Merhy, E.E. (2001). E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface (Botucatu)*, 9, 147-149.

Minayo, M.C.S. (1998). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.

Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. (1996). *Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96): gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Recuperado em 05 set. 2003: <http://www.saude.gov.br>

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde (1998). *Programa de Saúde da Família – PSF*. Disponível no site da web: <http://www.saude.gov.br/Psf.htm>



Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. (2000). *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Autor.

Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. (2002). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Autor.

Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. (2004). Programa Saúde da Família – PSF. Recuperado em 16 jul. 2004: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp>

Nascimento, M.S. & Nascimento, M.A.A. (2005). Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 333-345.

Nemes Filho, A. (2001). Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família... *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 9, 154-156.

Novaes, H.M.D. (2000). Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. *Revista Saúde Pública*, 34(5), 547-559.

Oliveira, M.T.C.; Barreira, D.; Santos, L.C.O.; Latorre, M.R.D. (2004). A subnotificação de casos de Aids em municípios brasileiros: uma aplicação do método de captura-recaptura. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*.

Ortega de Medina, N.M., Osorio Rebolledo, E.A. & Pedrao, L.J. (2004). El significado de drogas para el estudiante de enfermería según el modelo de creencias en salud de Rosenstock. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12, 316-323.

Paim, J.S. (1999). Política de descentralização e atenção primária à saúde. In M.Z. Rouquayrol & N. Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI.

Pasquali, L. (1999). Histórico dos instrumentos psicológicos. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. (pp.1-12). Brasília, DF: IBAPP.

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.

PNUD (2001). *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2001*. Recuperado em 25 març. 2006: <http://www.pnud.org.br/hdr/hdr98/Press/canada.htm>

- Prado, M.A.S., Mamede, M.V., Almeida, A.M. & Clapis, M.J. (2004). A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 12(3), 494-502.
- Reis, R. (2003). Retrato da Saúde da Família. *Revista de Manguinhos*, 3(3). Recuperado em 23 dez. 2003: [http://www.fiocruz.br/ccs/revista/n3\\_nov03/retrato\\_familia.htm](http://www.fiocruz.br/ccs/revista/n3_nov03/retrato_familia.htm)
- Ribeiro, E.M. (2004). As várias abordagens da família no cenário do Programa/estratégia de Saúde da Família (PSF). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 658-664.
- Ribeiro, E.M.; Pires, D. & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno de saúde Pública*, 20(2), 438-446.
- Rocha, A.A.R.M. & Trad, L.A.B. (2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 9(17): 303-316.
- Rokeach, M. (1981) *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.
- Rosenstock, I. M.(1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 36(2), 117-121.
- Saldanha, A.A.W. (2003). *Implantação de um Programa de Pesquisa e Atendimento Psicossocial à Aids. Estudo de Representações sobre a Aids e seus Determinantes Visando a Formação Profissional para o Atendimento Psicossocial a Pacientes*. Programa de pesquisa financiado pelo CNPQ. São Paulo/USP.
- Scherer, M.D.A.; Marino, S.R.A. & Ramos, F.R.S. (2005). Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias khunianas. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 9(16), 53-66.
- Schimith, M.D. & Lima, M.A.D.S. (2004). Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 20(6): 1487-1494.
- Senna, M.C.M. (2002). Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.), 203-211.

- Silva, A. (1992). *Política Social e Cooperativas Habitacionais*. São Paulo: Cortez.
- Silva, I.Z.Q.J. & Trad, L.A.B. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)*, 9(16), 25-38.
- Silva, I.Z.Q.J.(2004). *Equipe de saúde da família: problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.
- Silva, N.E.K. & cols. (2002). Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4 Supl), 108-116.
- Souza, R.A. & Carvalho, A.M.(2003). Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3): 515-523.
- Tanaka, O.Y & Melo, C. (2000). Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7, 113-118.
- Trad, L. A. B.; Bastos, A .C. S.; Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 7(3), 581-589.
- Tribunal de Contas da União (2002). *Avaliação do Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília: Tribunal de Contas da União – TCU/Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – SEPROG.
- Tripodi, T.; Fellin, P. & Epstein, I. (1975). *Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.
- Vasconcelos, E. M. (1999). A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 53:6-19.
- Viana, A.L. & Dal Poz, M.R. (1998). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 8(2), 11-47.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

# Anexos

## ANEXO I - Questionário de Avaliação das Unidades de Saúde da Família (USF)

### I. Estrutura Física

Salas de atendimento: n° \_\_\_\_\_

Descrever: \_\_\_\_\_

Salas de espera: n° \_\_\_\_\_

Descrever: \_\_\_\_\_

Local para atividades preventivas/educativas: n° \_\_\_\_\_

Descrever: \_\_\_\_\_

Localização: n° \_\_\_\_\_

Descrever: \_\_\_\_\_

### II. Atividades Desenvolvidas

#### a) Curativas e Preventivas

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pré-Natal                          | <input type="checkbox"/> Assistência à puérpera        |
| <input type="checkbox"/> Atenção à criança                  | <input type="checkbox"/> Coleta para exame papanicolau |
| <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar              | <input type="checkbox"/> Consulta Ginecológica         |
| <input type="checkbox"/> Atenção ao adulto                  | <input type="checkbox"/> Controle de hipertensão       |
| <input type="checkbox"/> Controle de diabetes               | <input type="checkbox"/> Controle de DST               |
| <input type="checkbox"/> Controle da hanseníase             | <input type="checkbox"/> Controle da tuberculose       |
| <input type="checkbox"/> Ações de Vigilância Epidemiológica | <input type="checkbox"/> Ações voltadas para o idoso   |
| <input type="checkbox"/> Ações voltadas para o adolescente  | <input type="checkbox"/> Pequenas cirurgias            |
| <input type="checkbox"/> Visitas domiciliares               |  |

#### b) Preventivas e Educativas

- |                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palestras    | <input type="checkbox"/> Vídeos |
| <input type="checkbox"/> Dramatização | <input type="checkbox"/> Grupos |
| <input type="checkbox"/> Outros       | Especificar: _____              |

#### b.1) Material educativo

- |  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tv            | <input type="checkbox"/> vídeo     | <input type="checkbox"/> som               |
| <input type="checkbox"/> retroprojeter | <input type="checkbox"/> cartolina | <input type="checkbox"/> teatro de bonecos |
| <input type="checkbox"/> Outros        | Especificar: _____                 |  |

## II. Especialidades Técnicas

### a) Equipe básica

- Ginecologista
- Obstetra
- Pediatra
- Clínico Geral
- Cirurgião
- Enfermeiro
- Assistentes de enfermagem
- Agentes Comunitários de Saúde (CS)
- Assistente de Consultório Dentário(ACD)
- Outros

### a) Outras Especialidades

- Assistente social
- Odontólogo
- Fisioterapeuta
- Infectologista
- Nutricionista
- Bioquímico/Farmacêutico
- Psicólogo
- Auxiliar administrativo
- Vigilante
- Auxiliar de limpeza/serviços gerais

## IV. Organização do Trabalho

Equipes de Saúde da Família (ESF) n° \_\_\_\_\_

Turno de trabalho das ESF:  manhã  tarde  noite  24 horas/integral

Horário de abertura da USF: \_\_\_\_\_

Tempo de funcionamento da USF: \_\_\_\_\_

Tipo de equipe multidisciplinar:

Projeto assistencial comum

Agir comunicativo

Interação dos profissionais

Articulação das ações

Ênfase na flexibilização do trabalho

Complementaridade e colaboração na autonomia

Independência do projeto assistencial

Comunicação-instrumental

Agrupamento dos profissionais

Justaposição das ações

Ênfase na especialidade do trabalho

Complementaridade objetiva das especialidades

Diagnóstico: Equipe-Integração

Equipe-Aglomerado

Sistema de atendimento:

Descrever: \_\_\_\_\_

## V. Materiais e equipamentos

estetoscópio

termômetro

balança adulto

balança infantil

material para retirada de ponto

nebulizador

tensiômetro

autoclave

lanterna

sonar

otoscópio

medicamento e soro p/ emergência

material para parto

aparelho para ECG

eletrocautério

estufa

torpedos de oxigênio

aparelho de ultrassom

glicosímetro

## VI. Insumos, remédios, vacinas e exames

### a) Medicamentos

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> contraceptivo              | <input type="checkbox"/> analgésico                |
| <input type="checkbox"/> antiparasitário            | <input type="checkbox"/> antibiótico               |
| <input type="checkbox"/> sulfato ferroso            | <input type="checkbox"/> hipoglicemiantes          |
| <input type="checkbox"/> antitérmico                | <input type="checkbox"/> anti-hipertensivo         |
| <input type="checkbox"/> vitaminas                  | <input type="checkbox"/> antimicótico              |
| <input type="checkbox"/> medicamento p/ tuberculose | <input type="checkbox"/> medicamento p/ hanseníase |

### b) Insumos básicos

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> soro                  | <input type="checkbox"/> curativos              |
| <input type="checkbox"/> gases                 | <input type="checkbox"/> material de enfermagem |
| <input type="checkbox"/> seringas descartáveis | <input type="checkbox"/> formulários            |
| <input type="checkbox"/> luvas                 | <input type="checkbox"/> fichas de atendimento  |
| <input type="checkbox"/> máscaras              | <input type="checkbox"/> curativos              |

### c) Vacinas

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DT adulto ou TT (toxóide tetânica) | <input type="checkbox"/> anti-hepatite B      |
| <input type="checkbox"/> DT infantil                        | <input type="checkbox"/> anti-gripe           |
| <input type="checkbox"/> MMR                                | <input type="checkbox"/> anti-rábica          |
| <input type="checkbox"/> DPT                                | <input type="checkbox"/> contra febre-amarela |
| <input type="checkbox"/> antipólio                          | <input type="checkbox"/> contra pneumonia     |
| <input type="checkbox"/> anti-sarampo                       | <input type="checkbox"/> contra meningite     |
| <input type="checkbox"/> BCG                                | <input type="checkbox"/> tríplice             |

### d) Exames

- Exames laboratoriais básicos (Ex.hemograma, VDRL, sumário de urina, glicemia, parasitológicos)
- Exames radiológicos e citopatológicos (Ex. exame do colo de útero)
- Outros (Ex. cultura de fezes, urina, eletrocardiograma, coloscopia, ultrasonografia obstétrica)

## VII. Qualidade do atendimento

nº de atendimentos por profissional: \_\_\_\_\_ em média  
tempo de atendimento aos pacientes: \_\_\_\_\_ em média

## ANEXO II - Roteiro da entrevista com os profissionais das ESF

### Dados bio-demográficos

Sexo: F ( ) M ( ) Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado/convivente ( ) separado/divorciado ( ) viúvo

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Atua no PSF como: \_\_\_\_\_

Vínculo profissional: \_\_\_\_\_ Trabalha no PSF há: \_\_\_\_\_

1. Você escolheu trabalhar no PSF? Sim ( ) Não ( )

Por quê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. E como é pra você trabalhar no PSF?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Gostaria de saber sua opinião sobre cada um dos tópicos abaixo:

3.1) Como você vê a organização do trabalho no PSF? O que é bom? O que é ruim? Por quê? Dê exemplos de situações em que isto acontece.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2) Como você vê a relação dos profissionais e atendimento à comunidade no PSF? O que é bom? O que é ruim? Por quê? Dê exemplos de situações em que isto acontece.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3) Como você vê o Papel dos Gestores no PSF? O que é bom? O que é ruim? Por quê? Dê exemplos de situações em que isto acontece.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Do seu ponto de vista, existem outros fatores que podem influenciar no desempenho efetivo do trabalho em PSF?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Na sua opinião, qual a importância do PSF para a comunidade em que ele está inserido?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO III - Questionário de levantamento de crenças com usuários e não usuários do PSF**

**Dados bio-demográficos**

Sexo: F ( ) M ( ) Idade: \_\_\_\_\_ anos ( ) Adolescente ( ) Adulto ( ) Idoso

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado/convivente ( ) separado/divorciado ( ) viúvo

Renda: \_\_\_\_\_ salários Mora com quem? \_\_\_\_\_

1. Você conhece o PSF? SIM ( ) NÃO ( )

2. Você utiliza os serviços do PSF? SIM ( ) NÃO ( )

Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Gostaria de saber sua opinião sobre o PSF:

Me diga pelo menos 5 coisas boas que o PSF trouxe. O que é bom? Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Você poderia me dizer quais as desvantagens do PSF. Cite 5. O que é ruim? Por quê?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Na sua opinião, qual a importância do PSF para a comunidade em que ele está inserido?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. E pra você, qual a importância do PSF em sua vida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# 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](#)