

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

Matsukura Bernardino, Mônica T. S.; N. Conversani, Danaé T.; Maria Bógus, Cláudia;  
Barbieri Feliciano, Adriana

CONSENSOS E DIVERGÊNCIAS: A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DAS EQUIPES  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS (SP)

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 3, núm. 1, marzo-agosto, 2005, pp. 75-89

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757035002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## **CONSENSOS E DIVERGÊNCIAS: A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS (SP)**

**CONSENSUS AND DISAGREEMENTS: THE PROFESSIONAL TRAINING OF FAMILY HEALTH TEAMS IN THE MUNICIPALITY OF SÃO CARLOS (SP)**

Mônica T. S. Matsukura Bernardino <sup>1</sup>

Danaé T. N. Conversani <sup>2</sup>

Cláudia Maria Bógus <sup>3</sup>

Adriana Barbieri Feliciano <sup>4</sup>

**Resumo** O objetivo deste trabalho consistiu em verificar o caráter das relações entre os membros das equipes de saúde da família e sua forma de atuação, por meio da identificação de temáticas que promovam convergência e divergência entre os profissionais de nível universitário e os de nível médio. Foi desenvolvido um estudo qualitativo, com a aplicação da técnica de grupo focal, para identificar a opinião e a percepção dos profissionais das equipes do PSF sobre os cursos de capacitação de que participaram e sobre as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família. Foram cinco os temas abordados: capacitação da equipe, responsabilidades na equipe, retaguarda ao PSF, relação com a comunidade e o PSF como modelo assistencial. As temáticas que geraram mais consenso entre os dois grupos, profissionais universitários e profissionais de nível médio, foram: a capacitação da equipe e a retaguarda ao PSF. Os demais temas — responsabilidades na equipe, relação com a comunidade e o PSF como modelo assistencial — geraram divergências. A pesquisa também possibilitou identificar a existência de dificuldades nas relações entre os membros da equipe e de limitações no sentido de uma atuação integrada e interdisciplinar.

**Palavras-chave** Programa de Saúde da Família; recursos humanos em saúde; capacitação.

**Abstract** The objective of this work is to verify the nature of the relationship between the members of family health teams and also how they perform at work. This was done by identifying themes that promote convergence and divergence between professionals that were divided, for this purpose, into two groups: those with high education and those with secondary education. Methodologically, we developed a qualitative study, using focal group technique, to determine the views and perceptions of the PSF team members about the training courses they attended and about the activities developed in the Family Health Units. The themes covered were five, namely: team's training, team's responsibilities, stand-by support for the PSF, relationship with the community and the PSF as a care model. The themes that led to greater consensus between the two groups were team's training and stand-by support for the PSF. The other themes — team's responsibilities, relationship with the community and PSF as a care model — led to disagreements. The research also enabled us to verify that there are some problems in the relationship between team members and limitations in their performance with respect to integrated and interdisciplinary actions.

**Key words** Family Health Programme (PSF); human resources in health; training.

## Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, teve sua expansão e efetivação, em nível nacional, a partir de 1995, quando foram definidos e institucionalizados mecanismos e patamares de financiamento que incentivaram a adesão de muitos municípios. Foi concebido em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal promulgada em 1988, que define os seguintes princípios para a organização do sistema de saúde brasileiro: equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade. “Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do Sistema Único de Saúde visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população” (*Revista de Saúde Pública* 2000, 2000).

Com base nesse referencial, o PSF contribuiria para a reorientação e reorganização do modelo assistencial, a partir da atenção básica, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde. Essa reorganização pressupõe também uma nova abordagem na relação entre o serviço de saúde e a população, por meio da integração de ações individuais e coletivas, curativas, preventivas e de promoção em saúde, priorizando as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos, quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (MS, 2004). Tal abordagem inovadora permitiria a reversão do modelo de assistência à saúde ainda predominante no país, caracterizado pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutibilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos, gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços. Em seu estudo sobre o PSF no município de Volta Redonda, Pinheiro (2001) destacou que os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde justificaram a opção pela implantação do programa em função da possibilidade de reverter a lógica dominante do modelo vigente na rede básica, que não dava conta dos problemas e limites cotidianos dos serviços de saúde.

Para desenvolver suas ações, dentro da lógica concebida, o PSF propõe a indissociabilidade entre o trabalho clínico e a promoção da saúde. A proposta é alterar as relações entre os membros da equipe de trabalho, dentro de uma abordagem de atuação integrada e interdisciplinar, por meio de “uma estratégia organizada a partir de uma Unidade [Pública] de Saúde da Família (USF) que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, através de uma equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população” (Guedes, 2001, p. 141).

Esta prática de organização do trabalho em equipe baseia-se na lógica interdisciplinar, em que a equipe não deve apenas compartilhar o espaço físico em unidades de saúde, com cada profissional desenvolvendo seu trabalho específico sem interagir com os demais e reforçando práticas e ações fragmentadas, sem ver o sujeito das ações como um ‘todo’. A relação desses profissionais com os usuários deve acontecer de forma horizontal, buscando novas maneiras de abordar a comunidade, a família e o indivíduo, vistos e compreendidos de maneira integral e articulada.

De acordo com Schraiber (1998, p. 113), “a abordagem ‘totalizante’ do indivíduo implica uma concepção de saúde e de doença, como estados que se dão em um processo contínuo (estados vitais, relativos, e que se dão nas diversas relações do indivíduo com o meio ambiente, aí incluído o meio social)”.

A autora entende que, para esta concepção ser posta em prática, é necessário formar “um novo tipo de profissional, capacitado tecnicamente. Não mais com uma qualificação fragmentada, centrado nos conhecimentos biológicos, inadequado às necessidades sociais e afastado das condições de vida do paciente, impossibilitando a compreensão do indivíduo” (Schraiber, 1998, p. 114). Esta compreensão deve considerar a variedade de fatores que conduzem à saúde e não apenas os causadores da doença orgânica e seus danos. Acentua a autora que a saúde e a doença devem ser vistas em sua complexidade. São vários os fatores que influenciam na adaptação do indivíduo ao seu meio ambiente: sentimentos, emoções, comportamentos, hábitos, família, emprego e outros fatores relacionados com seu modo de vida.

Para alcançar uma abordagem mais complexa do processo saúde-doença, entende-se como necessário um redirecionamento da formação da equipe de saúde, bem como dos sistemas de atenção básica de saúde, buscando caminhos para que esta possa contar com:

“[um] profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva que envolve ações de promoção, de proteção específica, assistencial e de reabilitação. Um profissional capacitado para organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde” (*Cadernos de Atenção Básica*, 2000b).

O que se preconiza é que as práticas convencionais de assistência devem ser substituídas por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde, esta última inserida no primeiro nível de ações do sistema local de saúde. De acordo com os princípios do SUS, de integralidade e hierarquização, o programa deve estar vinculado à rede de serviços, de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, assegurando a refe-

rência e a contra-referência, para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para resolução de situações ou problemas (*Cadernos de Atenção Básica*, 2000a).

Ainda que este estudo tenha se voltado para o PSF e as equipes de saúde da família do município de São Carlos, vale destacar que, no que diz respeito à gestão da atenção básica de saúde, trabalhos têm apontado a possibilidade de formulação e a ocorrência de diversos modelos assistenciais em saúde inovadores e adequados à realidade brasileira, baseados nas propostas do campo da saúde coletiva e nas diretrizes e nos princípios do SUS (Silva Júnior, 1996; Mendes, 1999; Paim, 2003; Campos, 2003). Têm sido formuladas propostas que enfatizam a distritalização, os sistemas de informação geográfica, o planejamento e a programação local, a vigilância da saúde, as cidades saudáveis, o método Paidéia, além do Programa de Saúde da Família. Alguns dos elementos que estruturam essas propostas oferecem alternativas mais abrangentes à problemática sanitária brasileira que o modelo hegemonicó (modelo médico tradicional).

A realização desta pesquisa foi motivada pela ênfase que o PSF dá às ações educativas e ao trabalho interdisciplinar em equipe, temas recorrentes para os pesquisadores da área de educação em saúde. Aliado a isto, houve o interesse da equipe da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos em conhecer e compreender os possíveis aspectos críticos na formação das suas equipes de saúde da família.

Levando em conta a importância das atividades desenvolvidas pelos profissionais que compõem as equipes do PSF, considerou-se pertinente conhecer como têm ocorrido a formação dos profissionais e também a integração e a articulação da equipe responsável pela interação entre a comunidade e o serviço de saúde. Para isso, procurou-se identificar as temáticas que promovem consenso e divergência entre os membros das equipes e a comunidade, além das formas de atuação e capacitação dessas mesmas equipes.

O objetivo do trabalho foi descrever aspectos dessa realidade complexa, por meio das percepções relatadas pelos próprios profissionais (grupo específico de pessoas) quanto à sua realidade de trabalho, em reuniões que utilizaram a técnica de grupo focal.

### **O Programa de Saúde da Família no município de São Carlos**

O município de São Carlos, localizado no interior do estado de São Paulo, com uma população de 192.998 habitantes (IBGE, 2000), conta com quatro Unidades de Saúde da Família: Jardim Munique, Romeu Tortorelli, Antenor Garcia e Cidade Aracy. A atenção à saúde é realizada por equipes compostas por um médico da família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e

cinco agentes comunitários de saúde (ACS), para cada mil famílias que vivem nessas regiões (SMS-SC, 2004).

Em 1997, a primeira etapa da implantação do PSF no município foi a realização de um estudo para identificar e definir as áreas prioritárias, por meio do mapeamento do município, considerando a situação de risco para a saúde da população residente. Este estudo, que contou com a participação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, também apontou as famílias que vivem em situação de pobreza e miséria. Para isso utilizaram-se indicadores de rendimento familiar, de escolaridade do chefe de família e de mortalidade infantil. A análise permitiu identificar nove grandes áreas prioritárias para a instalação do PSF.

Em 1997, havia poucas informações disponíveis sobre como montá-lo oficialmente. O primeiro grupo chegou a elaborar uma ficha para cadastramento da população, sem manter nenhum contato com a Diretoria Regional de Saúde (DIR) ou o Ministério da Saúde (MS). Com o passar do tempo, a equipe responsável pela estruturação do PSF foi tendo acesso às informações oficiais e prosseguiu o trabalho, sendo também responsável pela capacitação da primeira equipe de PSF da cidade. Essa formação ocorria periodicamente, em encontros da equipe, onde eram tratados temas diversos, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, vacinação, hipertensão, diabetes e outros. Em meados de 1998, já com uma segunda equipe formada, foi oferecido o primeiro Módulo Introdutório na cidade de Ribeirão Preto.

No período de coleta dos dados aqui apresentados, existiam as quatro equipes completas de PSF já citadas, localizadas em regiões que apresentavam alta densidade demográfica, baixo nível sócio-econômico e infra-estrutura precária, correspondendo a uma cobertura populacional de 8,7%.

## **Metodologia**

Foi desenvolvido um estudo qualitativo (Minayo, 1993), com a aplicação da técnica de grupo focal, para identificar as percepções dos profissionais das equipes de PSF sobre os cursos de capacitação de que participaram e sobre as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde da família.

A pesquisa cobriu as quatro equipes do PSF existentes no período da coleta dos dados. Foram realizados dois grupos focais com agentes comunitários de saúde, totalizando 13 participantes, e um com profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), com sete participantes, seguindo um mesmo roteiro básico que abordava os seguintes temas: formação e capacitação da equipe de PSF, processo de trabalho da equipe (relações inter-equipe e relação com a comunidade) e relação do PSF com o sistema de saúde como um todo. A composição dos grupos, separando os profissionais de nível médio

dos profissionais universitários, pretendeu facilitar a participação de todos, removendo possíveis barreiras hierárquicas ou outros constrangimentos.

Em uma fase anterior, estabeleceu-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, com o intuito de conhecer a organização da rede local de serviços de saúde, o histórico da implantação do PSF no município, e o número e a composição das equipes de saúde da família. Essas informações foram importantes para definir o roteiro dos grupos focais e a abordagem do universo de sujeitos pesquisados.

Grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um espaço facilitador para a expressão de características psicosociológicas e culturais. Esta técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões planejadas, onde os participantes expressam suas percepções, suas crenças, seus valores, suas atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em um ambiente permissivo e não constrangedor. Os critérios para a seleção dos participantes são determinados pelos objetivos do estudo (amostra intencional). As reuniões são gravadas e depois transcritas para análise, de acordo com o referencial teórico e conceitual adotado (Westphal, 1992; Westphal, Bógus e Faria, 1996; Carlini-Cotrim, 1996).

Após a transcrição das fitas, foram identificadas, no discurso dos participantes, divididos nas categorias profissionais de nível universitário e de nível médio, convergências e divergências com relação aos temas abordados.

## **Resultados e discussão**

No Quadro 1, são apresentados os temas abordados, de maneira convergente ou divergente, pelos dois grupos: profissionais de nível universitário (médicos e enfermeiros) e profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde).

A idéia de analisar os temas que agregam a equipe em torno de consensos e os temas que segmentam, porque há divergências, deve-se à compreensão de que tal análise, pode fornecer elementos para a preparação de atividades de formação dirigidas para os profissionais das equipes, considerando os profissionais como sujeitos participantes e determinantes no processo. Outro estudo desenvolvido com equipes do PSF utilizou o mesmo recurso para analisar dados coletados com a utilização da técnica de grupos focais. É interessante notar que, nos dois trabalhos, os temas que evidenciaram diferenças em maior grau explicitam a fragmentação das informações e da compreensão do PSF pelos vários profissionais da equipe (Pedrosa e Teles, 2001).

**Quadro 1**

Temas convergentes e divergentes entre os membros da equipe do PSF do município de São Carlos (SP)

Temas	Profissionais de nível universitário	Profissionais de nível médio
<b>MÓDULO INTRODUTÓRIO</b>		
a) Pontos positivos	- Integração da equipe - Troca de experiências entre as equipes	- Integração da equipe - Troca de experiências entre as equipes - 'Noções' sobre como entrar em contato com as famílias
b) Pontos negativos	- Foco no trabalho em grupo e não em temas técnicos (*) - Despreparo dos monitores para conduzir alguns temas técnicos (*) - Não ter sido realmente introdutório	- Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) insuficientemente abordado - Não ter sido realmente introdutório
<b>SEQÜENCIAIS</b>		
a) Temas sugeridos	- Assuntos técnicos para formar generalistas (*) - Como formar os agentes comunitários de saúde (*)	- Drogadição, alcoolismo, gravidez precoce, prostituição infantil
b) Participação	- Equipe inteira, com momentos específicos e em separado	- Equipe inteira, com momentos específicos e em separado
c) Treinamento em serviço	- Encontros mensais de todas as equipes para troca de experiências	- Encontros mensais de todas as equipes para troca de experiências - Estudar patologias perante o caso real
d) Perfil para PSF		- Difícil moldar com treinamento
<b>PROCESSO DE TRABALHO</b>		
a) Integração	- Agentes não sabem triar visitas (*) - Médico faz o trabalho de busca e solução de problemas (*)	- Não existe trabalho em equipe: os agentes sentem-se perdidos
b) Seleção de agentes no bairro	- Não deveria ser restrita ao bairro: baixa eficácia do agente devido ao baixo nível de escolaridade (*)	- No bairro: maior proximidade e envolvimento versus perda da privacidade (*)
c) Papel do agente	- É bom ter o curso de Auxiliar de Enfermagem	- É bom ter o curso de Auxiliar de Enfermagem
<b>PSF E O SISTEMA DE SAÚDE</b>		
a) Falhas no sistema levam à baixa resolutibilidade e credibilidade	- Falta de retaguarda e autonomia para encaminhamentos - Falta de credibilidade pela baixa resolutibilidade	- Burocacia dificulta a continuidade - Falta de credibilidade pela baixa resolutibilidade
b) Frustração	- Falta de avanços leva a impotência e frustração	- Falta de avanços leva a impotência e frustração
c) Apoio	- Necessidade de apoio estrutural	- Necessidade de apoio psicológico
<b>RELAÇÃO COM A COMUNIDADE</b>		
a) Reconhecimento	- Hostilidade inicial, depois reconhecimento	- Hostilidade inicial, depois reconhecimento
b) Vínculo	- Confiança, afetividade, responsabilidade	- Confiança, afetividade, responsabilidade
c) Momento da assistência	- Mais tempo disponível, melhor qualidade - Visão mais integrada da família à qual o paciente pertence: a paciente gestante é, ao mesmo tempo, filha, neta e mãe de outros pacientes	- Mais tempo disponível, melhor qualidade - Aspectos insuficientemente abordados: construção de conhecimento com a comunidade, aprender e ensinar, conforto oferecido ao conversar, ouvir, olhar e tocar
<b>PSF E O CONTEXTO SOCIAL</b>		
Intervenção biológica	- Insuficiente, pois problemas sociais são preponderantes - Envolvimento assistencial	- Insuficiente, pois problemas sociais são preponderantes - Envolvimento assistencial

(\*) Temas que não foram consenso dentro da própria categoria.

Foi possível identificar que há muitas dificuldades nas relações entre os membros da equipe e limitações quanto à efetivação de uma atuação integrada e interdisciplinar. Quando a discussão foi voltada para a capacitação — Módulo Introdutório —, vários temas foram consensuais entre os sujeitos participantes, como a importância de o módulo acontecer no início das atividades das equipes, abordando o trabalho em grupo e proporcionando a troca de experiências entre as equipes.

Dentro da categoria de agentes comunitários de saúde, apontou-se a necessidade de discutir, em profundidade, como fazer e estabelecer o contato com as famílias atendidas, considerando-se a complexidade dos aspectos envolvidos na realização das visitas domiciliares.

No subgrupo de médicos e enfermeiros, houve diferenças no posicionamento dos participantes quanto ao conteúdo a ser abordado no Módulo Introdutório: ou um conteúdo mais técnico visando à formação de médicos generalistas ou a introdução dos princípios do PSF, entre eles a importância de se trabalhar verdadeiramente em equipe.

Já quanto ao que se espera dos cursos de capacitação seqüenciais, foi consenso entre todos os sujeitos que estes devem ser conduzidos com toda a equipe reunida, com momentos específicos, onde se trabalha com cada categoria separadamente. Foi também consenso que os encontros mensais de todas as equipes de saúde da família do município são espaços importantes de troca de experiências e de busca coletiva de soluções.

Os temas identificados como prioritários variaram segundo a categoria. Os médicos esperam a abordagem de temas que lhes facilitem a atuação como generalistas no PSF. Os enfermeiros sentem falta de uma formação que possa auxiliá-los a capacitar os agentes. E os agentes comunitários de saúde esperam a abordagem de questões presentes no cotidiano de sua atuação e sentem-se satisfeitos quando há possibilidade de aprofundar seus conhecimentos sobre algumas patologias a partir da discussão dos casos encontrados nas famílias.

*“Acho que, justamente cursos, principalmente nas áreas básicas, de clínica médica, cirurgia geral, de ginecologia e obstetrícia, para a gente poder atender o paciente em todo o seu ciclo de vida, entendeu? Precisaria ter melhores cursos, assim, com palestras de especialistas de bom nível mesmo”* (médico).

A percepção e o entendimento quanto à capacitação são um exemplo significativo dos aspectos divergentes. Para os médicos, a capacitação deve concentrar-se nos aspectos relacionados à prestação da assistência médica como generalista, pois a maior parte deles foi capacitada em alguma especialidade médica e sente-se despreparada. No seu entendimento, este deveria ser o conteúdo, inclusive do módulo introdutório. De alguma forma, is-

to denota uma desvalorização dos aspectos relacionados com o trabalho em equipe, vínculo com a comunidade e outros. Seria como se estes temas fossem 'menores' ou menos importantes e não fossem de sua responsabilidade.

Aqui aparece um aspecto importante relacionado com a formação dos profissionais de nível superior da área de saúde, em especial a dos médicos. Há um descompasso entre o ensino formal, geralmente oferecido na graduação em medicina, e a necessidade do PSF. Nos últimos anos, alguns projetos têm investido para diminuir esta distância, mas ainda são iniciativas incipientes. Ou seja, este tipo de questão que tem surgido no PSF acaba por exponer claramente uma interface problemática das políticas públicas de saúde com as políticas de educação universitária.

Quanto à formação e capacitação, os agentes comunitários de saúde mostraram uma descrença em relação à possibilidade de formar ou capacitar pessoas para trabalhar no PSF, especificamente no que se refere ao contato com a comunidade. De acordo com a experiência deles, não é possível preparar ou 'moldar' uma pessoa para ter afinidade com a proposta e se enquadrar no perfil adequado. É interessante destacar que é este profissional — o que compartilha características mais próximas com a população atendida pelo programa — que apresenta este depoimento.

Fica claro que as ações de capacitação dos membros das equipes de saúde da família até agora desenvolvidas não têm sido suficientes para imprimir mudanças nas relações interprofissionais e na organização de um processo de trabalho baseado no trabalho em equipe. Assim, faz-se necessário um redirecionamento das atividades de formação e capacitação contínuas. Com esta perspectiva, é fundamental incentivar e apoiar estudos que aprofundem o conhecimento dos gerentes dos programas para descobrir o que seus grupos pensam e percebem e que representações e aspirações têm sobre o seu desempenho e o da equipe, considerando que os resultados obtidos estão profundamente vinculados com a forma de relacionamento dos trabalhadores com a gerência e a instituição (Cornetta, Pereira e Lefèvre, 2001).

A organização do processo de trabalho baseado no trabalho em equipe é um tema delicado, pois gera controvérsia importante dentro do grupo de médicos e enfermeiros. Alguns não conseguem trabalhar em equipe, acreditando ser impossível confiar na triagem de visitas realizada pelos agentes e preferindo trabalhar de maneira isolada. Quando isto acontece, o agente sente-se isolado, sem condições de continuar o trabalho, pois teria de perguntar às famílias qual tem sido a conduta dos seus colegas de equipe. Outros médicos consideram que é possível e eficaz trabalhar em equipe, conduzindo de maneira construtiva a relação com os agentes.

Outro aspecto interessante é a identificação do papel do profissional enfermeiro, pela própria categoria, como aquele responsável pela conformação da equipe de trabalho. Ou seja, há uma expectativa de que ele seja o

articulador da equipe e o encarregado pela absorção do profissional agente comunitário de saúde — até então um profissional inexistente nas unidades e nas equipes de saúde — na equipe e na organização do processo de trabalho da atenção básica.

A falta de clareza quanto ao papel dos agentes comunitários de saúde, expresso nas manifestações dos dois grupos de que “seria bom que eles tivessem formação de auxiliares de enfermagem”, emerge como um ponto crucial, denunciando, provavelmente, a não compreensão do modelo assistencial proposto pelo PSF. Estudos têm mostrado que a identidade desse profissional está em construção e está longe de ser uma questão resolvida, dentro do próprio grupo profissional e também do ponto de vista dos outros profissionais do PSF e da área de saúde (Silva e Dalmaso, 2002).

Conseqüentemente, a seleção dos agentes também é referida e discutida, por impactar diretamente as relações na equipe de trabalho, segundo a percepção de alguns membros da categoria de médicos e enfermeiros. É também um tema que gera discordância dentro deste grupo. Um dos aspectos abordados é que, se a seleção dos agentes é realizada tendo como critério o agente ser morador do bairro, a sua escolaridade deverá refletir as condições da localidade, limitando o nível intelectual do agente e a sua atuação. Alguns agentes divergem quanto a ser ou não fundamental morar no bairro, pois, para alguns que não são, o trabalho transcorre normalmente. Outros agentes, que são moradores, dizem que isso aumenta ainda mais a proximidade e a cumplicidade com os usuários da USF. Ao mesmo tempo, há agentes, moradores e não moradores nos bairros em que trabalham, que apontam para o risco do agente-morador perder sua privacidade, se não mantiver uma postura adequada que preserve o seu espaço.

“Tem os bons e tem os ruins (...). Eu moro lá há oito anos e eu sou muito introvertida, intrometida porque eu sempre fui, eu sempre ia atrás de ônibus escolar, atrás de colocar lixo, lata, essas coisas. Então, no bairro, todo mundo me conhecia, daí o povo não me dá sossego, é sábado, domingo de noite (...): meu filho está passando mal, chama a ambulância. Vai eu dizer não, eu não sei dizer, então (...)" (agente comunitário de saúde).

“Ela não é do bairro. E ela não tem problema, eles não batem na porta dela” (agente comunitário de saúde).

“Você tem famílias que, se você morasse no bairro, não conseguiria ajudar. Tem mães que não teriam nem coragem de falar metade do que fala para você que é vizinha. Eu acho a dificuldade aí. A gente tem muita liberdade, a gente entra, consegue penetrar, ajudar” (agente comunitário de saúde).

Para todos os participantes parece que ainda não está claro o papel do ACS dentro da equipe, uma vez que os dois grupos colocam como interessante o agente ter concluído o curso de auxiliar de enfermagem.

Ao se discutir a relação do PSF com o restante do sistema de saúde, evidencia-se para todos os participantes a fragilidade do sistema em apoiar a ação do PSF, devido à excessiva burocracia, à oferta insuficiente de serviços ou a falhas no processo de referência e contra-referência. Isso acaba levando a uma diminuição de credibilidade perante a população e à frustração por se estar tão próximo, envolvido, mas de mãos atadas para solucionar os problemas. Os médicos ainda salientam que a pouca autonomia permitida (não podem solicitar exames ou prescrever vários medicamentos) ainda aumenta a baixa resolutividade, impactando na credibilidade do programa.

*“Porque se você não pode pedir um exame, se você não pode pedir um tipo de radiografia diferente, se você não pode fazer nada, como é que você vai saber o diagnóstico?” (médico).*

Esse aspecto mostra algumas das contradições no gerenciamento da articulação do PSF dentro do sistema de saúde, o que faz com que, muitas vezes, o PSF pareça ser um programa à parte.

Os agentes comunitários de saúde citam ainda a necessidade de que o sistema ofereça apoio psicológico, pois o envolvimento com o sofrimento das famílias é muito profundo, interferindo até na saúde de alguns.

*“Acho que o psicólogo de cada área pode não estar se envolvendo diretamente com a família. Mas se ele, pelo menos, desse um apoio ao agente para tentar ajudar a fazer algo, já era alguma coisa. Sabe, acharia uma saída para essa família” (agente comunitário de saúde).*

*“Você tenta ajudar, procura um, procura outro, você entra em desespero e começa a chorar. Acaba ficando depressiva também. Porque a gente absorve o problema. Você tenta se virar de todo jeito e, não conseguindo, você acaba se deprimindo” (agente comunitário de saúde).*

A relação dos profissionais com a comunidade é apontada por todos os participantes como sendo bastante positiva, embasada em um vínculo verdadeiro, que comporta respeito, afetividade e confiança.

Ao caracterizar os momentos de assistência prestados, todos concordam que o tempo dispensado nos atendimentos é mais longo, podendo ter maior qualidade do que no restante dos serviços de saúde. Os médicos e enfermeiros apontam ainda que o atendimento acontece em um contexto bem mais pessoal, onde o paciente faz parte de uma família e de uma realidade conhe-

cida pelo profissional. Os agentes comentam ainda que, nesse encontro com a comunidade, o conhecimento é construído em conjunto, a vivência da comunidade tem valor para o profissional. Além disso, o simples encontro propiciado pela visita domiciliar proporciona a possibilidade de conversar, falar, ouvir, olhar e tocar, sendo de grande valor para se manter a saúde. Enfim, ambas as categorias, médicos e enfermeiros (profissionais de nível universitário) e agentes (profissionais de nível médio), reconhecem que o contato bastante humanizado presente no PSF tem um efeito diferenciado sobre a atuação dos mesmos e os resultados obtidos.

"E é interessante porque depois, quando eles entram para consultar, eles comentam, abrem. Não sei, eles se encontram dentro do assunto, eles vêm e comentam, aí está o problema, como eles abrem o coração, a intimidade começa aparecer toda: agressão física, agressão sexual, deturpações que se ele fosse em uma consulta comum não ia sair. A consulta do PSF é mais ampla, bem mais ampla. E a diferença é o seguinte: nós temos mais tempo" (enfermeira).

A questão da atuação do PSF no contexto social permitiu a ambos os grupos manifestarem aspectos importantes. Eles percebem que a exclusiva atuação de assistência à saúde em um formato mais tradicional não tem o impacto esperado sobre as condições de vida e a saúde da comunidade, pois os problemas sociais são preponderantes. Ambos os grupos concordam que lidar com esta questão é um desafio.

### **Considerações finais**

Entre outros aspectos, esse estudo permitiu apontar o problema do não estabelecimento, a contento, de um sistema de referência e contra-referência que atenda às demandas oriundas do PSF, assim como às demandas do restante da rede básica de saúde. O trabalho de Pinheiro (2001) sobre o Programa de Saúde da Família de Volta Redonda detectou também o mesmo problema. Destaca-se aqui esse aspecto, porque ele representa, de certa forma, um aspecto crítico do sistema de saúde como um todo. Suas causas são complexas e indicam que, muitas vezes, a simples incorporação de modelos tecnoassistenciais inovadores não garantem muitas das mudanças pretendidas porque não alteram, de fato, a matriz hegemônica e suas respectivas estruturas de poder (Silva Júnior, 1996).

Os resultados encontrados no estudo realizado em São Carlos, ao indicarem que existem contradições no gerenciamento da articulação do PSF dentro do sistema de saúde, reforçam as conclusões apontadas por outros estudos (Pinheiro, 2001) de que há limites estruturais inerentes às instituições de saúde e que o desenho dos novos e inovadores modelos assistenciais não têm

conseguido atuar nesse âmbito, o que acaba por inviabilizar as mudanças pretendidas na prática sanitária. Além disso, é preciso reconhecer a complexidade dos problemas de saúde que demandam as unidades de saúde da família e respectivas equipes de saúde da família. Geralmente, as problemáticas não estão apenas relacionadas com o campo da saúde, mas têm interface com os campos político, econômico, cultural e social, necessitando ações intersetoriais, o que ainda é muito novo no campo e na prática em saúde.

É importante reforçar que coexistem, atualmente, várias possibilidades de organização das práticas em saúde, como observa Campos (2003, p. 109): “não há um único modelo ideal para todo o SUS. Tampouco existiria ‘o’ modelo, superior em todos os aspectos a outras formas de organizar a atenção. Modelos são arranjos variáveis de recursos (humanos, financeiros, de conhecimento etc.) objetivando incrementar a produção de saúde”. E os aspectos problemáticos quanto ao gerenciamento e à articulação dos modelos com o sistema como um todo e quanto à formação adequada dos profissionais de saúde também se repetem. Isso indica a necessidade de se aprofundarem estudos para buscar alternativas que alterem a matriz hegemônica do sistema de saúde.

### **Agradecimentos**

Agradecemos a colaboração da equipe do Programa de Saúde da Família do município de São Carlos (SP).

## Notas

<sup>1</sup> Assistente Técnico de Pesquisa do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mestre em Saúde Pública. <pmomb@power.ufscar.br>

<sup>2</sup> Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Educação em Saúde, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mestre em Ciências. <danae@isaude.sp.gov.br>

<sup>3</sup> Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Pública. <claudiab@usp.br>

<sup>4</sup> Administradora Regional de Saúde de Vila Isabel, Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. <vilaisabel.ares@saocarlos.sp.gov.br>

## Referências

- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. 2000a. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/Programa de Saúde da Família, n. 1.
- . 2000b. *Educação permanente*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Políticas de Saúde/Programa de Saúde da Família, n. 3.
- CAMPOS, Gastão W. S. 2003. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz G. 1996. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293.
- CORNETTA, Victoria K.; PEREIRA, Isabel M. T. B.; LEFÈVRE, Ana M. C. 2001. Política de recursos humanos. In: WEST-PHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. (orgs.). *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: Edusp, p. 155-180.
- GUEDES, Ana E. 2001. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/IMS, p. 127-156.
- IBGE. 2000. Censo Demográfico 2000. Disponível em <[www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br)>. Acesso em: 09 set. 2004.
- MENDES, Eugênio V. 1999. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- MINAYO, Maria Cecília S. 1993. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Abrasco/Hucitec.
- MS (Ministério da Saúde). 1994. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde.
- . 2004. *Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão-ação*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica.
- PAIM, Jairnilson S. 2003. Gestão da atenção básica nas cidades. In: RASSI NETO, Elias; BÓGUS, Cláudia M. (orgs.). *Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 183-212.
- PEDROSA, José Ivo S.; TELES, João B. M. 2001. Consenso e diferenças em equipes

- do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. 303-311.
- PINHEIRO, Roseni 2001. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/IMS, p. 65- 112.
- REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA 2000. Brasília: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/Programa Saúde da Família, v. 34, n. 3, p. 316-319.
- SCHRAIBER, Lilia B. 1998. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Abrasco/Hucitec.
- SILVA JÚNIOR, Aluizio G. 1996. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- SILVA, Joana A; DALMASO, Ana S. W. 2002. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- SMS-SC (Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos). 2004. *Boletim Informativo da Saúde*. Disponível em: <[www.saocarlos.sp.gov.br/jornal-boletimsaude-p2htm](http://www.saocarlos.sp.gov.br/jornal-boletimsaude-p2htm)>. Acesso em: 9 set. 2004.
- WESTPHAL, Marcia F. 1992. O uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: SPINOLA, Aracy W. P. et al. (orgs.). *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez, p. 117-124.
- WESTPHAL, Marcia F.; BÓGUS, Cláudia M.; FARIA, Mara M. 1996. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 120, n. 6, p. 472-482.
- 
- Recebido em 05/11/2004  
Aprovado em 17/12/2004