



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Vieira Teixeira, Edmar; Borges Lourinho, Maria de Jesus; Pinheiro Martelli, Silvia Regina; Nuto de
Araújo Soares, Sharmênia

O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 17, núm. 3, 2004, pp. 119-126
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817304>

- 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

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB O ENFOQUE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

The Family Health Programme from the health professionals' point of view

Artigo original

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender as percepções e os sentimentos dos profissionais de saúde que compõem o Programa Saúde da Família – PSF, de Maracanaú-CE. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando o referencial fenomenológico. Foram entrevistados 18 profissionais de saúde no período de setembro de 2002 a agosto de 2003, tendo como pontos norteadores a representatividade individual do PSF, o trabalho em equipe, as suas expectativas e o grau de satisfação. Por meio da análise compreensiva dos depoimentos, destacaram-se como pontos fortes do PSF: o vínculo familiar e o compromisso, bem como a educação em saúde. O trabalho em equipe, como inerente ao PSF, mostrou-se fundamental para que as atividades do programa fossem desenvolvidas. Como pontos preocupantes, os profissionais de saúde reivindicaram a melhoria das condições de trabalho e a estabilidade profissional. Cumpre ressaltar que foram encaminhados os resultados aos gestores, no sentido de que estas questões pudessem ser melhoradas ou resolvidas. A satisfação e as expectativas dos profissionais entrevistados, na maioria, são positivas e demonstram que trabalhar com essa estratégia, requer uma mudança de comportamento e comprometimento, um desafio a ser vencido.

Descritores: Saúde da Família; Papel profissional; Satisfação no emprego.

ABSTRACT

This study aimed at understanding the perceptions and feelings of the health professionals who take part in the Family Health Programme – FHP, in Maracanaú-CE. It was a qualitative research which used the phenomenological referential. Eighteen health professionals were interviewed in the period of September, 2002 to August, 2003. The main issues approached were the individual representation of FHP, the team work, their prospects and the degree of satisfaction. By means of a comprehensive analysis of the statements, the family link and the commitment were pointed out, as well as the health education as the main issues of the FHP; the team work inner to the FHP showed to be fundamental for the development of the programme activities. As worrying matters, the health professionals claimed for better working conditions and job stability. It is worth stating that the results of this study were sent to the managers in order to improve or solve these demands. The most part of these workers are satisfied and their expectations are optimistic and it shows that working by means of this strategy requires comportamental changes and compromising, which is a challenge to overcome.

Descriptors: Family health; Professional Role; Job Satisfaction.

Edmar Teixeira Vieira⁽¹⁾
Maria de Jesus Lourinho Borges⁽²⁾
Silvia Regina Martelli Pinheiro⁽³⁾
Sharmênia de Araújo Soares Nuto⁽⁴⁾

- 1) Médico Especialista em Ginecologia e Medicina do Trabalho. Médico do Programa Saúde da Família de Maracanaú-CE. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Fortaleza.
- 2) Dentista Especialista em Saúde Bucal Coletiva. Dentista do Programa Saúde da Família de Maracanaú-CE. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR.
- 3) Enfermeira Especialista em Administração Hospitalar. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.
- 4) Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Professora de Odontologia Social do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Recebido em: 29/03/2004
Revisado em: 18/05/2004
Aceito em: 09/07/2004

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família – PSF, data da década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, cuja Saúde Pública alcançou níveis interessantes de qualidade, e investiu-se na promoção da saúde, sendo precedido pela criação do PAS – Programa Agentes de Saúde e PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Em 1994, foram implantadas as primeiras equipes do PSF, pelo Ministério da Saúde, funcionando, teoricamente, como porta de entrada para o sistema de saúde, visando à reversão do modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz que a família passe a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças^(1,2).

O PSF hoje existe, praticamente, em todo o país. Está funcionando em 4.276 municípios brasileiros, por meio de 17.608 equipes, atendendo a mais de 57 milhões de brasileiros, segundo dados do Ministério da Saúde⁽³⁾.

Hoje, no Ceará, são 184 municípios com o PSF, estas em atividade com 91 equipes na capital e 1.088 no interior⁽⁴⁾.

O Programa propõe a criação de uma equipe de saúde composta de um médico generalista, uma enfermeira e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além do cirurgião dentista, THD – Técnico de Higiene Dental e ACD – Auxiliar de Consultório Dentário, inclusos nas equipes a partir de 01 de Janeiro de 2001, que se responsabilizam por uma área geográfica onde habitam entre seiscentas a mil famílias, em média, 3.475 pessoas.

Cada equipe do PSF é responsável pela família de uma determinada área, no município. As atividades exercidas são territorialização, atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, articulação com os demais setores do município, entre outras.

A maioria das pesquisas sobre PSF enfatizam o seu funcionamento e a satisfação dos usuários. Foi em busca de compreender o outro lado, o dos que fazem o PSF funcionar, que essa pesquisa realizou-se, visando a avaliar as percepções, expectativas e satisfação dos profissionais integrantes do referido Programa, no município de Maracanaú – Ceará. Busca-se a qualidade da atenção em saúde da população, bem como propor estratégias de melhoria no funcionamento do serviço, a serem encaminhadas aos gestores municipais.

Maracanaú, em tupi, significa – a lagoa onde bebem as maracanãs. “Surgiu em virtude do grande número de

maracanãs que voavam ao longo de suas belas lagoas. E era tão grande a quantidade dessas aves que se tornou comum chamar a região recém-desbravada de terra das maracanãs”⁽⁵⁾.

Maracanaú faz parte da microrregião de Fortaleza, com 82 km² de superfície. Limita-se ao Norte com Fortaleza, a Oeste com Caucaia e Maranguape, ao Sul com Pacatuba e Maranguape e a Leste com Pacatuba⁽⁶⁾. Sua população é de 186.690 habitantes, segundo estimativa do IBGE, para 2003 *apud* Ministério da Saúde⁽⁷⁾, e caracteriza-se como um município predominantemente urbano.

“O trabalho industrial é o motor da vida econômica de Maracanaú. É tão importante e significativa a produção industrial no município que o coloca em segundo lugar em termos de arrecadação, no Estado do Ceará. O trabalho industrial mudou a cara de Maracanaú. No lugar do Vô das Maracanãs Auriverdes, que já tinham desaparecido há muitos anos, hoje encontramos o vento cinzento das fábricas”⁽⁸⁾.

Em 1997, mediante da lei nº 560/97, a Prefeitura de Maracanaú criou o Programa Saúde da Família⁽⁸⁾. O Município é dividido internamente em 06 AVISAs – Área de Vigilância à Saúde – criadas pela lei Municipal nº 561/97, com limites geográficos determinados por um contingente populacional em torno de 30.000 habitantes⁽⁶⁾.

“As AVISAS constituem-se de espaços territoriais com características geográficas, políticas, epidemiológicas e de gestão descentralizada, de planejamento público próprio cujo objetivo é alcançar a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos, das famílias e da população como um todo”, segundo Relatório de Gestão – 2000 *apud* Sousa⁽⁸⁾.

Este município, por ocasião da pesquisa, contava com 39 Equipes de Saúde da Família – ESF, distribuídas em 17 Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF⁽⁶⁾.

MÉTODOS

O presente trabalho fundamentou-se na pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de Análise de Conteúdos de Minayo⁽⁹⁾, que compreende as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os grupos estudados foram valorizados e conhecidos por suas falas e suas vivências, por meio das verdades levantadas, construir o conhecimento e interpretar a realidade.

“O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”⁽⁹⁾.

A vida dos seres humanos em sociedade é de extrema grandeza, maior que qualquer teoria, pensamento ou discurso,

e as Ciências Sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias que se aproximam, ainda que de forma incompleta da realidade social.

Desta forma, “a pesquisa seguiu a linha fenomenológica, um estudo do vivido e seus significados, um estudo que ultrapassa as aparências de um fenômeno para alcançar a sua essência; o fenômeno é considerado o que se mostra, se manifesta, o que aparece. Cabe ao método fenomenológico desnudar o fenômeno, não apenas descrevê-lo. A tarefa de interpretação (tarefa de Hermenêutica), é essencial para o entendimento da realidade, e que poderá ser retomada e vista sob nova interpretação”⁽¹⁰⁾.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com questões específicas, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, como crenças, valores, atitudes, aprofundando-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas⁽⁹⁾.

A pesquisa foi realizada no período de setembro/2002 a agosto/2003.

Ao trabalho de campo, precedeu a leitura e análise bibliográfica existente, além da elaboração de um roteiro de entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e subjetivas, aos profissionais escolhidos, onde os entrevistados pudessem discorrer livremente, mas sem deixar de pronunciar-se sobre questões relevantes que envolvem o tema em estudo.

Nesta perspectiva, as entrevistas foram conduzidas por meio das seguintes questões norteadoras: o que é PSF para você, qual a mudança para você de trabalhar com o PSF ou sem o PSF, o que deveria ser modificado, o que deveria ser acrescentado às atuais diretrizes, como os gestores poderiam contribuir efetivamente para executar bem o PSF, como é trabalhar em equipe, qual a sua expectativa e grau de satisfação em trabalhar com equipes de PSF.

Buscou-se trabalhar, após consenso do nosso grupo, com os profissionais de saúde das áreas afins dos componentes do PSF, ou seja, com o (a) médico (a), enfermeiro (a), e a (o) cirurgia(o)-dentista. Os critérios que subsidiaram a eleição de Maracanaú para o presente estudo deveu-se ao fato de que dois dos membros do grupo exercem atividades laborativas, junto ao PSF da localidade, AVISA VI, e por ser a área de maior abrangência que as demais AVISAs.

Na AVISA VI, temos 32.522 habitantes, 04 Unidades Básicas de Saúde da Família, nos bairros Parque São João, Jaçanaú, Mucunã e Cágado, onde atuam 07 Equipes de Saúde da Família. As equipes atuam nessa AVISA desde 1999.

As entrevistas foram realizadas no período de março/abril 2003, com um total de 18 profissionais, sendo 08

Enfermeiros, 06 Médicos, e 04 Cirurgiões-Dentistas, foram quase todas gravadas, transcritas fielmente, relidas e organizadas por categorias de profissionais.

Os entrevistados foram avisados com antecedência, e nos receberam cordialmente, no horário que não prejudicasse o funcionamento do serviço, sendo algumas entrevistas realizadas na hora do almoço, ou fim do expediente, com duração de 20 minutos em média.

Houve a preocupação de alguns profissionais em responder as entrevistas num local reservado, para facilitar as gravações e poderem discorrer com mais liberdade sobre as questões levantadas.

Sendo dois dos pesquisadores, pertencentes a AVISA VI, a observação diária, bem como as relações informais com os colegas de trabalho, complementaram a pesquisa.

Triviños *et al apud* Nuto⁽¹¹⁾ corroboram com a seguinte afirmação, “através da observação participante livre, as relações informais do pesquisador por meio de conversas, gestos e expressões são captadas, ou seja, várias situações que não podem ser registradas através de perguntas ou documentos, durante o tempo previsto para a atividade de campo, complementarão, sem perder o instrumental teórico, a investigação proposta”.

Após a leitura flutuante, exaustiva e interrogativa, foram construídos vários temas ou “categorias gerais”, referentes ao questionário aplicado e distintas as várias categorias empíricas, pelos pesquisadores, de acordo com os temas em questão. Noutra etapa do trabalho, as categorias foram agrupadas, após leituras transversais, reelaboradas de forma mais sintética, e contrapostas às observações e aos estudos bibliográficos. E, como última etapa da pesquisa, elaborou-se estratégias e subsídios a serem encaminhados aos gestores e aos profissionais de saúde do PSF da localidade estudada, no sentido de crescimento e melhoria na qualidade de vida, dos profissionais de saúde.

Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, em 13 de fevereiro de 2003 e aprovado com ressalvas. Os informantes tiveram suas identidades preservadas, sendo identificados por números e preparou-se um documento prévio à entrevista (consentimento informado)⁽¹²⁾.

As recusas e as solicitações de não gravação foram respeitadas e não comprometeram a qualidade da coleta dos dados, sendo feitas por escrito pelos próprios profissionais e outras anotadas *a posteriori* pelo entrevistador.

As maiores dificuldades encontradas foram com os profissionais médicos, que preferiram responder por escrito

às questões, bem como uma enfermeira e dois cirurgiões-dentistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram compiladas as informações nos seguintes temas ou categorias gerais: o que é o PSF?; relacionamento em equipe; modificações no PSF; satisfação e expectativas em trabalhar em PSF.

O que é o PSF?

Dos vários estudos e documentos que descrevem e normatizam as ações do PSF, quase sempre partem de definições de filosofia assistencial, passam por concepções de ordem estrutural do sistema e dos profissionais envolvidos, e completam-se com propostas de ação que se validam em exemplos de bons resultados.

O PSF não é uma proposta paralela na organização dos serviços de saúde e, sim, uma estratégia de substituição e reestruturação do modelo. “Desta forma, a implantação do PSF traz um novo desafio para os trabalhadores de saúde, o de rever sua prática diante do novo paradigma. Esta transformação é preciso para enfrentar os agravos e problemas de saúde”⁽¹³⁾.

Os gestores e os profissionais das equipes vivenciam o dia-a-dia do PSF de uma outra maneira, para eles a realidade é o ponto de partida e de chegada. As ações, sejam do modelo assistencial ou de estruturação dos serviços, são quase sempre desafios à criatividade.

De fato, os profissionais de saúde de Maracanaú estão revendo essa prática, no cotidiano dos serviços, trabalhando a educação em saúde, dentro da comunidade.

No início, com a implantação dessa nova estratégia de atenção primária, encontramos as UBS – Unidades Básicas de Saúde sem estarem estruturadas para isso, os profissionais de saúde, nem todos capacitados, e a população sem entender essa nova proposta de exercer a saúde pública. Vemos isto ainda, quando a população procura a UBS nos momentos de urgência e para fins medicamentosos exclusivamente (demanda livre reprimida). Mas, no discurso dos profissionais entrevistados resgatam o que “formalmente” constitui as bases do Programa, como de certa forma, quisessem mostrar uma lição aprendida na rotina do trabalho.

Destacamos em itálico a transcrição da fala dos entrevistados:

...é a reorganização da atenção primária à saúde, uma nova estratégia de atender..
(Enfermeira 7).

...é uma nova estratégia do serviço público para promoção de saúde coletiva... (Médico 1).

Nessa nova estratégia, uma das novas práticas foram às visitas domiciliares, trazendo o profissional de saúde mais próximo das famílias de seus pacientes; humanizando o atendimento, e com isso impôs ao profissional um maior compromisso, “um agir cúmplice”, segundo Merhy *apud* Mascarenhas & Almeida⁽¹⁴⁾, criando assim um vínculo com a família.

... com o PSF você tem uma maior interação, compromisso com o paciente, por conhecer sua realidade. (Cirurgião-Dentista 3).

“Responsabilização e vínculo são assim considerados como potentes dispositivos para mudar a prática cotidiana dos serviços”⁽¹⁴⁾. De fato, os profissionais de saúde de Maracanaú estão se responsabilizando e criando novos vínculos. Um dos pontos fundamentais nessa nova proposta foi trabalhar com a comunidade, onde você pode se inteirar dos problemas e particularidades nelas existentes, trabalhando com grupos específicos dessa comunidade, como: hipertensos, diabéticos, idosos, adolescentes, gestantes, escolares e creches, além da demanda livre; isso trouxe a comunidade mais próxima dos profissionais.

...é um programa que visa uma melhor relação do profissional com a comunidade, levando a um melhor entendimento por parte do profissional, do estado de saúde do seu paciente... (Cirurgião-Dentista 3).

Um dos aspectos mais enfatizados pelos profissionais para demonstrar a proximidade e satisfação com o trabalho no Programa, foi o grande enfoque na educação em saúde como estratégia de transformação social. Sendo esse o principal diferencial em relação ao modelo anterior.

Como mudança de comportamento, junto à comunidade, fazendo-os co-responsáveis da promoção de saúde, transformando a realidade, mas respeitando seus aspectos culturais; trabalhando com a educação em saúde, enfatiza-se a prevenção, cuidados básicos com saúde, vacinação, vida saudável, evita-se agravos à saúde, todo esse tão importante trabalho, traz mudanças positivas, como vemos pelos indicadores de saúde nas populações atendidas pelo PSF.

... é mais gratificante, a partir do momento que você consegue... educar uma comunidade não é fácil, mas quando você consegue com o seu trabalho já estruturado, você acredita na educação em saúde, que você consiga mudar um, dois, acho que você já se sente satisfeito... (Enfermeira 1).

Os relatos dos entrevistados sobre educação em saúde concordam com Sampaio & Alves, quando citam “a educação e a saúde são dois pólos impulsionadores na construção de uma sociedade promissora e sadia, que venha propiciar aos indivíduos uma melhoria de vida”⁽¹⁵⁾.

Relacionamento em Equipe

A multidisciplinariedade foi uma das mudanças dessa nova estratégia, o PSF, fazendo com que os profissionais possam interagir, unir saberes e experiências, para a solução de problemas de saúde de seus pacientes.

Para a maioria dos profissionais de saúde, trabalhar em equipe foi visto como um potencial sinérgico que esse grupo pode gerar para outros, devido a dificuldades na comunicação, mudança de hábitos e diferentes maneiras de pensar, dificultou um pouco essa maneira de trabalhar.

...Trabalhar em equipe pra mim é imprescindível, um PSF sem equipe não é um PSF, por isso que quando se implantou o PSF, se implantou uma equipe. (Enfermeira 1).

... O melhor possível, várias cabeças pensando o resultado é o melhor possível... (Médico 3).

... Esta questão é relativa; é bom, dependendo do temperamento das pessoas da equipe... (Cirurgião-Dentista 3).

“A saúde coletiva e pública, ao se encaminhar como uma proposta centrada na vida dos homens, poderá encontrar nas práticas interdisciplinares um espaço privilegiado para repensar teorias, inovar as formas de pensar saúde, a doença e a prestação de serviços e se concretiza num movimento que aglutine o saber e os sujeitos desse saber. Representa mais um desafio para os profissionais desse campo e sem dúvida, depende de um intercâmbio que constitui a base do trabalho interdisciplinar”⁽¹⁶⁾.

A atuação em equipe passou a ter maior valor do que as ações técnicas individuais, em Maracanaú. Enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, trabalham em função da comunidade, com os grupos familiares dentro dos programas estabelecidos no PSF, fazem visitas domiciliares em conjunto, bem como as decisões são tomadas em grupos, por meio de reuniões periódicas de trabalho. Estas práticas interdisciplinares, mantêm coesos os profissionais de saúde.

Modificações no PSF

Perguntamos sobre os princípios básicos que direcionam a prática e a atenção à saúde da população e a opinião dos entrevistados foi que os mesmos, devem ser cumpridos, que

não tem o que mudar, mas cumprir o que já existe; no papel é uma coisa, e na prática é completamente diferente. Os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde não são respeitados. É grande, a ansiedade dos entrevistados, para a operacionalização do que está proposto para o Sistema e para o PSF.

É preciso fazer valer a equidade, a intersetorialidade, a universalidade, a integralidade nas ações, a referência e contra-referência para os serviços de maior complexidade tecnológica, bem como os outros princípios, aqui não citados.

O ser humano deve ser considerado como “um todo” e as ações de saúde voltadas para ele, prestando assistência de modo integral. As mudanças nestas questões devem acontecer, mas em defesa da vida e da esperança, daqueles que precisam e fazem parte daquela área de abrangência.

Murai *et al*⁽¹⁷⁾ também concordam que é possível mudar; e a “mudança tem início na percepção das equipes responsáveis pela definição e implantação das políticas públicas”.

No momento em que as equipes responsáveis pelas ações de saúde e os gestores trabalharem em conjunto, democratizando as soluções, deixando as questões políticas, a obtenção de favores ou vantagens de lado, haverá mudanças no campo operativo do programa, viabilizando a estratégia e dando qualidade de atendimento ao usuário e condições de trabalho ao profissional.

Destacamos aqui algumas falas dos entrevistados:

... se a gente seguisse exatamente as diretrizes que tem, integralidade, intersetorialidade, tudo aquilo, seria maravilha; o negócio é que no papel é uma coisa, e na prática é outra completamente diferente. (Enfermeira 8).

... valer, valer... intersetorialidade, equidade... (Médico 5).

O modelo assistencial, para ser resolutivo, precisa ter serviços de referência e contra-referência, realmente efetivos, sendo imprescindível a comunicação e a interação entre estes serviços, à procura de eliminar as barreiras existentes no encaminhamento e retorno do usuário.

Junqueira e Inojosa *apud* Turrini⁽¹⁸⁾ comungam da afirmação, “A resolutividade de um serviço é a garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, o que mostra a importância de haver um sistema de referência e contra-referência já estabelecido no sistema de saúde”.

... a gente encaminha o paciente e ele volta solto, a gente não sabe o que foi feito lá, eles não mandam a contra-referência, e o paciente fica sem saber explicar o que aconteceu, às vezes

nem adiantou a gente ter mandado o paciente.
(Enfermeira 5).

Outras questões levantadas pelos profissionais entrevistados foram a falta de estrutura dos serviços, falta de organização, o apoio e verbas para a saúde, que são mal direcionados, e não são suficientes para cobrir a demanda que se tem.

Numa Unidade de Saúde da Família – USF devem existir tecnologia e equipamentos que permitam a resolução de problemas de saúde da comunidade. Ou seja, a USF deve estar bem organizada e bem equipada para garantir a atenção básica à população sob sua responsabilidade.

E foi essa falta de organização e planejamento citada como ponto negativo pelos profissionais.

...é uma proposta muito boa, só que tem umas coisas que deixam a desejar. Assim, falta de condições mesmo, para gente trabalhar...vem só favorecer a população, só facilitar para eles. Mas enquanto não tiver uma coisa bem organizada... (Enfermeira 5).

... a gente sofre muito é essa questão do transporte... esse carro além de levar os profissionais pra visita, tem que pegar medicamentos, pegar material de consumo, material odontológico, levar documentação... (Enfermeira 6).

...é questão mesmo de recursos, de direcionar melhor, a gente sabe que a verba pra saúde não é suficiente para cobrir a demanda que se tem, mas vem muita coisa... (Enfermeira 2).

Destacamos também os depoimentos realizados sobre a relação entre o número de equipes, profissionais e famílias que são insuficientes para a demanda que se tem.

“Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da Unidade Básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local”⁽²⁾.

Vimos que esses critérios não são respeitados e que os médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros entrevistados, têm dificuldades em cumprir os princípios do programa, pois o número de famílias é muito acima do ideal por equipe. Esse é o fator, segundo os entrevistados, que gera maior dificuldade para a operacionalização do Programa com qualidade.

Vejamos algumas falas dos entrevistados:

... Pôr mais equipes... (Médico 5).

... Aumentar o quadro de profissionais, para que eles possam dar uma melhor assistência à população. Colocar um dentista para cada equipe de saúde da família... (Cirurgião-Dentista 3).

E finalmente, destacamos melhores condições de trabalho para os profissionais, que merecem ser valorizados como trabalhadores e como pessoas.

“Os trabalhadores de saúde são sujeitos sociais em processo de relação (relações atuais, passadas, históricas, sociais, culturais, de poder), no qual produzem as práticas de saúde, não sendo, assim, mais um dentre os muitos recursos necessários, como os materiais e físicos”⁽¹⁹⁾.

Esses sujeitos sociais produtores de saúde, também têm direito a condições melhores de trabalho, como bons materiais para o trabalho e de estabilidade como profissional.

Vemos que a questão trabalhista ainda é uma preocupação muito grande entre todos. Sem vínculos concretos, a rotatividade aumenta. E os salários são muito diferentes entre as categorias, provocando rivalidades e insegurança.

...Dar boas condições de trabalho para as equipes; dar condições para que sejam cumpridos os princípios políticos e operacionais do programa. (Enfermeira 7).

... não deixar faltar insumos e equipamentos necessários à execução do programa... (Médico 1).

... Há uma insegurança, porque não tem vínculo empregatício. Às vezes até se calam em determinados momentos, porque é um cargo comissionado, e ficam na corda bamba e às vezes não querem participar de alguma coisa, principalmente quando é fim de mandato, pois não sabe se vai continuar, não sabe o futuro... (Enfermeira 6).

No dizer de Fortuna et al⁽¹⁹⁾, “os trabalhadores têm sido, paradoxalmente, apontados como potenciais sujeitos da mudança e de reformulação das atuais práticas de saúde” e deveriam ser assim valorizados.

As questões aqui levantadas sugerem mudanças no campo operativo do Programa, no sentido de viabilizar a estratégia e dar qualidade de atendimento ao usuário e condições de trabalho ao profissional. Não se pode esquecer que estes mesmos profissionais são os sujeitos das mudanças, porquanto são também seu objeto. Segundo Fortuna et al⁽¹⁹⁾, “na saúde não se trabalha sozinho. A prática

é, necessariamente, coletiva, e nela muitos outros estão direta ou indiretamente envolvidos”.

Satisfação e expectativas em trabalhar em PSF

A satisfação do profissional é um conceito complexo que está relacionada a inúmeros fatores, tais como: expectativas, valores, problemas encontrados, poder de resolutividade, comprometimento e compromisso, salário, segurança no emprego, e em decorrência desses fatores, a satisfação pode ter várias percepções.

Para aqueles profissionais de saúde que se integram com a filosofia do PSF, trabalhar com essa estratégia, requer uma mudança de comportamento e comprometimento, incluindo-se nesse grande desafio.

... é um grande desafio, tenho satisfação em trabalhar no PSF, gosto da assistência primária, porém ainda estamos longe de uma saúde pública exemplar... (Enfermeira 1).

...sinto-me participante de um momento histórico, nesta nova forma de socializar a assistência médica... (Médico 6)

Alguns profissionais que não tinham experiência em serviço público, ou que já estavam acostumados com o modelo assistencial sem aquele envolvimento e compromisso, ou que possuem dificuldades de compreender a efetivação do SUS como um processo histórico, dinâmico e em transformação, demonstraram-se insatisfeitos.

...ultimamente, meu grau de satisfação está lá embaixo. Quando eu cheguei, recém-formada, eu achei uma maravilha, mas depois fui vendo a realidade. Assim você se desestimula. Você faz, faz, faz... (Enfermeira 5).

...de 1 a 10, é 5... (Médico 4).

A realidade de Maracanaú não é diferente de outros municípios. Alguns profissionais extremamente dedicados e envolvidos com o serviço público fazem o diferencial para o Programa. Outros, nem tanto.

A expectativa da maioria dos profissionais entrevistados, no entanto, foi positiva, que o PSF veio para ficar, que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e econômica, para as áreas mais pobres do país.

... minha expectativa é que o PSF não seja somente mais uma experiência, mas que ele venha para se estabelecer como um modelo definitivo... (Cirurgião-Dentista 2).

Ao contrário de simplificação é um alargamento da atenção primária à saúde em direção a incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis; se além à abordagem de problemas de saúde mas de grande impacto na diminuição da mortalidade e outros agravos à saúde⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF constitui estratégia central do processo de reorganização do SUS e tem por objetivo imprimir uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo primeiro nível de atendimento do sistema.

O programa visa à humanização do atendimento, à resolutividade dos problemas de saúde da população, bem como à responsabilização pela referenciação necessária aos níveis de maior complexidade assistencial para garantir a continuidade do atendimento. Constatamos a necessidade urgente, de mudanças estruturais no Programa Saúde da Família, pois a prática nem sempre condiz com a teoria. Faz-se necessário, para um bom desempenho do PSF, medidas, tais como:

- Conscientização dos gestores para estruturação e solidez do vínculo contratual de trabalho e salários dignos, o que diminuiria a rotatividade dos profissionais.
- Readequação da territorialização das áreas, e aumento do número de equipes e agentes comunitários de saúde, para que se possa atender o número correto de famílias, preconizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde).
- Estruturação dos sistemas de referência e contra-referência.
- Serviços com resolutividade, tanto em estrutura como em organização.
- Recursos materiais: carros, equipamentos novos e medicamentos em dia.
- Respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Avaliação constante e discussão entre as equipes sobre os resultados esperados e, se necessário, reavaliação juntamente com os gestores e a comunidade.

Se os gestores e as equipes do PSF se sensibilizarem de que a mudança é urgente e necessária, significará uma grande vitória contra a desconfiança crônica existente entre a população, que vem sendo freqüentemente mal atendida, bem como para os profissionais de saúde, na medida que oportunizou a reflexão sobre sua prática, no sentido de crescimento pessoal e fortalecimento do grupo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa de saúde da família. Brasília (DF): O Ministério; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): O Ministério; 1998.
3. Ministério da Saúde (BR). Onde estamos, quantos somos, como financiamos [on line] [citado 2003 Jul 24]. Brasília. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/financiamos.asp> .
4. Secretaria de Saúde (CE). Programa saúde da família - Março 2003 [on line] [citado 2003 Jul 24]. Ceará. Disponível em: URL: <http://sesanet.saude.ce.gov.br/images/SaudeFamilia/SaudeFamilia.htm> .
5. Silva I. Síntese da história de Maracanaú. Maracanaú (CE): Secretaria de Educação, Cultura e Desporto de Maracanaú; 1992.
6. Prefeitura Municipal de Maracanaú (CE). Re-territorialização em saúde e estimativa rápida participativa - Avisa VI. Maracanaú (CE); 2001.
7. Ministério da Saúde (BR). Caderno de informações de saúde [on line] [citado 2003 Jul 25]. Brasília. Disponível em: URL: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>.
8. Sousa MA. Maracanaú: história e vida: “o vô das maracanãs auriverdes e o pouso dos ventos da industrialização”. Fortaleza (CE): Tropical; 1996.
9. Minayo MC, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 16ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
10. Feijão AMM. Sobre a pesquisa qualitativa [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 1999.
11. Nuto SAS. Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE: a vez e a voz do usuário [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 1999.
12. Ministério da Saúde (BR). Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) nº 196/96 (Out.10,1996). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [on line] [citado 2002 Dez 16]. Brasília (DF). Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> .
13. Melo C, Araújo MJS. A nova prática de enfermagem: sistema único de saúde. Brasília: ABEN-Comissão Permanente de Serviços; 1992. (DocIII).
14. Mascarenhas MTM, Almeida C. O programa médico de família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. Rev Saúde em Debate (Rio de Janeiro) 2002 Jan-Abr; 26 (60): 82-102.
15. Sampaio NMM, Alves MDS. Educação em saúde: caminho para a melhoria da qualidade de vida da família. In: Forte BP, organizador. Saúde da família: visão transdisciplinar. Fortaleza (CE): Expressão Gráfica; 2002. p. 39-45.
16. Nunes ED. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. Rev Saúde em Debate (Rio de Janeiro) 2002 Set-Dez; 26 (62): 249-58.
17. Murai HC, Sanna MC, Prado SRLA, Cunha ICKO. Caracterização de uma comunidade – um exemplo do uso das ferramentas da epidemiologia para o mapeamento das condições de vida e saúde das famílias. In: Cianciarullo TI, organizador. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002. p.38-55.
18. Turrini RNT. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: Cianciarullo TI, organizador. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002. p.102-22.
19. Fortuna MC, Matumoto S, Pereira MJB, Mishima SM. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. Rev Saúde em Debate (Rio de Janeiro) 2002 Set-Dez; 26 (62): 272-81.
20. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma reconquista do psf. Rev Bras Enferm 2000 Dez; 53 (No. especial): 25-30.

Endereço para correspondência:

Sharmênia Nuto

Rua Marílio Fernandes 81, Aptº 503/c,

Cep.: 60811-370. Fortaleza-Ce

E-mail: nuto@unifor.br