

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS CRENÇAS DOS SEUS PRESTADORES DE SERVIÇO

Suenny Fonseca de Oliveira

Francisco José Batista de Albuquerque

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

RESUMO: O estudo pretendeu avaliar qualitativamente o Programa Saúde da Família (PSF) a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF). Foi selecionada uma amostra de cinco Unidades de Saúde da Família (USF), nas quais foram entrevistados 30 profissionais. A análise de conteúdo das entrevistas demonstrou 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 PSF. A avaliação das USF corroborou o discurso dos profissionais das ESF quanto às precárias condições de trabalho das unidades do PSF. Não obstante, os profissionais da ESF avaliam positivamente o vínculo estabelecido com a população e expressam satisfação em um trabalho educativo, de prevenção e promoção de saúde, pautado em ideais de justiça social.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Programa; PSF; atenção básica; profissionais de saúde.

FAMILY HEALTH PROGRAM: AN ANALYSIS FROM THE BELIEFS OF THEIR SERVICE PROVIDERS

ABSTRACT: This study intended to qualitatively evaluate the Family Health Program (FHP) from the beliefs of Family Health Team (FHT) professionals. It was selected a sample of five Family Health Units (FHU), in which 30 professionals were interviewed. The analysis of the interviews' content showed that the professionals of FHT negatively evaluate the FHP in relation to working conditions provided by managers, the deficient reference and cross-reference systems, the absence and/or lack of training, the overload of work and a lack of understanding about the project. The evaluation of the FHU corroborated the speech of the FHT professionals about the precarious working conditions of the FHP sites. Despite all the criticism, the professionals positively evaluate the link established with the population and they express satisfaction with an educative, of prevention and promotion of health work which is ruled by ideals of social justice.

KEYWORDS: Evaluation of Program; FHP; basic attention; health professionals.

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 o 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).

O PSF baseou-se no sucesso das experiências de países tais como Cuba e Canadá, que adotaram a família como centro das intervenções de saúde, sendo copiada não só pelo Brasil, mas por diversos países europeus e latino-americanos. Ele configura-se como a porta de entrada dos serviços de Atenção Básica (AB) à saúde e é reflexo de uma reforma mais ampla que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, como dimensão operacional deste novo modelo de atenção à saúde (o SUS), o PSF também ado-

tou 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. 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 (AB) à saúde. Para tanto, o PSF está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que atua com base nos seguintes princípios: (a) caráter substitutivo, (b) integralidade e hierarquização, (c) territorialização e cadastramento da clientela, e (d) equipe multidisciplinar (Brasil, 2004).

O princípio caráter substitutivo advoga que o PSF não significa a criação de novas unidades de saúde, a não ser naquelas comunidades totalmente desprovidas deste tipo de serviço. A integralidade e hierarquização, afirma

que a USF 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, a 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 atendimento ocorre na USF ou em domicílio e possibilita a criação de vínculos de co-responsabilidade entre equipe e comunidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde daquela localidade.

O último princípio, a equipe multidisciplinar mínima, refere-se à composição da Equipe de Saúde da Família (ESF) que é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde, 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.

Silva e Trad (2005) advertem que a multiprofissionalidade não pode ser compreendida como um pré-requisito para garantir que os trabalhos realizados por diversos profissionais sejam integrados com o intuito de promover uma atenção global aos pacientes. 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, utilizando-se 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.

Contudo, as dificuldades de trabalho no PSF não se restringem a organização multidisciplinar das atividades, mas englobam também uma sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento. Apesar de haver um limite de pessoas definidos pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF apontam para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas (Oliveira, 2006). Isto representa, ao menos em tese, um número até 10 vezes maior se comparado ao número de famílias atendidas pelas equipes em Cuba, e oito vezes superiores à quantidade de pessoas que os médicos das famílias canadenses são responsáveis, países em que esta estratégia de saúde se mostrou eficaz.

Por conseguinte, pode-se considerar que a ESF é um dos pontos fortes que influenciam no êxito ou fracasso de um programa deste naipe. Suas crenças sobre saúde preventiva, atitudes sobre a população e os meios que dispõem para efetivar o seu trabalho, constituem variáveis fundamentais para embasar a estruturação de um programa que visa atender a população carente de modo preventivo. E aqui pode estar um dos entraves do programa, posto que, muitas vezes ele meramente substituiu o posto de atendimento existente anteriormente, ou mesmo foi implantado com este objetivo, e não com a finalidade originalmente determinada de realizar o trabalho preventivo e educativo ao lado do curativo (Oliveira, 2006).

Os profissionais do PSF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios que, em muitos casos, é a única opção de atendimento à população. Neste sentido, suas crenças são de extrema relevância pois, podem auxiliar na identificação dos entraves desta política pública. Destarte, este estudo visou identificar as crenças dos profissionais da ESF com o intuito de avaliar qualitativamente, a partir de suas crenças, a realidade sanitária do PSF em um município paraibano de grande porte.

Avaliação de Programas

Uma das áreas que está em desenvolvimento no Brasil e que pode ser útil na compreensão dos fatores complicadores na operacionalização do PSF é a Avaliação de Programas. Ela está voltada para a avaliação de programas sociais instituídos numa sociedade pelas políticas públicas governamentais.

A avaliação de políticas e programas sociais é vista pelos especialistas como procedimentos estratégicos e indispensáveis para dar transparência às ações públicas, democratizar o Estado e a sociedade civil, conhecer as políticas e compreender o Estado em ação, bem como melhorar as políticas e a ação do Estado, por meio de recomendações, sugerindo modificações, na implementação e nos resultados da política ou do programa avaliado (Melo, 2006).

As políticas públicas refletem necessariamente as ações do Estado e são operacionalizadas, na maioria das vezes, por meio dos programas sociais que podem refletir ou não as pressões e as demandas sociais. Neste sentido, a avaliação de programas insere-se como parte destas políticas em prol da melhoria no processo de tomada de decisão e principalmente na aferição de resultados e impactos destes programas. Assim, a avaliação adquire relevância tanto para o pesquisador, quanto para os beneficiários e para o Estado.

De acordo com Arretche (2006), a avaliação é, ao menos na teoria, uma das etapas de uma política pública, que deve ser inserida logo após a implantação das políticas

e programas com o intuito de reformulação, seja durante a implementação, seja posteriormente. Para esta autora, a produção e a divulgação de avaliações podem servir de base para que o eleitorado exerça seu papel democrático de controle das ações do governo. Assim, as avaliações podem contribuir para a participação efetiva da comunidade, o que implica no processo de construção de uma sociedade crítica que analisa as ações do Estado.

O objetivo primordial da avaliação de programas sociais é aprimorar sua capacidade de oferecer adequada atenção aos cidadãos. Neste sentido, ela é parte essencial da formulação e implementação dos programas sociais, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

Não existe possibilidade de avaliar uma política pública de forma instrumental, técnica ou neutra. Neste direcionamento, Melo (2006) argumenta que a avaliação de políticas públicas está calcada em um conjunto de valores e noções sobre a realidade social partilhados pelos membros relevantes de uma maioria de governo que os permite distinguir entre uma boa e uma má política.

De maneira geral, avaliar consiste em estabelecer um julgamento, atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação de uma política pública ou de um programa social em particular. Por conseguinte, as crenças podem se constituir como ferramenta eficaz para avaliar um programa, pois elas orientam as experiências dos sujeitos imbricados nas políticas públicas, possibilitando sua compreensão acerca de si mesmos e do meio no qual estão inseridos.

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.

Diversos autores (Arretche, 2006; Contandriopoulos, Poullier, & Contandriopoulos, 2000; Lobo, 2006) têm sugerido que os agentes (prestadores de serviços) e os beneficiários (usuários) sejam inseridos no processo de avaliação dos programas sociais, pois suas crenças, opiniões, valores, expectativas e representações acerca das ações e dos serviços que estão sendo prestados à comunidade podem esclarecer os múltiplos fatores que atuam no processo de implementação e nos resultados da política pública avaliada. 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 e podem apontar para fatores positivos e negativos que influenciam a otimização desta ação pública.

Método

Participantes

A escolha do município paraibano pesquisado deveu-se às seguintes razões: (a) estar habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde; (b) ter uma cobertura significativa do PSF; (c) ter sido alvo de estudo anterior de avaliação do PSF pelo Tribunal de Contas da União - TCU em 2002; e (d) ser considerado neste estudo como apresentando potencial para melhoria no desempenho quanto à implementação do programa.

Assim, foi selecionada uma amostra não-probabilística de cinco USF indicada por um epidemiologista que trabalha no Setor de Atenção Básica do Estado segundo os critérios de tempo de funcionamento da USF (pelo menos 2 anos) e de índice de desenvolvimento humano (IDH) dos bairros em que as USF foram implantadas.

O tempo de atividade da ESF foi um critério para que os profissionais já tenham incorporado o serviço do PSF e elaborado suas crenças de maneira mais consolidada acerca do programa. Já o IDH foi escolhido por ser um indicador 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 de bem-estar subjetivo e qualidade de vida. O IDH permite abstrair o nível sócio-econômico da população residente em uma dada localidade, bem como fatores de risco, a exemplo dos índices de violência. Quanto mais próximo de um, melhor será o índice de desenvolvimento humano.

Para a identificação das crenças dos profissionais da ESF acerca do PSF foram entrevistados, em cada USF, um profissional de cada categoria que trabalha no PSF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, ACS e ACD), totalizando 30 profissionais.

Instrumento

Os instrumentos utilizados foram: um questionário de avaliação das Unidades de Saúde da Família e uma entrevista semi-estruturada para os profissionais da ESF, além de questões bio-demográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, etc.).

O questionário de avaliação das Unidades de Saúde da Família (USF) foi desenvolvido por Oliveira (2006), sendo composto de questões que visavam observar as mínimas condições de trabalho que devem estar presentes na USF, conforme os critérios relatados na avaliação da implantação e funcionamento do PSF, realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000). A partir dele pôde-se descrever como as USF, nos contextos estudados para uma confrontação com os relatos dos profissionais das

ESF sobre suas condições de trabalho. Este questionário englobou 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 da USF e a 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 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, 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; e (d) verificar se há diferenças nas crenças das categorias profissionais que compõem a ESF acerca do PSF.

Procedimentos e Aspectos Éticos

Foi efetuado um levantamento junto a Secretaria Municipal de Saúde para obter informações sobre a quantidade de USF implantadas no município pesquisado. A partir das informações obtidas foram selecionadas e contatadas 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. Os profissionais da ESF foram solicitados a colaborarem com a pesquisa sendo informados previamente, através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, a respeito dos objetivos e procedimentos da investigação, do anonimato da sua colaboração, bem como da confidencialidade de suas respostas. As entrevistas foram gravadas para melhor exploração dos dados em momento posterior.

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 (Bardin, 1979) que consiste em um conjunto de técnicas que funcionam por operações de desmembramento do texto em unidades (categorias), segundo reagrupamentos analógicos. Foi utilizada para categorização a análise temática na qual o material analisado foi recortado em temas, que foram agrupados e classificados segundo recorrência e frequência.

Análise e Discussão de Resultados

Caracterização das Unidades de Saúde da Família

As cinco Unidades de Saúde da Família pesquisadas estão localizadas em bairros que apresentam IDH variando de 0,520 a 0,724 (Beltrão, Ribeiro, & Martins, 2004). Percebe-se que, seguindo uma tendência nacional, as ESF foram implementadas em áreas de risco nas quais o Estado deveria prover serviços básicos de saúde direcionados aos grupos populacionais pobres e marginalizados.

Apenas em uma das cinco unidades pesquisadas foi encontrada placa de identificação, o que problematizou a localização das USF, 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 e não fornecem condições idôneas para realização das ações de saúde, pois são pequenas, possuindo geralmente três cômodos, sem iluminação nem ventilação adequadas e 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 destinado a estas atividades.

Das cinco USF, uma está alojada onde funcionava antes uma Unidade Básica de Saúde (UBS) possuindo, assim, melhores condições de estrutura física, com catorze salas para realização dos atendimentos. Contudo, a substituição da UBS pelo PSF 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.

Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 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 no PSF que se instalou onde funcionava anteriormente a UBS.

No que se referem às atividades desenvolvidas, todas as USF pesquisadas realizam acompanhamento de pré-natal, assistência a puérpera, planejamento familiar, atenção à criança e 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.

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

bém se constatou a existência de grupos de discussão de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Apenas uma UBS possui grupo 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 seus próprios aparelhos de televisão, vídeo-cassete ou dvd e som.

No tocante às especialidades técnicas que compõem a ESF, todas as USF pesquisadas contavam com a equipe mínima de profissionais. Contudo, a equipe de apoio não está presente em todas as USF: apenas dois PSF possuíam auxiliar de serviços gerais para fazer a limpeza da unidade, duas USF possuem vigilante e uma conta com um auxiliar administrativo (recepcionista).

A equipe de profissionais do PSF trabalha 8 horas diárias e as USF abrem às 7:30 e fecham às 17 horas. O sistema de atendimento é por agendamento, o que não se diferencia da marcação de fichas, como era chamado no sistema antigo.

O trabalho de três equipes possibilitou a integração dos profissionais de saúde que trabalhavam articulados entre si. Todavia, em duas USF foi relatada uma desorganização do trabalho multiprofissional que utiliza estratégias de encaminhamentos para responder à denominação de equipe. Este tipo de organização do trabalho associa-se à insatisfação dos profissionais que relatam problemas interpessoais e desunião da equipe.

Todas as ESF contam com materiais e equipamentos básicos; entretanto, em sua grande maioria, estão danificados ou em estado inadequado para o uso. Estufa e auto-clave só foram relatados em uma USF, o que dificulta o atendimento do odontólogo e da ACD, para esterilização do material de trabalho. Os insumos básicos (soro, gases, seringas descartáveis, luvas, máscaras, material de enfermagem e curativos) chegam em quantidades insuficientes.

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 à requisitada, acabando em poucos dias.

Mas, a precariedade de acondicionamento das vacinas é, com certeza, um dos pontos mais crítico das USF pesquisadas, pois em todas as USF as geladeiras estavam quebradas ou com problema de refrigeração.

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. Em todas as unidades os exames são encaminhados para centros especializados municipais de referência.

Caracterização dos Profissionais da ESF

Participaram da pesquisa 30 profissionais da equipe de saúde da família, sendo 96,3% 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 ($DP=1,05$).

Das profissionais de nível superior, 61,54% possuem especialização ou residência médica, principalmente nas áreas de Medicina Preventiva e Social, Saúde Coletiva e PSF. Ressalta-se, contudo, que a maioria delas procurou cursos de pós-graduação após a entrada no programa, indicando a necessidade de educação continuada nesta área – o que lhes daria maior respaldo para lidar com as novas questões impostas no trabalho em PSF, mas o investimento na capacitação pode ser entendido também como forma de se manter no emprego devido à instabilidade dos vínculos empregatícios.

No tocante a esta questão, 66,7% dos profissionais entrevistados são funcionários da Prefeitura Municipal e os demais possuem sistemas de contratos informais sem vínculo empregatício (serviços prestados com contratos anuais). A alta porcentagem de profissionais remanejados para atuarem no PSF implica em esvaziamento de outros setores 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. 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.

Observou-se ainda que 89% dos profissionais afirmaram que a remuneração salarial foi determinante para terem escolhido trabalhar nesta estratégia de atenção à saúde, principalmente entre os agentes comunitários de saúde.

Análise e Discussão das Entrevistas dos Profissionais da ESF

De acordo com o consenso de três pesquisadores, as crenças acerca do PSF elaboradas pelos profissionais da ESF resultaram em quatro classes temáticas, distribuídas em duas categorias empíricas, conforme mostra a Tabela 1. De modo geral, as categorias podem ser compreendidas em função das Barreiras e dos Benefícios Percebidos pelos profissionais.

A primeira classe temática consiste na *Caracterização do Trabalho em PSF* referindo-se ao esforço por parte da ESF em compreender a lógica desta estratégia de atenção à saúde a partir do que foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) ancorando-se na experiência do seu

Tabela 1
Sumarização das Crenças dos Profissionais da ESF sobre o PSF

Temas	Barreiras Percebidas	Benefícios Percebidos
Trabalho em PSF	- Sobrecarga de trabalho - Predomínio de atividades curativas	- Ideais de justiça social - Atividades educativas (preventivas/promocionais)
Gestão do PSF	- Condições inadequadas de trabalho - Sistema de referência ineficiente - Insuficiência de capacitações	- Promessas de melhoria (profissionais de nível médio)
Concepção da comunidade acerca do PSF	- Incompreensão da comunidade - Resistência às novas formas de trabalho (educativo e preventivo)	- Vínculo ESF-comunidade
Intersetorialidade das ações de saúde	- Necessidade de articulação com outros setores: Educação, saneamento básico, coleta de lixo, etc.	

funcionamento. Desta forma, 78% dos profissionais perceberam a sobrecarga de trabalho e o predomínio de atividades curativas como barreiras no trabalho em PSF. Esta disparidade entre o trabalho prescrito para cada profissional que está contido no documento formulado pelo MS (Brasil, 1998) e o trabalho real desempenhado por estes no cerne do PSF apresentou-se fortemente no discurso dos profissionais entrevistados, como afirma uma enfermeira.

“Ela [a auxiliar de enfermagem] não dá conta do serviço, é muito diversificado. Então isto gera frustração um pouquinho . . . a gente não dá conta. Isto gera insatisfação tanto nos profissionais quanto nas pessoas da comunidade.”

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

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. 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 predominantemente

preventivas e promocionais. A pesquisa retrata ainda o alto nível de *stress* e de cansaço dos profissionais frente às demandas e as adversidades enfrentadas.

Além da grande demanda interna do PSF, a sobrecarga de trabalho se agrava ainda mais em decorrência das freqüentes solicitações da coordenação municipal. Estas solicitações 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 ao PSF, 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), conforme relato da enfermeira.

. . . a enfermeira é a coordenação técnica da equipe, e por conta disso todos os problemas são direcionados pra enfermeira: problemas administrativos, recursos humanos, isso leva a uma sobrecarga de trabalho, aliás, é a parte que eu não gosto . . . eu me sinto sufocada.

Em contrapartida, 78% dos profissionais citaram as atividades educativas que visam prevenir as doenças e promover a saúde, juntamente à satisfação de trabalhar em um programa pautado em ideais de justiça social (relatado por 89 %) como fatores positivos do trabalho do PSF.

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. Assim, os aspectos positivos do trabalho apontados por estes profissionais englobam o empenho e a motivação profissional permitindo que o confronto com a realidade adversa da saúde pública brasileira seja percebido como abertura à experimentação de novas linguagens de trabalho – ativi-

dades educativas em prol da prevenção e promoção de saúde.

A segunda classe temática, que se refere à *Gestão do PSF*, foi apontada por 100% dos profissionais da ESF. Este eixo temático norteia a discussão expressa em grande parte pelos aspectos negativos percebidos pelos profissionais no trabalho em PSF, principalmente no que se refere às condições de trabalho, ao sistema de referência e às capacitações profissionais.

A análise das entrevistas mostrou que 78% dos profissionais avaliaram negativamente os gestores e àqueles que os avaliaram positivamente (22% referentes apenas a profissionais de nível médio) basearam-se nas promessas de melhoria das condições de trabalho, como por exemplo, a construção e o equipamento de USF. De modo geral, os profissionais percebem que há uma grande exigência dos gestores do programa por números de atendimentos, o que se traduz em desgaste e desumanização devido às precárias condições de trabalho, o que é incompatível com o nível de responsabilidade exigida, como pode ser visto nos relatos a seguir.

“... eles cobram mas não dão condições de trabalho
... eles querem só números, não querem qualidade .
..)” (médica).

... 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).

... eles não mandam material, quando mandam é insuficiente tanto pra manutenção do nosso trabalho quanto pra limpeza do posto... 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. (ACS).

A falta de investimento nas condições estruturais e materiais de trabalho no PSF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS. Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) afirmam 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).

Os autores apontam à necessidade de que os profissionais de saúde tenham oportunidade de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar ser possível alcançar justiça no trabalho, o que conseqüentemente aumentaria a sa-

tisfação destes trabalhadores. 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 regem 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. Os gestores de saúde 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.

Assim, a avaliação predominantemente negativa dos gestores está relacionada aos diversos fatores observados na descrição das USF. Diversas pesquisas (Dimenstein & Santos, 2005; Ribeiro, Pires, & Blank, 2004; Rocha & Trad, 2005; TCU, 2002) também apontam resultados semelhantes retratando a realidade precária da atenção básica de saúde no Brasil.

Uma outra questão apontada como responsabilidade da gestão do PSF foi a insuficiência de recursos humanos com perfil de PSF que impulsionou os gestores a contratarem profissionais que necessitavam ser capacitados para trabalhar no PSF. Entretanto, os profissionais entrevistados relataram que nem todos os componentes da ESF tiveram qualquer tipo de capacitação, nem mesmo o curso introdutório do PSF.

... as primeiras equipes, tiveram mais privilégios do que outras. Por quê? Porque eles tiveram o introdutório, tiveram a satisfação de fazer o curso de PSF, viram o que era PSF, quais são os objetivos do PSF; então nós não tivemos praticamente isto, fomos atropelados, fomos colocados na unidade, como quem disse ‘Toma que o filho é teu’. Então nós nos viramos, aprendendo até com outras equipes de outros bairros pra poder chegar aonde agente queria... Depois das equipes implantadas foi que nós tivemos um introdutório, depois de todas praticamente sabidinhas é que viemos ter o introdutório. Eu vim ter o introdutório com quase dois anos de PSF. (auxiliar de enfermagem).

Em consonância com este resultado, estudos (Nemes Filho, 2001; Trad et al., 2002) 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. Observa-se que a política de apadrinhamento também pode ser responsável pelo recrutamento de profissionais sem perfil de PSF ou mesmo sem 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 . . . (ACD).

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 et al., 2002; TCU, 2002).

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 municipal. Oliveira (2006) sugere que o PSF foi comercializado desde o início da sua criação pois, 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.

A *Concepção da comunidade acerca do PSF*, terceira categoria que emergiu das entrevistas, refere-se à percepção dos profissionais da ESF acerca da compreensão que a comunidade tem sobre o PSF, bem como suas percepções no que se refere aos vínculos estabelecidos entre profissionais e comunidade para a realização das ações sanitárias.

Nesta categoria, a percepção de que a comunidade não compreende o PSF foi relatada por 81,5% dos entrevistados caracterizando-se como fator negativo no 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, tal como aparece nos relatos a seguir.

“. . . Eles não identificam direitinho a diferença do PSF pra o posto” (ACD).

A comunidade ela ainda não entendeu que o PSF é uma estrutura para orientar e prevenir, certo? Só que aqui eles ainda utilizam o PSF como um posto de saúde, como posto de consulta, de medicação. Só procura quando realmente tem um problema de saúde, ele não procura pra prevenir àquele problema de saúde. Pra eles isto aqui continua sendo um posto e não um programa de proteção à saúde. (ACS).

Estes dados estão em consonância com a pesquisa de Trad et al. (2002). 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 atendimento clínico. Pesquisas (Dimenstein & Santos, 2005; Trad et al., 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 profissionais destacam o atendimento pautado nos ideais preventivos e promocionais do PSF; contudo, os usuários são orientados pela lógica da necessidade. 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.

Por outro lado, o vínculo ESF-comunidade representou um aspecto positivo deste programa e foi verificado em 59% das falas destes profissionais. 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.

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, como pode ser observado no trecho da entrevista de um ACS.

Ele [o ACS] é que tá mais em contato com as pessoas, ele visita as casas, vê de perto as condições como as pessoas vivem, tem mais acesso pra saber de alguns problemas que às vezes eles chegam na unidade e às vezes têm medo ou têm vergonha de dizer pro médico e com a gente como tem aquele vínculo de amizade então eles conversam mais... (ACS).

Resultados semelhantes também foram encontrados por Ferraz e Aerts (2005) ao analisarem o cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF. 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 e depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Ao se analisar o PSF, pode-se concluir que a condição básica para a construção do vínculo está na capacidade da ESF de se responsabilizar pela saúde integral do conjunto de pessoas que vivem na micro-região em que atua.

Por fim, 37% dos profissionais entrevistados apontam ainda outro entrave no trabalho em PSF compreendendo a quarta e última categoria temática: a necessidade de articulação entre a saúde e outros setores da sociedade. Esta categoria aborda a urgência pela *Intersetorialidade das ações de saúde*, pois se sabe que as ações de saúde isoladas não conseguem resolver os problemas sanitários já que, 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.

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, como pode ser observado na fala da ACS.

“... eu acho que depende muito da educação pra você ter uma saúde... depende muito da educação a limpeza, a saúde, a estrutura de vida, o comportamento, vem tudo da educação” (ACS).

Segundo Contandriopoulos et al. (2000), 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 (Brasil, 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 destinadas à saúde.

Considerações Finais

Os dados apresentados resumizam a complexificação da atenção à saúde no contexto desta nova estratégia de atuação. 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.

A observação da realidade sanitária das USF corroborou o discurso dos profissionais das ESF, que vêem como uma das principais limitações do PSF as condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais, que não condizem com as necessidades da população, nem com os ideais do SUS, comprometendo tanto a qualidade da assistência como a motivação dos profissionais que trabalham no PSF.

Observa-se desta forma que a avaliação dos profissionais da ESF é resultado, pelo menos em parte, das suas crenças em relação às condições de trabalho (situação física, estrutural e organizacional das USF), condições estas fornecidas pelos gestores de saúde municipais. Além disso, o vínculo da ESF com a comunidade também foi um elemento importante na avaliação destes profissionais sobre o PSF.

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, constituindo-se como fontes capazes de indicar os principais problemas enfrentados na operacionalização do PSF.

Pretende-se com este trabalho contribuir academicamente com a literatura sobre o tema do trabalho da Equipe de Saúde da Família e seus reflexos no Programa de Saúde da Família. Além disso, aspira-se também contribuir com informações que possam auxiliar o gestor local fornecendo-lhe dados e ferramentas que possibilitem a melhoria dos serviços implantados, analisando os fatores que incidem na efetividade e no sucesso de um empreendimento como este, para servir de base para possíveis intervenções visando à melhoria do atendimento aos usuários do PSF da realidade investigada.

Notas

1. Trabalho resultante da Dissertação intitulada “Avaliação do Programa Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida”, defendida em 2006, pelo Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

Referências

- Arretche, M. T. S. (2006). Tendências no estudo sobre avaliação. In E. M. Rico (Ed.), *Avaliação de políticas sociais: Uma ques-*

- ção em debate* (pp. 29-40). São Paulo, SP: Cortez.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- 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 [Resumo]. In *Anais do XII Encontro de Iniciação Científica da UFPB* (pp. 48). João Pessoa, PB: Editora da Universidade Federal da Paraíba.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves, A., Filho. (2005). Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Ed.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 143-198). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Brasil. (1998). *Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília, DF: Autor. Retrieved June 23, 2003, from <http://www.saude.gov.br/Psf.htm>
- Brasil. (2000). *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. (2002). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. (2004). *Programa Saúde da Família - PSF*. Brasília, DF: Autor. Retrieved July 16, 2004, from <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipas/quantos.asp>
- 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 (Eds.), *Santé publique* (pp. 637-667). Paris: Elipses.
- 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.
- Dimenstein, M., & Santos, Y. F. (2005). Avaliação em serviços de saúde: O que pensam usuárias da rede básica de Natal. In L. O. Borges (Ed.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 69-90). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- 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.
- Lobo, T. (2006). Avaliação de processos e impactos em programas sociais: Algumas questões para reflexão. In E. M. Rico (Ed.), *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate* (pp. 75-84). São Paulo, SP: Cortez.
- Melo, M. A. (2006). As sete vidas da agenda pública brasileira. In E. M. Rico (Ed.), *Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate* (pp. 11-28). São Paulo, SP: Cortez.
- 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, A., Filho. (2001). Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família... *Interface - Comunicação Saúde e Educação*, 9, 154-156.
- Oliveira, S. F. (2006). *Avaliação do Programa Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.
- 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. *Cadernos 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, RJ: Interciência.
- Schimith, M. D., & Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494.
- 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.
- 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, DF: Autor.
- Suenny Fonseca de Oliveira é mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e doutoranda do Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social das Universidades Federais da Paraíba e do Rio Grande do Norte. Endereço para correspondência: Rua Maria Jacy Pinto da Costa, 201, apto. 1101 B, Bairro Bessa, João Pessoa, PB, 58036-110. Tel.: (83) 3216 7675; (83) 3246 1053. suennyfonseca@yahoo.com.br*
- Francisco José Batista de Albuquerque é doutor em Psicologia pela Universidad Complutense de Madrid, professor adjunto do Departamento de Psicologia da UFPB e coordenador do Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais (NEDRAPS). francisco.albuquerque@pesquisador.cnpq.br*

Programa de Saúde da Família: uma análise a partir da crença dos seus prestadores de serviço

Suenny Fonseca Oliveira e Francisco José Batista de Albuquerque

Recebido: 12/09/2007

1ª revisão: 31/01/2008

Aceite final: 17/04/2008