

Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família

Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team

José Ivo dos Santos Pedrosa e João Batista Mendes Teles

Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil

Descritores

Saúde da família. Planos e programas de saúde.[#] Equipe de assistência ao paciente.[#] Cuidados primários de saúde.[#] Grupos de estudo. – Programa de saúde da família. Grupos focais.

Resumo

Objetivo

Identificar temáticas que promovam consenso e divergências entre médicos, enfermeiros e agentes que compõem a equipe do Programa Saúde da Família.

Métodos

Estudo qualitativo que utiliza grupos focais como técnica de pesquisa com agentes masculinos e femininos, médicos e enfermeiras da equipe do Programa Saúde da Família, em Teresina, PI. Foram realizadas sessões com os grupos, conduzidas por monitor e participação de observador, utilizando roteiro com as questões: inserção no programa; processo de capacitação; princípios do programa; relações com a formação e com o modelo assistencial predominante; relações entre membros da equipe e comunidade; serviços demandados e disponíveis; situação trabalhista e condições de trabalho; e fatores positivos e negativos.

Resultados

Temáticas gerais como trabalho na comunidade, cuidados preventivos e trabalho em equipe geraram consenso entre as três categorias de profissionais. Temas que reforçaram a divisão entre categorias foram salário, organização do processo de trabalho, relações com a comunidade, responsabilidades da equipe e estratégias de atendimento à demanda. Temas que promoveram o aparecimento de subgrupos em cada categoria foram: condições de trabalho, salário, relações com a comunidade e responsabilidades da equipe.

Conclusões

Temas que evidenciaram diferenças em maior grau reforçaram as características corporativas de cada categoria, enquanto temas que promoveram o aparecimento de subgrupos foram discutidos a partir de referências externas, implicando a necessidade de definir especificidades do processo de trabalho no programa. As estratégias para atendimento às demandas da comunidade representaram temáticas emergenciais ao grupo de agentes, pois a eles coube a solução imediata para os problemas na relação comunidade e serviço.

Keywords

Family health.[#] Health plans.[#] Patient care team.[#] Primary health care.[#] Focus groups.[#]

Abstract

Objective

To identify issues that promote agreement and disagreement among doctors, nurses, and health care professionals who integrate the Family Health Care Program team.

Correspondência para/Correspondence to:

José Ivo dos Santos Pedrosa
Av. Frei Serafim, 2280
64049-690 Teresina, PI, Brasil
E-mail: jivo@ufpi.br

Recebido em 14/9/2000. Reapresentado em 22/1/2001. Aprovado em 12/3/2001.

Methods

A qualitative study using focus groups was carried out. The participants were male and female health care professionals, doctors and nurses from the Family Health Care Program team in Teresina, Brazil. Group sessions were conducted by a coordinator and with the participation of an observer and the following issues were raised: insertion in the program, capacitating process, main concepts of the program, relation with the organization and the prevailing health care model, relationships between the team members and the community, required and available services, work conditions and legal work situation, positive and negative factors.

Results

General issues such as community work, preventive care and teamwork brought out agreement among the three categories of professionals. Issues that reinforced the disagreement of the professional categories were salary levels, relationship with the community, team responsibility, and strategies to meet the needs. Issues that promoted internal disagreement in each group were work conditions, relationship with the community and team responsibility.

Conclusions

Issues that brought out more disagreement were those that reinforced the corporate aspects of each professional category, while issues that promoted internal disagreement in each group were discussed based on external references, suggesting the need for better defining specific matters in the Family Health Care Program. Strategies to meet the community needs have proven to be a matter of urgency for the health care professionals group since they are the first ones responsible for solving community health care services problems.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994, apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Isto possibilita integração e organização das ações de saúde em território definido. A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

O programa implantado, em outubro de 1997, na cidade de Teresina, PI, contava, em 1999, com 40 equipes compostas de médicos, enfermeiros e agentes de saúde. O atendimento a 33.717 famílias, em 125 vilas e favelas urbanas e 26 comunidades rurais, representava cerca de 25% do total de famílias residentes na capital.¹⁸

Torna-se problemática a identificação de médicos, enfermeiros e agentes como integrantes da equipe do programa, a qual deseja transformar-se em grupo-sujeito, pela ação comunicativa que permite a interação na busca do entendimento e reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas.¹⁶

Discussões a respeito da equipe multiprofissional para atenção básica à saúde consideram divisão do trabalho, status da profissão, posição no processo de trabalho, aspectos organizacionais, relações informais, redes de poder, valores e normas como fatores relacionados ao desempenho do trabalho.¹³

Para alcançar os objetivos do programa,²¹ o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde,³ requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários,¹⁷ reconhecendo que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas formam novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores.¹⁰

Com o objetivo de identificar temas que agregem a equipe em torno do consenso e que segmentem pela diferença manifestada entre os profissionais, realizou-se, em fevereiro de 1999, um estudo qualitativo, utilizando grupos focais como técnica de pesquisa. A identificação dessas temáticas propicia fundamentos para a formação de sujeitos autônomos e críticos, por abordagens didático-pedagógicas que consideram os valores introjetados em toda ação técnica e instrumental.⁹ Isso contribui para a consolidação de arranjos institucionais singulares a cada contexto, combinando distintos graus de liberdade e autonomia desses profissionais.³

MÉTODOS

Grupo focal, genericamente, pode ser definido como uma forma de entrevistas com grupos que se baseia na comunicação e na interação entre os participantes da pesquisa para gerar dados.⁸

A escolha dessa técnica de pesquisa deu-se pelo objetivo da investigação – conhecer a situação a partir dos envolvidos e da característica do objeto de estudo, ou seja, equipes de saúde que se estruturam para atuar em um programa no momento de implantação.²² Além disso, ela permite apreender a dinâmica social por atitudes, opiniões e motivações expressas em interações grupais e explorar as necessidades da equipe.^{8,11,22}

Definiu-se pela realização de grupos focais com representantes das três categorias profissionais pertencentes à equipe do programa. Os auxiliares de enfermagem foram excluídos da pesquisa por não terem participado da seleção e do treinamento.

A composição deles foi planejada de modo a serem homogêneos e funcionais, com mínimo de oito e máximo de doze participantes cada. Os grupos foram escolhidos aleatoriamente por listagem nominal fornecida pela Coordenação Municipal do Programa Saúde da Família, que os convocou para reunião em endereço especificado, evitando-se o conhecimento prévio do conteúdo das sessões.

Foram compostos 2 grupos de agentes masculinos

e femininos, pois o número dos que atuavam no programa era de 163, sob a justificativa que a variável gênero influenciaria seu comportamento em relação à comunidade.

Dessa forma, trabalhou-se com dados obtidos de quatro grupos focais com 11 agentes comunitários de saúde masculinos, 11 femininos, 10 médicos e 10 enfermeiras, sendo previstos 12 participantes para cada grupo.

O roteiro das sessões incluiu os seguintes temas: participação na seleção; processo de treinamento; princípios do programa e suas relações com a formação e com o modelo assistencial predominante; organização do processo de trabalho (relações internas da equipe e com a comunidade, resolução das demandas); relações trabalhistas; condições de trabalho; e fatores positivos e negativos na implementação do programa.

Após escuta, transcrição das fitas e observação do vídeo, foram identificados, no discurso dos participantes, consenso e diferenças a respeito de cada tema.

Utilizou-se uma matriz de segmentação, instrumento analítico utilizado na análise institucional,^{1,10} na qual se relacionam os temas que suscitaram diferenças entre as categorias segundo critérios de oposição definidos pelos grupos. Essa divisão aparece sob a forma de subgrupos, em que se identifica a posição dos atores envolvidos diante de determinadas questões.¹⁴

Tabela - Temas convergentes e divergentes entre os membros da equipe do Programa Saúde da Família. Teresina, 1999.

Temas	Médicos	Membros da equipe Enfermeiras	Agentes
1. Informações	Amigos	Amigos	Comunidade
2. Processo de seleção política	Justo, criterioso, sem ingerência política	Justo, criterioso, sem ingerência	Cansativo, porém objetivo
3. Treinamento	Informação para organização	Pouca instrumentalização conhecimentos	Novas práticas e
4. Adesão aos princípios do programa	Experiências em comunidades pobres	Experiências em programas de saúde pública	Vivência na comunidade
5. Relações na equipe	Problemas com agentes	Problemas com agentes e enfermeiras	Problemas com médicos
6. Relações com a comunidade atuam na área	Desconfiança, conflitos entre instituições que	Participação em organizações locais: grupos e instituições	Conflitos com não agentes. Constrangimento. Ativa.
7. Atendimento à demanda	Problemas na organização do sistema. para intervir	Liderança	Organização local. Desorganização Ação
8. Aspectos positivos	Contato com famílias. Ações preventivas	Problemas sociais – violência, drogas, prostituição. Insegurança institucional. solidária	O PSF deu mais recursos e reconhecimento
9. Aspectos negativos	Organização da comunidade	Contato com famílias. Ações preventivas	Condições de trabalho
10. Condições de trabalho	Não legalização. Burocracia. Excesso de consultas do serviço	Nível socioeconômico da comunidade	Não-valorização pelo gestor. Não-legalização
11. Salário	Razoável	Não legalização. Burocracia estratégica para organização	Baixo em relação a
		Baixo em relação ao médico outros Estados e agentes	Baixo em relação a

RESULTADOS

A fala de médicos, enfermeiros e agentes revelou pontos de consenso e diferenças (Tabela).

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupo de agentes masculino e feminino, de modo que, para efeitos de análise, considerou-se a categoria agente.

Consenso

Médicos e enfermeiras obtiveram informações para inscrição no programa por amigos, enquanto os agentes foram informados pelos meios de comunicação (jornal e rádio), enfatizando o papel das rádios comunitárias. Todos concordaram que a seleção foi justa, criteriosa e sem ingerência política, sendo que os agentes salientaram as entrevistas individuais e coletivas como as etapas mais importantes do processo.

Para todos os entrevistados, as relações da equipe com a comunidade vinculavam-se à busca de consulta médica e medicamento, ação considerada carro-chefe do programa, principalmente pelas mulheres gestantes e crianças. Apesar disso, reconheceram-se avanços nos aspectos preventivos pelo aumento do número de consultas de pré-natal e por família de hipertensos e diabéticos controlados.

Segundo os médicos e as enfermeiras, a participação de ações na comunidade dependia de solicitações de organizações locais e, raramente, do conselho local de saúde, enquanto a maioria dos agentes participavam desde sua vinculação anterior em movimentos da comunidade. Em algumas ocasiões, a própria equipe desenvolveu o trabalho de mobilização e organização.

A relação interna da equipe foi considerada boa, sendo apontados como fatores positivos o contato com as famílias e a possibilidade de desenvolver ações preventivas.

Médicos e enfermeiras passaram do sistema de cooperativa para contrato por serviços prestados em cargos comissionados na função de diretores e subdiretores das unidades de saúde do programa, situação que não modificou a relação trabalhista, embora tenha sido vantajosa a diminuição dos encargos sociais. Foi consenso que a gerência da Unidade de Saúde da Família diminuiu o tempo de trabalho dedicado à comunidade.

Em relação ao salário, os entrevistados reconheceram a existência de pisos mais elevados em outros estados, municípios e mesmo entre outros agentes de saúde. Para todos, a equipe deveria ser acrescida de

assistente social e nutricionista.

Seleção

O teste foi cansativo e desconfortável para a maioria dos agentes, não tendo sido divulgadas as condições de realização, tendo os participantes enfrentado situações como ficar “o dia todo com fome e esperando até às 8h da noite, quando saiu a portaria. Esse foi o primeiro teste – o teste de paciência – e foi muito importante (ACS).”

Treinamento

Para os médicos, o treinamento introdutório resultou em informação, material e fichas para ser preenchidas. Apesar da carga horária pequena, propiciou integração das equipes e organização inicial do trabalho. Para as enfermeiras, em razão de práticas anteriores, o treinamento foi razoável, sem acrescentar novidades, ministrado por instrutores inexperientes e sob um clima de incerteza a respeito das relações de trabalho.

Para alguns agentes, o treinamento consistiu no acompanhamento das atividades desenvolvidas por outros mais experientes, pois foram engajados no programa em substituição àqueles que tinham obtido a primeira classificação e abandonado as atividades.

Como resultados do treinamento, os agentes ressaltaram a importância de conviver com instrutoras capacitadas e comunicativas, aprendido a fazer dramatizações, cartazes e se comunicar com a comunidade.

Assimilação dos princípios do programa

Para os médicos, a base para assimilação dos princípios do programa encontrava-se em experiências em trabalho comunitário desenvolvido em municípios do interior e hospitais públicos. Para esses profissionais, a dificuldade de integração entre os princípios do programa e o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde decorria da predominância da medicina curativa e da cultura consumista da comunidade.

Enfermeiras argumentaram que se aproximavam do programa pela experiência em serviços públicos e como instrutoras supervisoras do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O conflito decorria da formação voltada para o modelo hospitalocêntrico e a prática profissional comunitária.

Para os agentes, a identificação com o programa derivava de sua vivência na comunidade, sendo conflitante o fato de a comunidade demandar inter-

venções que eles não têm competência para realizar: curativos, aplicação de injeção e medição da pressão arterial.

Organização do processo de trabalho

Relações na equipe

Foram relatadas boas relações entre médicos e enfermeiras, porém havia dificuldades entre esses profissionais e agentes de saúde, causadas pela falta de supervisão e baixo grau de instrução. Para os médicos, um dos problemas era a indefinição do papel do agente na relação médico/paciente/serviço, isto é, se deveria opinar/atuar diretamente nas intervenções diagnósticas e terapêuticas ou participar no levantamento de dados e facilitar o acesso ao serviço pela população.

Entre as enfermeiras, um caso foi relatado sobre problemas com o médico: “No princípio eu tive dificuldade em trabalhar com ele, era de difícil o relacionamento, mas faz parte da personalidade dele; com o tempo isso se arrumou” (enfermeira). Na maioria das vezes, a problemática dizia respeito à relação entre agente e organizações da comunidade, observando-se duas posições: as que achavam que “quanto mais integrado ele está na comunidade, mais contribui para o nosso trabalho” (enfermeira), e as que colocaram que o “problema é o ACS que é presidente da Associação de Moradores, participa de muitas reuniões e, às vezes, não vai para as nossas” (enfermeira).

Os agentes avaliaram o relacionamento da equipe como bom, embora tenham ocorrido problemas na relação com os médicos. A relação com a enfermeira dividiu os entrevistados. Alguns apontaram sua atuação como base de problemas internos à equipe, porém a maioria considerou sua presença adequada e comunicativa.

Dentre as categorias entrevistadas, os agentes foram os únicos a relatar dificuldades com a equipe da unidade de saúde tradicional, quando da chegada do programa:

“O pessoal do posto se sentiu inseguro, não acatava o PSF, porque o médico e a enfermeira do PSF seriam os novos diretores do posto e, aí, houve uma quebra na relação e a gente que tinha nosso ponto de apoio no posto ficamos meio perdidos” (ACS).

Relações com a comunidade

Para todos, a relação com a comunidade representou

experiências semelhantes, como a resistência e as dificuldades iniciais que foram substituídas pela participação nas atividades do programa. Os agentes consideraram a relação inicial permeada pela desconfiança das famílias, inclusive pela demora da identificação oficial. Outros problemas decorreram da rejeição, às vezes, agressão dos candidatos não selecionados e pressão das organizações locais sobre seu trabalho.

Dentre as dificuldades explicitadas, as enfermeiras enfatizaram a necessidade de estratégias para mobilizar organizações locais e resolver conflitos entre instituições atuantes na área. Os médicos chamaram atenção para disputas entre essas instituições e entidades que, aliadas ao conformismo da comunidade, à cultura do consumo de saúde, à resistência a interferências externas e ao processo de formação dessas comunidades por invasões desorganizadas, dificultavam a mobilização.

Para os agentes, uma das dificuldades estava no constrangimento ao tematizar, nas palestras educativas, questões diretamente relacionadas à situação da comunidade, como condições do domicílio, acúmulo de lixo e falta de saneamento.

Atendimento à demanda

A maior dificuldade levantada pelo grupo de médicos foi o subsistema de referência e contra-referência (demora na consulta especializada, congestionamento da central de marcação de consulta e exames).

Para as enfermeiras, a dificuldade em organizar a demanda encontrava-se no cotidiano da comunidade, que, além das doenças, convivia com violência, drogas, prostituição, problemas para os quais elas não se sentiam seguras para intervir.

Para os agentes, existe o reconhecimento de que trabalham com ações de promoção da saúde e prevenção da doença, desenvolvendo práticas de educação em saúde e imunização. Entretanto, tem sido difícil realizar tais práticas junto à população, sabendo da pouca importância atribuída às palestras educativas com gestantes, idosos e hipertensos. Diante disso, os agentes se mostram criativos na promoção de eventos, como passeios e piqueniques, na criação de cartazes, na exibição de vídeos e na realização de dramatizações.

O trabalho do agente está centrado no foco domiciliar e acompanhamento dos grupos de risco. Nessa discussão, os temas mais polêmicos foram a organização do agendamento e referência (en-

caminhamento) a serviços mais complexos, embora gestantes, crianças e idosos, sejam previamente agendados para consulta médica, enfermagem e palestras educativas por visita domiciliar.

O encaminhamento para a Unidade de Saúde da Família se organiza de forma diversificada: a) notificação carimbada, com cotas de encaminhamento para cada agente, definida anteriormente e acrescida de ficha de acompanhamento; b) marcação de consultas feita pelo agente; c) marcação de consulta feita pela família, em que o agente apenas avisa sobre a necessidade de procurar a USF.

Relações trabalhistas e condições de trabalho

Segundo médicos e enfermeiras, atividades concernentes à gerência das unidades básicas de saúde representaram acúmulo de trabalho. Para enfermeiras, esse trabalho era compensado pela independência e pelo controle da situação. Para os médicos, a gerência das unidades de saúde prejudicava a comunidade em virtude do tempo utilizado em atividades burocráticas.

A inexistência de vínculo empregatício formal com a Fundação Municipal de Saúde foi explicitado com maior ênfase pelas enfermeiras como determinantes de angústias e incertezas, apesar do direito de férias remuneradas e licença gestante assegurados pela cooperativa.

Agentes de saúde são contratados por sua associação como autônomos e prestadores de serviços. Para esse grupo, a situação gera insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas e reivindicações quanto ao reconhecimento profissional.

Os agentes enfatizaram risco ao trabalhar com doenças infecciosas e contradição entre sua situação de moradia na comunidade e condição de integrante da equipe de saúde, reivindicando benefícios de programas de proteção social, como melhoria habitacional, planos de saúde e insalubridade.

Condições de salário

Para os médicos, a diferença com o salário da enfermeira foi justificada pela formação, pela responsabilidade e pela valorização no mercado de trabalho. As enfermeiras argumentaram que são as maiores responsáveis pelo vínculo com a comunidade e pela maior parte das atividades administrativas.

Os agentes acharam o salário insuficiente diante do trabalho realizado, do valor que a sociedade e a comunidade atribuem à sua atividade e da comparação com agentes de combate à dengue.

Fatores positivos

Médicos e enfermeiras consideraram fatores positivos a possibilidade de trabalhar com famílias, aplicar medidas preventivas como imunização, exames de pré-natal, diagnóstico precoce, além da organização da demanda por meio de agendamento prévio.

Os agentes consideraram que a comunidade valoriza o seu trabalho, manifestando essa consideração com comemorações, homenagens pelas organizações locais, cooperação das pessoas e participação na dinâmica das famílias.

Segundo os entrevistados, essa valorização está relacionada ao fato da mortalidade infantil e de adultos ter diminuído na comunidade; à queda da incidência de diarreia após utilização do hipoclorito de sódio na água; à visita do médico na casa; às campanhas de prevenção de câncer de colo de útero; e ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança pela pesagem sistemática.

Para os agentes, a chegada do programa nas áreas modificou sua prática, pois a promoção de recursos para resolver problemas de doença contribuiu para um melhor entendimento da comunidade sobre seu trabalho, passando a ser depositário de maior confiança.

Fatores negativos

O aumento da demanda pela chegada de novas famílias e o atendimento a moradores de outras áreas representaram fatores negativos para o grupo de médicos, ao lado da desvalorização do profissional do programa pelos médicos das unidades tradicionais. Para as enfermeiras, os pontos negativos foram inexistência de apoio de outros setores do governo municipal e condições socioeconômicas das comunidades.

Os agentes apontaram falta de plano de capacitação e profissionalização do agente, insuficiente respaldo institucional da USF e do gestor municipal.

Sugestões

Os médicos sugeriram maior apoio da Fundação Municipal de Saúde, disponibilidade sistemática de medicamentos básicos, melhoria salarial, criação de equipes de supervisão técnica e maior resolução no setor de referência, enquanto as enfermeiras sugeriram integração intersetorial das ações sociais na área e maior autonomia em relação ao gestor municipal.

Para os agentes, a sugestão foi sua transformação em auxiliares de enfermagem, habilitados para reali-

zar atividades como tirar pressão, fazer curativo e aplicar injeção, além da organização da categoria para discutir as questões de trabalho e salário.

DISCUSSÃO

O consenso entre os participantes dos grupos teve como base temáticas inerentes ao processo de implantação de uma intervenção,⁵ a qual propõe novas regras para a organização do processo de trabalho.

A viabilidade de intervenções dessa natureza depende do momento em que a proposta é explicitada aos atores envolvidos, de seu conteúdo e da cultura organizacional existente.⁶ Entretanto, nos grupos analisados, não foram percebidas implicações entre o programa e a política de saúde, as mudanças no modelo assistencial, nos padrões de cuidado e nas relações de trabalho.

O “novo” que o programa acenava não foi percebido por meio dessas temáticas, mas pelo teste seletivo feito sem ingerência política, da possibilidade de aproximar mais profissional/comunidade/unidade de saúde e da oportunidade de emprego e salário.

Constatou-se que o gestor municipal teve pouca importância na divulgação da seleção, considerando-se que redes informais de comunicação foram acionadas por vínculos afetivo-corporativos, como o caso de médicos e enfermeiras e por vínculos de identificação social, como no caso dos agentes e as rádios comunitárias.

Essa situação revela que obstáculos legais a respeito das relações trabalhistas contribuem para que processo seletivo não ocorra por concurso público,² prescindindo da publicação prévia de edital. Mas, ao mesmo tempo, evidencia a existência e a possibilidade da utilização dos canais de comunicação entre os profissionais e a comunidade, para programas de educação em saúde.

As informações sobre o programa foram obtidas no ambiente onde cada um circula: médicos e enfermeiros no ambiente técnico e agentes na comunidade, fortalecendo o pensamento de que tais informações representam recursos de poder que se manifestam e circulam em âmbitos diferenciados.¹⁹

A fragmentação das informações a respeito do programa é perceptível nos depoimentos dos entrevistados. Para os agentes, a mensagem parece ter sido decifrada de forma incompleta, deixando questionamentos a respeito do processo seletivo, divulgação dos resultados, relações de trabalho e salá-

rio. Médicos e enfermeiras, ao perceberem as lacunas da comunicação sobre a seleção, complementaram a compreensão da mensagem por meio de informações adicionais.

O entendimento, por parte dos médicos e enfermeiras entrevistados, de que o programa volta-se para a população pobre, as comunidades do interior e a população dependente dos serviços públicos, que apresentam problemas sociais, decorre do processo de formação desses profissionais, no qual a saúde coletiva historicamente tem sido identificada como campo de conhecimentos e intervenção que privilegia ignorantes e pobres desde o fim do século XVIII ao início do século XX; comunidades periféricas; vilas e favelas, desde meados dos anos 50; e os grupos excluídos socialmente, neste início de milênio.¹²

Tal característica ajuda a compreender a reação dos médicos do programa ao exigirem respeito ético e profissional por parte dos “outros” médicos da medicina curativa, atribuindo, como especificidade de seu campo de trabalho, práticas preventivas e de educação em saúde.

Os agentes se identificam com o programa em decorrência de suas relações com a comunidade, onde, na maioria das vezes, são líderes e participam ativamente de movimentos sociais. Entretanto, ao se tornarem agentes de saúde, passam a se relacionar com a comunidade por meio de regras instituídas no contrato e nas metas de produtividade. A partir daí, subordinam as habilidades apreendidas para resolver os problemas ao exercício da ação técnica.⁷ tirar pressão, fazer curativo e aplicar injeção.

O relacionamento interno da equipe revela a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados do trabalho, levando à descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional,²⁰ observando-se desarticulação entre ações curativas, educativas, administrativas e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e agentes.

Todos os entrevistados perceberam que o trabalho com comunidades é dinâmico, passando por fase inicial de desconfiança que evolui para participação efetiva.

A relação da equipe com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa, como modelo de atenção básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção, e a comunidade, segmento de excluídos sociais, que apresenta precárias condições de vida e

saúde e demanda consumo de serviços e ações, de maneira emergencial e imediata.

Nesse confronto, para os médicos e as enfermeiras, a comunidade é um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível, mostrando que, em sua atuação, esses técnicos legitimam muito mais a instituição reprodutora desse saber pautado no modelo biomédico,²⁰ que seu papel de sujeito social.¹⁹ A visualização dos médicos e das enfermeiras do programa sobre os limites de sua atuação decorrem de questões presentes no contexto de implantação,² como a desorganização do subsistema de atenção de média e alta complexidade e as condições de vida e saúde da comunidade que dificultam a organização da demanda, a resolução esperada e, conseqüentemente, a credibilidade.

Os agentes atendiam às demandas segundo as normas do programa, considerando como espaço de liberdade e de autonomia de sua prática a elaboração de estratégias para suscitar a participação das pessoas nas atividades dramatizações e passeios, pois, na intermediação entre unidade de saúde e usuários, os agentes reproduziam comportamentos calcados em velhas concepções de favores e de facilitação dos trâmites burocráticos.¹⁵

Condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades foram temas que mais promoveram a segmentação entre grupos e subgrupos, sabendo que a equipe não se autoconsidera um coletivo organizado para a produção de ações de saúde.³ Falta a eles um conceito amplo de trabalho, que con-

sidere como digno de ser remunerado todo esforço humano voltado à produção de valores socialmente construídos, e o trabalho como um dos caminhos de constituição dos sujeitos sociais e espaços de atividade, que considerem tanto o desejo e interesse do agente produtor quanto as necessidades sociais.⁴

Finalmente, médicos e enfermeiras do Programa o vivenciam sob dois planos: no das possibilidades, em que o Programa teria sustentabilidade por basear-se na medicina preventiva e trabalhar com famílias e, no plano objetivo, em que encontra seus limites na permanência dos determinantes das condições de vida e saúde dessas comunidades, além das condições organizacionais e gerenciais para cumprir os princípios do SUS – universalidade, resolubilidade e integralidade. Por outro lado, os agentes negam o formato institucional de seu trabalho no interior da equipe ao sugerirem sua transformação em auxiliares de enfermagem.

Os profissionais entrevistados discutiram o programa tomando como referência vivências anteriores e justificam a situação atual identificando determinantes externos ao programa, o que significa que o trabalho do PSF necessita de novas relações entre os membros da equipe, consubstanciadas na responsabilidade e complementaridade da ação multiprofissional, da (re)construção do objeto de conhecimento/intervenção e de autonomia para utilizar estratégias/tecnologias de intervenção.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, PI, que subvencionou a Pesquisa de Opinião, em abril de 1999.

REFERÊNCIAS

1. Baremlbit G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília (DF); 2000.
3. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. Campos GW. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
5. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
6. Fleury MTL. O desvendar a cultura de uma organização: uma discussão metodológica. In: Fleury MTL, Fischer RM, organizadores. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas; 1992. p. 15-27.
7. Habermas J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70; 1994.
8. Kitzinger J. Focus groups with users and providers of health care. In: Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. 2ª ed. London: BMJ Books; 2000. p. 20-9.

9. L'Abbate S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy EL, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 267-92.
10. Lourau R. *Análise institucional*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco/ São Paulo: Hucitec; 1992.
12. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998;32:229-316.
13. Pearson P, Jones K. The primary health care non-team? *BMJ* 1994;309:1397-88.
14. Pedrosa JIS. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1997.
15. Pedrosa JIS. Dilemas e perspectivas do SUS no Estado do Piauí: uma conversa com conselheiros. *Rev Saúde Deb* 1996;(49/50):28-32.
16. Rivera FJU. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cad Saúde Pública* 1997;13:73-80.
17. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MTB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999;4:221-42.
18. Teresina. Prefeitura Municipal. Instituto Piauiense de Opinião Pública. *Pesquisa de Opinião sobre PACS e PSF em Teresina: relatório de pesquisa*. Teresina: IPOP; 1999.
19. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1995.
20. Trench MH, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2000;53(nº especial):143-7.
21. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e a Saúde da Família. *Physys* 1998;8(2):11-48.
22. Westphal MF. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: Spinola AWP, Castro ENS, Westphal MF, Adorno RCF, Zioni F, organizadores. *Pesquisa social em saúde*. São Paulo: Cortez; 1992. p. 117-24.