

A Estratégia Saúde da Família Dentro do Sistema Único de Saúde

Maria de Fátima Santos de Araújo¹
Gilvânia Dias de Lima²

RESUMO Propõe-se um estudo qualitativo, o qual objetivou avaliar a atuação, o compromisso e competência entre os envolvidos com o PSF no Município de Sapé-PB, no pensar e fazer saúde. Participaram da pesquisa 54 profissionais de saúde nas categorias: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Foi utilizada para a coleta de dados, entrevista com questões previamente estruturadas e referenciadas por alguns dados objetivos. Em se tratando de resultados, podemos constatar ausência de compromisso nos atos em torno do PSF, principalmente no aspecto político.

Palavras-chave: Atuação. Compromisso. Competências.

ABSTRACT It is proposed to make a qualitative study, which pretends to evaluate the performance, the engagement and the abilities of the involved with the PSF in the Town of Sapé-PB, about thinking and bringing health. 54 health related professionals including doctors, nurses, dentists, nurse assistants, dentist's assistants and community health agents took part in the research. For the collect of data, were used interviews with questions previously raised and referenciated for some objectives. Referring the results, we can find that the lack of engagement becomes evident, mainly in the political aspect.

Keywords: Performance. Engagement. Abilities.

¹ Professora do Departamento de Ciências Sociais do Campus I da Universidade Federal da Paraíba

² Enfermeira do Programa de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo procurou analisar as dificuldades e desafios do Programa de Saúde da Família (PSF) no Município de Sapé-PB, a partir da percepção dos profissionais envolvidos, enfocando os avanços que têm sido dados na atenção básica em saúde com a criação do Programa no município.

Teve o propósito de verificar, através das falas dos atores, a experiência vivenciada entre eles no Município de Sapé-PB, o conhecimento sobre os propósitos da estratégia de saúde da família e analisar as formas de atuação, o grau de compromisso e o nível de envolvimento desses profissionais com o PSF no município, no que se refere à participação conjunta, responsabilidade e respeito na implementação de ações que visem ao encaminhamento de soluções para os problemas que surgem no cotidiano dos serviços, vislumbrando oferecer o direito à Saúde à comunidade assistida.

Acredita-se que este estudo possa contribuir um pouco para provocar uma reflexão e inquietação dos atores envolvidos, sobre o tipo de assistência que estamos prestando e quais níveis de atuação e competências estamos atingindo dentro do Sistema Único de Saúde, especificamente no PSF, firmando verdadeiramente seus princípios e diretrizes.

Pois, segundo Boff (1999), o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Entretanto, o cuidado é ainda algo mais que um ato, é uma atitude entre outras. O modo de ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano. Sem o cuidado, ele deixa de ser humano. O ser humano é um ser de participação, é um ator social, um sujeito histórico pessoal e coletivo de construção de relações sociais o mais igualitárias, justas, livres e fraternas possíveis dentro de determinadas condições histórico-sociais.

Dentro deste contexto, revela-se que a consciência no ato de cuidar é o fio condutor para a construção da consciência social. E o passo inicial para a conscientização social é se trabalhar a cidadania.

Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, que se traduza em termos de desenvolvimento de ações

humanizadas tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas.

Os participantes do estudo foram médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Dos 183 profissionais que compõem as 19 Equipes de Saúde da Família existentes no Município de Sapé, apenas 54 destes responderam ao questionário composto de perguntas abertas e fechadas.

A investigação foi autorizada pelo Comitê de Pesquisa e Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, de acordo com as normas para a pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, em vigor no País.

2. A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPÉ-PB

2.1 O Significado do PSF para os Profissionais Envolvidos

Detectamos nesta pesquisa que dentre as dificuldades enfrentadas pelo PSF deste a sua implantação no município, é a demonstração de pouco conhecimento do verdadeiro significado do PSF pela maioria dos profissionais envolvidos ou mesmo visões equivocadas a respeito. Podemos constatar nas falas a seguir:

É um programa que promove uma assistência na área de saúde para os menos afortunados, sobretudo, concorrendo para amenizar o sofrimento do povão. (Médico)

PSF é oportunidade de trabalho. (Médico)

Constatamos nas falas anteriores uma ausência de sintonia dos médicos com os princípios do SUS e com as principais propostas do PSF, presentes também na fala dos Agentes Comunitários de Saúde. Chama a atenção também a faixa etária dos médicos envolvidos no PSF de Sapé; são profissionais que, não obstante suas experiências, normalmente já se encontram aposentados e podem atuar no PSF simplesmente para não ficarem completamente ociosos.

2.2 Motivação para Trabalhar no PSF

O PSF para muitos profissionais é compensação financeira, oportunidade de uma ocupação após a aposentadoria (ou um complemento de renda), entre outras. Muitas vezes sem possuírem o perfil que o PSF exige, as ações desenvolvidas por esses profissionais nem sempre condizem com a proposta do Programa e com as reais necessidades da população, comprometendo o seu desenvolvimento. Por outro lado, as condições de trabalho e salariais geram insatisfações para algumas categorias, conforme ficou explícito no depoimento do cirurgião-dentista.

Aposentei-me e preferi atualmente trabalhar. (Médico)

Me identifiquei com a saúde pública e também com a necessidade do retorno financeiro rápido. (Enfermeiro)

Inicialmente, a busca do primeiro emprego, associada à utilização dos conhecimentos adquiridos durante a vida acadêmica, à população mais necessitada, buscando sempre a melhoria das condições não só de saúde bucal, mas uma visão mais abrangente do indivíduo como um todo. Muitas vezes me vejo desmotivado pelas péssimas condições de trabalho e de salário que nos levam a ter de trabalhar em outros locais, nos impedindo de nos dedicar de forma mais concreta ao Programa. (Cirurgião-Dentista)

Como vimos, os depoimentos anteriores apontam divergências na maneira de encarar a sua atuação no PSF. As motivações dependem da categoria e, sobretudo, das condições que são oferecidas a cada uma delas.

2.3 Formação para Atuar no PSF

Ao serem indagados se o treinamento introdutório foi suficiente para que ingressassem no PSF, as respostas foram as seguintes:

Altamente insuficiente. (Cirurgião-Dentista)

Não fiz o introdutório ainda, não foi oferecido à equipe que entrou há dois anos atrás. (Médico)

Não. Tive que me esforçar para aprender na prática. (ACS)

Esse treinamento capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos

demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbi-mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e as potencialidades existentes.

Esse diagnóstico da comunidade, ao descrever, explicar e ajudar a priorizar os problemas de saúde da referida área, vai permitir a programação de ações e de atividades para o enfrentamento dos problemas identificados (Cadernos de Atenção Básica, Brasil, 2000).

2.4 Ações mais Desenvolvidas no PSF

Quanto às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes, obtivemos os seguintes relatos:

Atendimento clínico, preventivo e coletivo. (Cirurgião-Dentista)

No momento, tratamento de doenças. Com o tempo a tendência é mais para a prevenção com o resultado do trabalho que se realiza. (Médico)

Ações preventivas e educativas. (Enfermeiro)

Consultas médicas, visitas domiciliares, diagnóstico e terapêutica das doenças na população atendida. (Médico)

Conforme constatamos, os perfis de alguns profissionais não condizem com a proposta do PSF. Humanizar os cuidados no âmbito é uma questão de competência.

O desafio é adquirir competências imprescindíveis ao bom desempenho profissional, principalmente por se tratar da área de saúde, onde o centro é a preservação do ser humano e, ao mesmo tempo, zelar para que possa haver uma ação de recuperação social, para que os ditos “não competentes”, a curto ou médio prazo, tornem-se inclusos no rol dos competentes. (Formação – Humanizar Cuidados de Saúde, uma Questão de Competência/Maio 2001, nº 2, Ministério da Saúde).

O PSF acolhe as pessoas com o objetivo não só de curar, mas principalmente o de evitar que a doença se instale, tendo como foco a família no seu contexto físico e social. Quando se questiona sobre as ações que são mais desenvolvidas no PSF, se coloca a promoção, prevenção da doença, embora o atendimento ambulatorial esteja ainda muito marcante no âmbito da assistência. Constatamos que menos de 40% dos profissionais preconizam a promoção e prevenção de doenças no PSF, quando a estratégia pauta-se na mudança do modelo assistencial, buscando alternativas para tal.

2.5 Nível de Informação sobre a Burocracia Existente no PSF

O conhecimento da burocracia existente no programa pelos profissionais é tido como satisfatório pela maioria.

Porém, as questões ligadas à burocracia do PSF estão mais diretamente ligadas à enfermagem, sendo a responsável por quase todas as ações burocráticas existentes na unidade. Este profissional é responsabilizado pela instrução/supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde e pelos problemas existentes na área de abrangência da Unidade de Saúde e na própria equipe quando se trata de relações humanas, infraestrutura, medicamentos, enfim, todos ou quase todos os problemas relacionados à estratégia. A sobrecarga de trabalho, a precarização, a grande distância salarial em relação ao médico mostram que o não reconhecimento do trabalho desta categoria causa desestímulo, angústia e estresse.

2.6 O Sucesso ou Insucesso do PSF

Para Merhy et. al. (2003), o PSF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”, “insatisfação da população”, “desqualificação profissional”.

Esse programa tem sido bem aceito pela população e pelos profissionais, não obstante, se faz necessário rever a forma como este se encontra estruturado pelo Ministério da Saúde. Para que a transformação na saúde ocorra verdadeiramente é preciso firmá-lo em bases sólidas, reciclar os profissionais para assim incorporar elementos transformadores.

O que pensam os entrevistados a respeito:

Depende muito dos gestores. Falta a efetivação dos profissionais e maior fiscalização das verbas pelo Ministério da Saúde. (Auxiliar de Consultório Dentário - ACD)

Está querendo dar certo. Falta compromisso de alguns municípios com os profissionais e as condições de trabalho. (Enfermeiro)

Não. Falta muita coisa: medicamentos, exames complementares... etc. (Médico)

Embora se registre grandes avanços na cobertura de assistência à população com o PSF, ainda são muitos os problemas a serem enfrentados, como os apontados acima.

2.7 A Relação dos Profissionais com o Poder local

De modo geral foram expressas insatisfações pela ausência de parceria e cooperação entre estes, conforme demonstram os depoimentos:

Relação apenas de ordenar tarefas. (Enfermeiro)

Participação muito superficial. (ACD)

Poderia melhorar, como por exemplo: reuniões frequentes das equipes e o gestor. (Médico)

2.8 Relação do Conselho Municipal de Saúde com a Equipe de Saúde da Família

O Conselho de Saúde é um órgão permanente de fiscalização do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição e nas Leis Orgânicas, 8.080/90 e 8.142/90, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. É composto por representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde, do governo e dos prestadores de serviços no Município, no Estado e na União, cumprindo uma exigência legal para que os recursos financeiros sejam repassados aos seus respectivos órgãos de saúde. O papel do Conselheiro de Saúde é participar da formulação das políticas de saúde, acompanhar a implantação das ações escolhidas, fiscalizar e controlar gastos, prazos, resultados parciais e a implantação definitiva dessas políticas (Guia do Conselheiro, Brasil, 2002).

Algumas opiniões sobre essa relação:

Nenhuma. Quando o conselho é formado, é na surdina. Ele não tem relação nenhuma com os próprios membros. (ACS)

Nenhuma. Não conheço quem faz parte do conselho. (Médico)

Não existe CMS, pelo menos na prática. (Enfermeiro)

As falas mostram a fragilidade dos Conselhos Municipais de Saúde, principalmente quando se trata de municípios menores, nos quais há um maior controle

ou manipulação dos gestores. Nesses casos, o controle social preconizado pelo SUS e tão importante para sua a consolidação fica comprometido.

2.9 Conhecimento dos Princípios Básicos do SUS

O profissional de saúde geralmente desconhece os princípios básicos do SUS. Sua formação geralmente distancia-se da saúde pública, embora essa realidade venha mudando, com a introdução de conteúdos relacionados à saúde coletiva.

Ao serem indagados sobre o nível de conhecimento da proposta do SUS, alguns responderam assim:

Preciso aprender muito. (Médico)

Nível regular de conhecimento (segundo o entrevistado, por falta de reciclagem dos profissionais do PSF). (Cirurgião-Dentista)

Nenhum (referindo-se ao conhecimento do SUS). (Auxiliar de Enfermagem)

No caso em estudo, a grande maioria dos profissionais, principalmente os médicos, tem especialidade em outra área e já se aposentou; e para não ficar totalmente inativo ingressa no PSF.

2.10 Compromisso dos Gestores Locais com os Princípios Básicos do SUS

No que se refere ao compromisso dos gestores, há uma preocupação com a falta de informação e de conhecimento por parte dos gestores do que seja o SUS, além do descompromisso que possa vir a existir (CONASEMS, 2005).

As visões dos profissionais a esse respeito são demonstradas nessas falas:

Nunca vi tanta irresponsabilidade e falta de compromisso. (ACS)

O compromisso é muito superficial. (Cirurgião-Dentista)

Há um verdadeiro descaso, principalmente no Estado da Paraíba. (Enfermeiro)

Apesar das dificuldades apresentadas, de maneira geral, o PSF configura-se também uma nova concepção de trabalho, uma forma de vínculo entre os membros de

uma equipe diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal reação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individuais, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

É sabido que avanços têm sido dados e conquistas abraçadas na busca da reorientação do sistema de saúde, aproximando os serviços da população, cumprindo o princípio constitucional do Estado, de garantir ao cidadão o seu direito de receber atenção integral à saúde – com prioridades para as ações preventivas, mas sem prejuízos dos serviços assistenciais – e para permitir que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do SUS aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir (BRASIL, 2002a).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou focar algumas dificuldades e deficiências evidenciadas no Programa Saúde da Família no Município de Sapé, a partir da concepção dos profissionais que estavam inseridos no programa durante o ano de 2004: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes comunitários de saúde.

A preocupação foi despertar nos atores envolvidos maior sensibilização com a causa da Estratégia de Saúde da Família no município, procurando mostrar a importância de se construir uma relação de confiança e solidariedade entre os profissionais e a comunidade.

Considerando que estes profissionais estão na ponta do Sistema Único de Saúde, lidando a cada momento com várias situações nas quais o PSF está envolvido, era de se esperar que muitas contradições surgissem, quando se compara o que é idealizado com o que é executado.

Ao se analisar a atuação e o compromisso dos profissionais, assim como suas competências para desempenhar o seu papel na equipe de saúde da família, se constatou a existência de muitos agravantes ligados à ausência de perfis profissionais adequados, à

inexistência de parcerias com outros setores afins, à ineficiência na gestão e na política local, por não priorizarem as competências existentes no município. Estas são algumas questões relacionadas ao fato de que o trabalho que se realiza dentro da ESF, no Município de Sapé, seja insuficiente e um pouco distante do que se idealiza.

Enfim, este estudo procurou desvendar aspectos importantes relacionados ao PSF, que venham a contribuir para despertar e conscientizar os envolvidos para assumirem cada vez mais o compromisso com as suas metas. Pois, segundo Boff (2003), o ser humano é uma espécie que possui constantes que geram certo tipo de comportamento singular, propriamente humano, caracterizado pela fala, liberdade, responsabilidade, criatividade, pelo afeto, cuidado e por sua dimensão de abertura ao outro e ao mundo e à totalidade.

Tendo em vista que toda mudança causa impacto, leva tempo e envolve aspectos culturais, sócio-econômicos e político-administrativos, para que haja consolidação do modelo proposto pelo PSF e do modelo assistencial é necessária a alteração da política que envolve o Sistema Único de Saúde. Segundo Merhy et. al. (2003), a forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde não lhe dá a possibilidade de se tornar, de fato, uma estratégia para a mudança, como é o seu objetivo.

Acredita-se, desta forma, que este estudo traga alguma contribuição para a reflexão sobre a forma como o PSF foi “construído”, colaborando, assim, para a compreensão e solução das questões que nele são colocadas. Ao se firmarem, os princípios e diretrizes do SUS fazem do PSF um programa de inclusão social e um campo de realização profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: Normas, gestão e firmamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral; UVA, 2001. – (Saúde em debate; 149 - Série didática).

BOFF, Leonardo. **A família: mito do cuidado**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Saber Cuidar: ética do humano – Compaixão pela terra**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999. 8ª Edição.

BRASIL, **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família. Treinamento Introdutório. Caderno 2. Brasília, 2000.

BRASIL, Família, trabalho, ambiente e saúde. Orientações gerais em saúde do trabalhador para agentes comunitários de saúde. Brasília-DF: 2002.

BRASIL, Guia do Conselheiro. Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Série F. Comunicação e educação em Saúde. Brasília-DF: 2002.

BRASIL, Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ed – São Paulo: Cortez, 1998 – (Biblioteca da educação. Série 1. Escola V. 16).

Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. Registros Históricos. Cadernos de Ética em Pesquisa. Brasília: V.1, P. 7, jul/1998.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília-DF: 1988.

MERHY, et. al. **O trabalho em saúde. Olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde:** sexta edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.

RADIS, **Comunicação em Saúde.** Nº 16. Dezembro 2003. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 10.

Revista CONASEMS. Dezembro/Janeiro 2005. Ano I, nº 9.