

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM**  
**“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM”**  
**CONVÊNIO UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC**

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA PROPOSTA À**  
**EXECUÇÃO, UM DESAFIO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO**  
**SERVIÇO DE SAÚDE**

**IRANY ACHILES DENTI**

**Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.**

**Orientadora: Prof. Dra. INGRID ELSÉN**

**Florianópolis – SC**  
**setembro de 2000**

Florianópolis – SC, Setembro de 2000.


**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA PROPOSTA À  
EXECUÇÃO, UM DESAFIO PARA A REESTRUTURAÇÃO DO  
SERVIÇO DE SAÚDE**

**IRANY ACHILES DENTI**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**Mestre em Enfermagem**

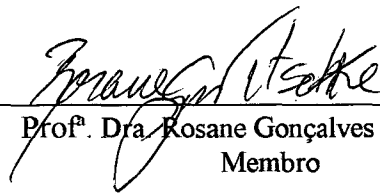
E aprovada na sua versão final em 15/09/2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>ª</sup> Dra. Denise Elvina Pires De Pires  
Coordenadora do Programa

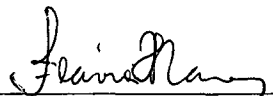
**BANCA EXAMINADORA:**



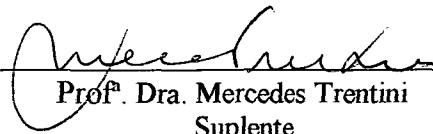
Prof.<sup>ª</sup> Dra. Ingrid Elsen  
Presidente



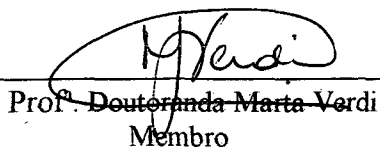
Prof.<sup>ª</sup> Dra. Rosane Gonçalves Nitschke  
Membro



Prof.<sup>ª</sup> Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Membro



Prof.<sup>ª</sup> Dra. Mercedes Trentini  
Suplente



Prof.<sup>ª</sup> Doutora Marta Verdi  
Membro

*“Não existem erros.  
Os acontecimentos que atraímos para nós,  
por mais desagradáveis que sejam,  
são necessários para aprender  
o que necessitamos aprender;  
todos os passos que damos  
são necessários para chegar  
ao ponto que escolhemos”.*

*Richard Bach*

*A todos  
que de alguma forma  
contribuíram  
para a realização  
deste trabalho*

## RESUMO

### **Programa de saúde da família: da proposta à execução, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde.**

O Programa de Saúde da Família foi eleito como uma estratégia governamental cujo objetivo é o de reestruturar o serviço de saúde pública, constituindo-se numa resposta por parte do governo à crise vivida no setor. É caracterizado como porta de entrada do sistema de saúde e apresenta similaridades das ações em saúde propostas por Alma-Ata (1978). Tem a pretensão de ser um modelo assistencial que deve ser centrado no usuário, propondo um processo de trabalho que envolve uma equipe multiprofissional com o propósito da vigilância à saúde. Pode, também, ser um dispositivo para o cumprimento da constituição no que se refere ao controle e participação sociais nesta área. Por estas propostas serem inovadoras, na nossa realidade e, por perseguirem objetivos ousados que se contrapõem ao modelo médico-hegemônico dominante, elegemos este programa para desenvolver a nossa dissertação para que esta possa servir como instrumento reflexivo e orientador nas atividades diárias da equipe. O trabalho tem como objetivos realizar uma prática de trabalho à equipe que implementa as atividades em saúde à luz do referencial teórico, discutir a articulação da política do programa com as atividades cotidianas da equipe, identificar facilidades e dificuldades e fazer uma análise crítica relativa a implantação e implementação deste programa. Os sujeitos de estudo foram os componentes da equipe multidisciplinar que implementam as atividades em saúde no referido programa. O estudo é de natureza exploratória, descritiva e analítico-reflexiva. O local de coleta de dados foi junto à equipe de saúde num Município do Alto Uruguai Gaúcho. A proposta foi implementada através de encontros formais, observação participante e organização geral das atividades, sendo que a análise dos dados foi deu-se após cada encontro para proporcionar um *feed-back*, fornecendo elementos alimentadores às discussões posteriores. A prática assistencial proporcionou segurança para as discussões durante todo o estudo. Com base no referencial teórico, elencamos problemas, emitimos críticas e apontamos possíveis caminhos, propiciando ao grupo critérios para que possam, ao longo do tempo, serem capazes de transformar a realidade.

## ABSTRACT

### **Family Health Program: From the proposal to the execution, a challenge to the restructure of the health service**

This work is part of the elaboration of Maste's dissertation with the title: Family Health Program: From the Proposal to the execution, a challenge to the restructure of the health service. The Family Health Program was elected as a governmental strategy whose objective is to restructure the public health service, it is constituted in a response from the government to the crisis the department is going through. It is characterized as the entrance gate of the health system and it shows similarities to the actions in health proposed by Alma Ata (1978). It has the intention of being a health care model that must be centered in the user, proposing a process of work that involves a multiprofessional team that has the proposal of watching the health system. It can also be a mechanism to make the Constitution work as to the control and social participation in this area. As these proposals are innovative to our reality and as they have daring objectives that oppose the dominant medical-hegemonic model, we have elected this program to develop our dissertation and so it can work as a reflective and guidance tool on the daily activities of this team. The work has as objectives to realize a practical work with the team that implements the activities in health based on the theoretical reference, discuss the articulation of the policy of the program with the daily activities of the team, identify the easiness and difficulties and critically analyse the implant and implementation of this program. The subjects of the study were the members of the multi-disciplinary team that implemented the activities in health in the reported program. The nature of this study is exploratory, descriptive and analytic-reflexive. The data were collected from the health department of a town of the Alto Uruguai Gaúcho. The proposal was implemented through formal meetings, participating observation and general organization of the activities, the analysis of the data was made after each meeting in order to provide a feed-back, so this way providing subsidies to subsequent discussions. The practical services provided confidence during the discussions throughout the study. Based on the theoretical reference we compiled problems, expressed criticism and pointed out some possible directions so that the group become more critic and that they be able to change the reality.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	V
ABSTRAT .....	VI
LISTA DE QUADRO .....	IX
1. INTRODUÇÃO .....	10
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 - Objetivo geral .....	16
2.2 - Objetivos específicos .....	16
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	17
3.1 - Documentos internacionais .....	18
3.2 - Conceitos de saúde .....	24
3.3 - O Sistema Único de Saúde .....	25
3.4 - Indicadores e estratégias utilizadas para o diagnóstico e intervenção em saúde .....	29
3.5 - Legislação em saúde .....	34
4. REFERENCIAL TEÓRICO .....	44
4.1 - O programa de saúde da família .....	44
5. METODOLOGIA .....	53
6. DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA .....	57
6.1 - Reunião inicial - 09/09/99 .....	57
6.2 - Segunda reunião - 16/09/99 .....	67
6.3 - Terceira reunião - 29/09/99 .....	70
6.4 - Quarta reunião - 04/10/99 .....	81
6.5 - Quinta reunião - 17/11/99 .....	81
6.6 - Sexta reunião - 24/11/99 .....	86
6.7 - Palestra .....	92
7. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FILOSOFIA À PRÁTICA .....	94
7.1 - Da estratégia de estruturação da equipe, implantação e implementação .....	94
7.2 - Da prática assistencial .....	96
7.3 - Da cobertura .....	99

## VIII

7.4 - Do poder de resolução .....	100
7.5 - Dos papéis desempenhados pela equipe multiprofissional.....	101
<b>8. IDENTIFICANDO CONCEITOS DO REFERENCIAL A PARTIR DA PRÁTICA ...</b>	<b>103</b>
<b>9. PRINCIPAIS TEMAS EMERGENTES .....</b>	<b>118</b>
9.1 - Alto grau de normatizações.....	118
9.2 - A dinâmica do trabalho.....	121
9.3 - Os erros do programa .....	124
9.4 - Os compromissos do programa .....	125
9.5 - O excesso de prescrições bitola e cerceia a criatividade .....	126
9.6 - Permanece a onipotência do profissional (principalmente a do médico).....	127
9.7 - Falta de credibilidade e suas implicações .....	128
9.8 - A grande ausente .....	131
<b>10. POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DESTE TRABALHO .....</b>	<b>138</b>
10.1 - Ao programa de saúde da família .....	138
10.2 - Para o ensino de enfermagem e medicina .....	139
10.3 - Para o desenvolvimento do conhecimento .....	140
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>145</b>
<b>A N E X O .....</b>	<b>146</b>



**QUADRO**

**Quadro 1 – Os conceitos do Referencial Teórico na prática..... 117**

## 1. INTRODUÇÃO

*"Médico em casa"*. Esta é a manchete que se lê em um jornal de circulação estadual, para ressaltar o trabalho feito pelo médico a domicílio, atuando no Programa de Saúde da Família. Essa é a mais nova tendência do serviço de saúde adotada em países da Europa, América do Norte e América Latina. Esta mudança de atitude, resultará no alcance da saúde, o controle da doença, a cura, a prevenção e a promoção da saúde a custos reduzidos? Para tentar responder a estas interrogações, o trabalho procura oferecer reflexões tendo-as como fio condutor das discussões e propostas contidas nos capítulos que seguem. Zero Hora (1999).

No espaço de tempo civilizado da evolução humana, a saúde sempre foi assunto presente, desde os escritos de Hipócrates aos mais modernos conceitos de atenção à saúde das últimas décadas e, nenhum modelo conseguiu satisfazer todas as crescentes necessidades do ser humano. As formas de atenção foram sendo modificadas ao longo dos tempos, influenciadas pela cultura, conhecimentos científicos e ultimamente também pelos interesses de grupos detentores do conhecimento. A pretensão é ajustar-se às necessidades dos indivíduos ou aos grupos sociais, sendo que o acesso ao serviço de saúde ficou restrito, determinado principalmente pelo poder aquisitivo ou pelas influências políticas individuais ou de grupais.

No Brasil, passaram-se quase 500 anos desde que os europeus pisaram em nosso solo e somente no final do século XX é que foram esboçados alguns gestos em direção ao reconhecimento da igualdade entre os seres humanos, conhecida como universalidade em relação à saúde. Porém, estas conquistas expressas em lei, podem refletir, em parte, a fase de amadurecimento da consciência humana, sendo que dentro desta fase evolutiva, todos

devem ter as mesmas condições de acesso aos serviços de saúde e com igualdade de resultados, e não somente uma conquista isolada do setor saúde.

A Saúde Pública brasileira surge no começo do século, como sendo basicamente campanhista e atendendo a pressões externas com vistas à exportação, acesso ao extrativismo, combate à endemias que impossibilitava ou colocava em risco o comércio com outros países. Já, na segunda e terceira décadas do século passado, é que a Saúde Pública começa a ser pensada de forma um pouco mais abrangente, percebendo-se certa organização. Na prática, muito do que foi feito por parte dos órgãos governamentais, foi incorporar o que grupos organizados e não governamentais já vinham fazendo, tentando impor um cunho público a estas ações.

Com o passar do tempo e influenciados por modernos pensares em saúde, difundidos em grande parte do mundo, um grupo de técnicos iniciou a organização de um novo modelo, seguramente contra os conceitos de saúde da época. Este movimento, conhecido como Reforma Sanitária, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual influenciou e pressionou a aprovação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Em 1990 foram aprovadas as Leis nº 8.080 que consolidou a saúde pública brasileira em um sistema único (SUS) e a Lei nº 8.142, estabeleceu regras e formas de participação e controle social neste sistema. Estes documentos são conhecidos como as leis orgânicas da saúde, cujas palavras de ordem foram: **direito à saúde e à cidadania**, sendo seus princípios fundamentais: **integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade**.

A integralidade, supostamente acabou com a superposição de atividades em saúde nas três esferas de governo, e o ser humano **alvo da ação**, passa a ser visto de forma integral e não fragmentado em aparelhos e sistemas pelo modelo clínico. Dentro desta lógica, há possibilidade de acabar com a dicotomia entre o que conhecemos como curativo e o preventivo, bem como se propicia ao cidadão a acessibilidade a todos os níveis de complexidade dos serviços e ações de saúde existentes. A universalização da assistência ofereceu antes de tudo, uma equiparação social do ser humano, independente do seu status. Para a sociedade brasileira, encerra-se, pelo menos na área da saúde, as diferenças sociais advindas do processo de estratificação, ditadas pelo poder econômico e financeiro. O alcance da universalidade foi um processo relativamente simples após a aprovação da lei e

tendo como obstáculo principal a falta de investimentos públicos na qualificação profissional e na expansão de serviços para fazer frente à demanda provocada.

Se, por um lado, o alcance do direito à assistência foi relativamente simples, em outros aspectos, percebe-se uma lacuna muito grande que é relativa aos resultados alcançados. Para tentar reduzir estas iniquidades na saúde pública brasileira, o Ministério da Saúde tenta mudar a estratégia de ação e estrutura um novo programa que visa fazer frente às desigualdades existentes. Este é o (PSF), Programa de Saúde da Família que coloca uma equipe multidisciplinar atuando juntamente com a comunidade e discutindo com ela as estratégias de ação, cujo resultado deverá ser o somatório das atividades e ações da sociedade e da equipe de saúde em um resultado único e compartilhado por todos.

A saúde sendo concebida como o resultado da ação de todos os segmentos sociais e a interação destes entre si, na proposta de trabalho do (PSF), devem ser incluídos, na discussão, planejamento e execução de ações, vários segmentos da sociedade como educação, saneamento, produção de bens, destino do lixo, controle da poluição ambiental e gestores, com a denominação de **intersectorialidade**.

Após a aprovação das leis descritas, houve um período de transição, com vistas a um ajustamento, até que instituições e trabalhadores da área da saúde pudessem ajustar-se ao novo modelo. O sistema unificado trouxe benefícios para alguns segmentos da sociedade e também novos problemas e desafios para os gestores. Nas décadas de 70 e 80, grande número de indivíduos não contribuintes passaram a ter acesso ao sistema de saúde, porém, os (...) *investimentos na área não acompanharam as demandas (...)* (Moura, 1989), tendo ocorrido exclusões de muitos segmentos sociais. Por estas exclusões e pelo baixo poder de resolutibilidade, a sociedade brasileira bem como os trabalhadores da área da saúde, incumbiram-se de segmentar (dificultar), o acesso da população aos serviços públicos de saúde. Desta maneira as camadas sociais traduziram sua forma de atuação, (...) *celebrando convênios particulares com instituições prestadoras de serviços de saúde* (Giovanella, 1996), passando a usar o Sistema Único de Saúde somente quando havia conveniência ou quando o convênio particular não cobria determinados procedimentos, permanecendo, basicamente até o presente momento esta maneira de atuação do Serviço Público na área da Saúde. Este modelo de atenção à saúde, utilizado até o momento, tem sido caracterizado

como uma atenção feita para pobres, pelo baixo poder de resolução, pelo descaso com o usuário, pela negligência administrativa, e porque não dizer, negligência dos profissionais que atuam no setor.

Na tentativa de mudar este quadro de descrédito e insatisfação da população relacionada com a atenção à saúde, o Ministério da Saúde, alicerçado por modernos conceitos de trabalho, resolve adotar um novo programa para tentar reverter este quadro que não satisfaz nem aos gestores nem aos usuários. Esta nova filosofia de trabalho já vinha sendo implementada em vários países do mundo como o Canadá, Cuba, China, Portugal, Reino Unido e alguns países Africanos. Este programa foi “batizado” como Programa de Saúde da Família, estando implícito, no seu contexto, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Sob esta ótica, a estratégia preconizada pelo Programa de Saúde da Família, visa a reversão do modelo assistencial vigente. Para que isso aconteça é necessário uma mudança do (...) *objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios* (Brasil, 1997). Em relação ao objeto de atenção, que até então era o indivíduo e sua patologia, suas queixas e sintomatologia, no PSF, deve-se passar a vê-lo como um (...) *componente da família e da comunidade* (Brasil, 1997). Este ser humano também deve ser visto como um agente provocador de mudanças no ambiente e que estas incidem diretamente sobre sua saúde ou sua doença, que modifica e é modificado, passando por um processo de “metamorfose” continuada ao longo da sua existência.

A forma de atenção que era preponderantemente baseada no atendimento da demanda, dentro do modelo clínico, feito pelo profissional médico de forma unilateral, agora passa a ter uma equipe multidisciplinar e atuante junto à família e à comunidade. Busca não somente o atendimento às queixas, mas também na detecção dos fatores de risco à saúde, na promoção da saúde e nos determinantes de doenças e, principalmente, lutando contra a desinformação, que é seguramente um grande gerador e mantenedor das desigualdades tão salientes em nosso meio. Toda a estrutura dos serviços de saúde deve ser organizada visando o cliente e não apenas às facilidades para a equipe de trabalho ou

ao sistema de saúde. A reorganização da prática de trabalho é um grande desafio, haja vista a cultura dos técnicos e da população, aculturados num modelo centrado na doença e no tratamento dos seus sintomas. Esta nova prática de trabalho, passa a ter uma clientela adstrita, previamente eleita, baseada em indicadores de saúde e fatores socioeconômicos. Para esta finalidade, primeiramente, se deve promover uma discussão com a comunidade, visando estabelecer estratégias para viabilizar as ações e elencar as prioridades.

Neste contexto, a família passa a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. A assistência é organizada em áreas geográficas definidas, por entender-se que as famílias são permeáveis, fazendo trocas com o ambiente, onde exista a luta pela melhoria das condições de vida. Atuando desta forma, o programa permite, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Muito embora tenha sido rotulado como programa, foge às concepções usuais dos demais programas governamentais, por não apresentar propostas essencialmente verticais e permitindo também o cumprimento da lei no que se refere à participação social.

Até o presente momento, todas as publicações existentes no Brasil, relacionados ao Programa de Saúde da Família, possuem, a meu ver, um caráter de relatório de atividades com alguns objetivos alcançados. Não podemos descartar a possibilidade de que estes relatórios não reflitam a realidade, tendo em vista que normalmente são elaborados pelos próprios técnicos que implementam as atividades em saúde, e que, possivelmente não existam instrumentos específicos, que de fato provem a autoria do mérito, na melhoria dos indicadores de saúde. Analisando alguns relatos, lê-se, que com a implantação do Programa de Saúde da Família, a internação de crianças por determinada patologia passível de prevenção foi reduzida sensivelmente. O alcance deste objetivo não pode ser atribuído somente a atuação da equipe multidisciplinar. O que ocorre, às vezes, é que o programa foi implantado em área onde não há saneamento básico. Com a melhoria das condições ambientais, da qualidade da água, e a canalização do esgoto, pode-se reduzir drasticamente a mortalidade. Neste caso o alcance destes objetivos não podem ser atribuídos somente à ação da equipe de saúde, e sim a melhoria das condições gerais do ambiente. Evidentemente que existe mérito no alcance dos objetivos e que provavelmente

nestes locais houve, de fato, a implementação por uma equipe interdisciplinar e que todos os recursos possíveis e disponíveis na localidade foram empregados.

O grande desafio imposto ao PSF, visto no seu contexto geral, é primeiramente demonstrar à população confiabilidade naquilo que concerne a resultados. Aos gestores de saúde, cabe demonstrar que é possível reverter o modelo assistencial através da reorganização das ações em saúde. Visto por este prisma, queremos oportunizar neste estudo, uma reflexão sobre a prática de trabalho da equipe que implementa as atividades deste programa. Fá-lo-emos à luz de um referencial teórico, que é a própria concepção do PSF, discutindo sua articulação política bem como fazendo uma análise crítica da sua estrutura e funcionamento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivo geral**

Proporcionar uma reflexão da prática de trabalho implementada pela equipe multidisciplinar, baseada na filosofia preconizada pelo Programa de Saúde da Família em um Município da décima primeira Coordenadoria Regional de Saúde do RGS, contribuindo para a melhoria da assistência à saúde.

### **2.2 - Objetivos específicos**

- Discutir a articulação da política do programa com as atividades desenvolvidas na prática cotidiana da equipe;
- Identificar as facilidades e dificuldades da equipe referente à implementação do programa;
- Fazer uma análise crítica relativa à implantação e implementação do Programa de Saúde da Família.



### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Saúde Pública brasileira, enquanto forma específica do cuidado com a saúde do ser humano, é afetada pelos processos de desenvolvimento sócio-econômico e pelo impacto do Estado através da sua política econômica e social. Por esta razão, ela necessita de políticas e programas próprios que ofereçam respostas às necessidades individuais e dos grupos sociais rompendo com as barreiras econômicas, observando os aspectos socioculturais ao desenvolvimento integral dos seus membros.

Os movimentos internacionais promovidos pela OMS têm desempenhado papel vital no campo da saúde ao longo das últimas décadas. Estes movimentos foram o resultado de governos, organismos internacionais, organizações não governamentais e indivíduos que promoveram mudanças éticas e sociais em torno do tema saúde e, os resultados podem ser traduzidos em forma de avanços de compreensão do conceito de saúde, bem como pelas diferentes maneiras de enfrentar os problemas.

Depreende-se que, os movimentos internacionais refletiram na legislação nacional e estas iniciativas exerceram influência sobre o perfil das políticas públicas de saúde e dos movimentos sociais que os precederam. Como conceber os extraordinários avanços no campo dos direitos à saúde e como obrigação do Estado sem que se pudesse contar com o apoio teórico e metodológico de movimentos como Alma-Ata (1978), Carta de Ottawa (1986), Declaração de Adelaide (1988), Declaração de Bogotá (1991)? E no Brasil as Conferências Nacionais de Saúde, dando ênfase para a VIII que preparou o teor da constituição de 1988?

Estes movimentos são traduzidos pelo surgimento de novas iniciativas, às quais foram seguidas da adoção de uma dinâmica que acabou por refletir no panorama nacional, nas políticas públicas e movimentos sociais após estes eventos, modificando a forma de pensar e agir de uma parcela significativa da população e de técnicos em saúde. Não se pode imaginar como estaríamos hoje, em relação à saúde, sem estes movimentos, que seguramente, desencadearam um “novo olhar” para a assistência à saúde e uma possível extensão de cobertura àqueles que não possuem condições políticas ou financeiras para cobrir os custos crescentes que o cuidado com a saúde exige. É inegável que estes movimentos foram a base para a consolidação de leis que passaram a beneficiar milhões de pessoas em todo o mundo.

Em relação ao Brasil, o que se observa, apesar das enormes dificuldades que o País atravessa e da dimensão dos desafios que têm pela frente, é uma tendência em procurar, pelo menos em tese, uma sintonia entre os diversos segmentos sociais, legislação e políticas públicas modernas, similares às conquistas observadas no plano internacional.

Por questões metodológicas, a saúde não será dicotomizada em ser ou não portador de doença ou sintoma, mas sim como um somatório de componentes, como um processo integrante da vida e da trajetória individual ou de grupos sociais. Com esta perspectiva justifica-se os temas abordados: Documentos internacionais; Conceitos de saúde; O Sistema Único de Saúde; Indicadores e estratégias para intervenção em saúde e Legislação em saúde, configuram-se procedentes.

### **3.1 – Documentos internacionais**

No Brasil, a saúde pública começa a aparecer com algumas expressões a partir de 1920, quando se iniciam disputas sobre modelos técnico-assistenciais, em relação ao exercício livre para a assistência clínica de caráter curativo e individual. Desta época até a década de 80, as políticas de saúde sofreram várias mudanças e, conseqüentemente, cada uma delas gerando leis que as tornavam públicas, éticas e legais.

Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde que até então estava vinculado ao Departamento de Saúde Pública, permanecendo, neste período, o cuidado individual com ênfase na atenção médica, atendendo a interesses da política econômica. Segue-se, em 1934 a Reorganização Ministerial no qual o Departamento Nacional de Saúde foi transformado em Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, sendo que em 1937, este departamento assume a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde. Concomitantemente, aparecem trabalhos para o controle da febre amarela e malária. Com a criação do Hospital das Clínicas de São Paulo em 1940, abre-se o campo da Saúde também para a Enfermagem. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) tinha como objetivo garantir uma ação nas regiões da Amazônia na extração da borracha. Percebe-se que desde o início as ações direcionadas à Saúde Pública não foram pensadas de forma abrangente, mas sim, ações focais direcionadas para segmentos sociais, onde o retorno era advindo da economia e ficava restrito às possibilidades de exportação e não propriamente para a melhoria das condições de saúde e de vida da população. Esta reflexão não é restrita a criação do SESP porque até em nossos dias percebe-se movimentos campanhistas visando à obtenção de certificados internacionais com vistas ao mercado de exportação (erradicação de viroses animais) e erradicação de viroses humanas potencialmente letais visando a obtenção de recursos financeiros externos para “empreendimentos internos”.

Na década de 50 começa o fortalecimento da política previdenciária baseada na “doutrina” do bem estar social, difundida em grande parte do mundo, principalmente em países subjugados política e economicamente pelos Estados Unidos da América do Norte. Segue-se a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que culmina com o SUS (Sistema Único de Saúde), vigente na atualidade. Estas “conquistas sociais”, não foram obra da imaginação, criação, de movimentos de inspiração individual ou de um grupo de pessoas. Pode sim, ser visto como o resultado do amadurecimento da consciência humana, bem como do somatório dos esforços teóricos e práticos dos técnicos que labutavam nesta área, em todo o mundo. Estas conquistas vão muito além dos conhecimentos técnicos aplicados na solução de problemas específicos, mas sim, do reconhecimento da igualdade de direitos e deveres entre os seres humanos. Como resultado desta filosofia foram promovidos em vários locais do globo terrestre, eventos que foram

aos poucos inculcando na consciência humana a necessidade de mudanças em relação à saúde. Pode-se dizer também/que estas conquistas são o resultado da abertura global, de um processo político mais democrático o que possibilitou a troca de experiências, proporcionando um encorajamento e apontando novos caminhos para modificar o paradigma do setor saúde.

A partir de Alma-Ata (1976), viu-se florescer idéias que foram aos poucos mostrando aos técnicos que era possível mudar a forma de atenção, sendo que a sociedade passou a cobrar dos seus governantes várias mudanças, e hoje podemos dizer que, pelo menos em tese, nossa legislação na área da saúde pode ser equiparada às mais avançadas do mundo. Seguindo o modelo já experimentado em outras nações, o Brasil, mesmo em um período de repressões políticas, promoveu eventos conhecidos como conferências nacionais de saúde, sendo a VIII a mais conhecida e decisiva por ter preparado o teor do artigo 196 da Constituição Brasileira, aprovado em 1988. No Brasil, as conferências de saúde foram a tônica das últimas décadas do século XX, sendo o espelho do que de melhor foi produzido no aspecto teórico na área da saúde, em todo o mundo. As nossas conquistas nesta área serão explanadas no capítulo das políticas de saúde e a síntese das conferências internacionais, seguirão ao critérios cronológico:

- a) A Primeira Conferência Internacional sobre promoção de Saúde realizada em Ottawa em novembro de 1986, sendo que esta conferência incorporou o que era preconizado por Alma Ata (1978), "*Saúde para todos no ano 2000*". Visando atingir esta meta foi priorizada a promoção da saúde vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. "*A saúde também é vista como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e uma importante dimensão da qualidade de vida*" (Brasil 1, 1996, p.21).

A equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. Suas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizarem completamente seu potencial de saúde. Dentre várias outras propõe também a reorientação dos serviços de saúde sendo que estes devem ser compartilhados entre indivíduos, comunidade, grupos profissionais de saúde, instituições prestadoras de serviço de saúde e governo.

b) A declaração de Adelaide (1988), foi a Segunda Conferência Internacional a abordar a promoção da saúde, que adotou a declaração de Alma Ata (1978) que pretendia alcançar *“Saúde para todos no ano 2000 através de um novo direcionamento das políticas de saúde enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como fundamentais”* (Brasil 1, 1996, p. 20).

Este documento reafirma a necessidade na mudança nas *“Políticas de saúde, na justiça social e equidade, sendo estes pré-requisitos para a saúde”*. Para a promoção da saúde este documento considera quatro pontos importantes: *“Construção de políticas públicas saudáveis; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde”*. Nesta conferência a concepção de saúde é revista e sofre uma evolução no sentido da adoção de políticas favoráveis à saúde, considerando que os determinantes das doenças e as repercussões sobre a saúde dependem da ação do conjunto das políticas públicas.

c) Sundswall (1991) foi a Terceira Conferência Internacional sobre promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde. Surge como parte de eventos da OMS com o compromisso de atingir metas de saúde, sugerida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (UNICEF/OMS), e pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados (Ottawa, 1986). Adelaide (1988), *“(...) referindo-se a políticas de Saúde Saudáveis, enfatizando o significado da promoção da saúde. A terceira conferência exorta a todos os povos das diferentes partes do globo a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde”* (Brasil 1, 1996, p. 22).

No mesmo sentido, mas paralelo a estas atividades, desenvolveu-se na área da saúde um interesse crescente sobre a questão da ameaça ao meio ambiente global, sendo expresso pela Comissão Mundial pelo Desenvolvimento e o meio ambiente em seu relatório *“Nosso Futuro Comum”*, que trouxe um novo entendimento ao tema do desenvolvimento sustentável.

d) Especificamente para a América Latina a Conferência de Bogotá (1992) foi um marco onde participaram 21 países. Na tomada de “(...) *decisão levaram em consideração as experiências internacionais neste sentido bem como as ações na promoção da saúde em algumas nações do Mundo*” (Brasil 1, 1996, p. 43). Segundo este mesmo documento a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento, concluindo que:

*“(1) Setores importantes da população não são atendidos nas suas necessidades básicas para garantir condições dignas de vida. (2) A situação de iniquidade da atenção à saúde nos países da América Latina reitera a necessidade de criação de novas alternativas nas ações públicas, orientadas a combater o sofrimento causado pelas enfermidades, atraso e pobreza (3) Existem muitas barreiras políticas que limitam o exercício da democracia a participação da cidadania e a tomada de decisões. (4) Alcançar a equidade consiste em eliminar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, que impedem o alcance ao direito e ao bem estar. (5) Os seres humanos devem desenvolver-se integralmente e reciprocamente nas sociedades onde vivem, sendo que os setores de saúde devem procurar estratégias para a promoção da saúde no continente”* (Brasil 1, 1996, p.43).

Partindo de premissas anteriores à Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 196 a 200, promoveu uma verdadeira revolução criando um novo Sistema Público de Saúde no País. Este documento determina que:

*“A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doenças e, de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, serviços estes que devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada a constituir um sistema único de saúde, baseado na descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais e participação da comunidade”* (Brasil, 1988, p. 13).

Desta forma, a Constituição reconheceu expressamente a necessidade de colaboração dos três níveis de governo para o cuidado da saúde pública, estruturando-se o sistema prioritariamente na municipalização, contemplando desta forma também as reivindicações da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Se, por um lado, a lei é bem clara em relação ao acesso social ao sistema de saúde, por outro, existe a iniquidade e a falta de resolubilidade expostas de forma gritante. Segundo Favaret e Oliveira (1990, p.13), “(...) com o alcance da universalização ficaram evidenciadas exclusões, pois a mesma incluiu camadas populares não contribuintes da previdência social acompanhado pela difusão de planos de saúde privados entre as camadas médias da população”.

A “universalização”, que possibilitou o acesso ao sistema de saúde a toda a população, excluiu parte deste contingente populacional do acesso aos serviços de saúde, decorrente da progressiva ampliação de cobertura da assistência médico-previdenciária nas décadas de 70 e 80, aos não contribuintes, quando o aumento da demanda não foi acompanhado pelo correspondente investimento na oferta de serviços, e da aplicação de recursos financeiros necessários, ao mesmo tempo em que foram estimuladas formas de acesso diferenciadas por categorias sócio-ocupacionais. Como podemos ver a expressão formal de uma proposta não garante, em si, a sua implantação e implementação. Observado sob o prisma da igualdade e da justiça social ainda somos muito pobres em relação a princípios elementares, se quisermos considerar todos os seres humanos iguais. De acordo com Mendes (1995, p. 53), “Falta-nos igualdade ontológica (igualdade entre os seres humanos), igualdade de oportunidades, igualdade de condições e igualdade de resultados”. A moderna legislação da saúde brasileira, concebida em um sistema único, busca justamente oferecer oportunidades para que possamos reduzir as desigualdades, sendo que o seu resultado final pode proporcionar uma visão mais clara de direitos e deveres extensivos a todos os cidadãos, encerrando de vez a dificuldade de compreensão, por parte da população, de quais ações de saúde são executadas pelo setor público, nos diferentes níveis de governo.

Considerado como marco importante, o advento do SUS encerra a superposição de atividades das três esferas de governo, sem, no entanto, resolver o problema da iniquidade no setor da saúde. O Programa da Saúde da Família parece ser uma resposta possível para o desafio da equidade, da descentralização, da municipalização e principalmente para a participação popular nas decisões relativas às ações em saúde. Porém, ao passarmos do “plano para a prática” ou em forma técnica, coloca-se o programa em “(...) dois campos

*distintos que se expressam na realidade cotidiana: o do trabalho, que é realizado pelo programa, que possui um modo técnico e intervencionista, produzindo cuidados; o da organização social da produção e distribuição dos serviços, no qual o programa realiza modelos assistenciais do mercado de trabalho existente” (Hartz,1997, p. 11) e, via de regra, de acordo com a filosofia de saúde dominante na nossa época.*

Para entendermos melhor este assunto devemos imaginar o que ocorre com um programa quando se reveste de características de ações programáticas. Para Hartz (1997, p. 10), *“O plano do programa é sempre uma proposição de natureza técnica e reveste-se de caráter prescritivo para a intervenção (...)”*. Neste caso a participação popular será dificultada, supondo-se que o técnico terá, em última análise, a decisão de como, quando e quais problemas serão analisados e enfrentados no tempo e no espaço.

### **3.2 - Conceitos de saúde**

Para a redação do conceito de saúde, assim como o relatório aprovado pela VIII Conferência Nacional de Saúde posteriormente ratificado pela lei nº 8.080 de 1990, foram observados aspectos históricos, culturais e técnicos, seguramente compatíveis com o estágio de desenvolvimento da nossa sociedade, somada aos modernos conceitos ampliados de saúde utilizados na atualidade. A compreensão deste conceito foi sendo modificada ao longo dos tempos, vejamos: os antigos gregos, através de Hipócrates (460-377 a.C.), conceituava *“Saúde como um natural e harmonioso equilíbrio entre humores”* (Paixão, 1979, 21). Galeno (131-201 d.C.) conceituou *“Saúde como o equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, ou dos humores em nós existentes, ou a atuação sem nenhum obstáculo das forças naturais ou a cômoda harmonia dos elementos”* (Moura, 1989, p. 15). Uma enciclopédia, publicada na cidade de Lisboa em 1720 refere que *“Saúde é um estado do corpo, sem doença ou enchaque. Boa disposição e temperamento dos humores, com que o corpo faz bem suas funções naturais”* (idem).

No século XX, a OMS reconheceu oficialmente que *“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças”* (Brasil 1, 1996, p.32). Percebe-se assim, que há mais de dois milênios existe disposição e esforços reflexivos na tentativa da conceituação de saúde. Evidentemente,



estes conceitos sempre refletiram o conhecimento científico de cada época e, via de regra, relacionados a distúrbios biológicos onde só recentemente foram incluídos os aspectos de natureza psíquica, social e as alterações provocadas pelo homem no seu meio ambiente.

No Brasil, o professor Aginaldo Gonçalves propõe emenda ao conceito da OMS pois, segundo o mesmo, pode-se identificar em várias sociedades, sendo *“A saúde não é entendida como ausência de doença, nem só completo bem-estar físico, psíquico e social, mas a atitude ativa de fazer face às dificuldades do meio físico, psíquico e social, de entender sua existência e, portanto de lutar contra elas”* (Gonçalves apud Moura, 1995, p. 15).

Modernamente, o conceito de saúde foi relacionado com a *“Nutrição, moradia, vestuário, higiene pessoal, fornecimento de água potável, destino dos esgotos, salubridade do trabalho, remuneração e capacidade aquisitiva satisfatória, lazer, educação, cultura entre outros fatores relacionados com o ambiente físico e social onde se vive”*, VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986, p.3). A meu ver deveria também ser incluídas as alterações provocadas no ambiente e os modernos processos de industrialização.

### **3.3 - O Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde foi consolidado pela Constituição de 1988. A forma de implantação e implementação foram expressas através das Leis n.º 8.080 de Setembro de 1990 e pela lei n.º 8.142 de dezembro do mesmo ano. Esta legislação é o resultado de um grande evento político-sanitário realizado em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde. De acordo com Mendes (1995, p. 20), pode-se dizer que *“(...) o movimento foi contra hegemônico nos campos político, ideológico e institucional (...)”*, que se iniciou nos anos 70 e consolidou-se com o evento acima referido. Este evento apresentou como características fundamentais o caráter democrático expresso pela significativa participação da sociedade civil organizada através de milhares de delegados que representaram quase todas as forças sociais, com destaque para a área da saúde e outras afins. Apresentou também características de um processo social que foi deflagrado primeiro nos municípios, após nos estados, e finalmente o movimento nacional. O resultado final desta conferência

apresenta-se como um marco que espelha o pensar político e ideológico de uma parcela da sociedade brasileiro da época e é conhecido como relatório final.

Conforme Mendes (1995, p. 41), este “*Relatório representou um consenso entre as forças políticas representativas, instituições de saúde, alguns produtores privados de bens de serviços, universidades, movimento sanitário, e organizações não governamentais*”. Este autor ainda afirma que: “*A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformações nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo*”. Este sistema foi criado para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida esta, como um direito universal e apoiado por um Sistema Único de Saúde, constituída sob regulação do Estado, que objetiva a eficiência, e a eficácia no setor da saúde, constituído através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos para a implantação de um novo paradigma assistencial de desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle popular sobre o sistema.

Em relação a VIII Conferência Nacional de Saúde a atenção volta-se deve-se para a abrangência, em relação ao conceito de saúde, quando observamos o relatório final:

*“A saúde não é um conceito abstrato. É definida no contexto histórico de determinada sociedade, num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. O texto também enfatiza” A saúde como um direito da cidadania e um dever do estado” (Brasil, 1988, p. 13).*

Neste contexto político propõe-se a transição de uma cidadania regulada, para uma cidadania plena, sendo reconhecido o direito igual de todos às ações de saúde. Nesse aspecto, o Estado é definido como regulador público, sendo responsável pela garantia desse direito de cidadania.

Outro aspecto estratégico é o de enfatizar a necessidade de reestruturar o Sistema Nacional de Saúde, instituindo um Sistema Único de Saúde que contenha princípios como

a universalidade, integralidade das ações, descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

A VIII Conferência Nacional de Saúde desencadeou imediatamente vários trabalhos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, sendo que através de seus pressupostos, um instrumento político e ideológico influenciou, já no ano seguinte, a implantação do SUDS e através do poder legislativo a elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988.

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A referida lei regulamenta, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executados, isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado.

*“É entendido como atribuições do Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Inclui ainda instituições federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive sangue e hemoderivados e de equipamentos para a saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar” (Brasil 2, 1990).*

Por outro lado, a lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, enquanto o Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990, dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde.

A moderna legislação do Sistema Único de Saúde, baseou-se em documentos internacionais, muitos deles seguramente utópicos como o lema aprovado por unanimidade durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde, UNICEF, realizada em Alma-Ata em 1978 que preconiza “Saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração reafirma que “Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença. Também saúde é tida como um direito humano fundamental, cuja realização requer a ação de vários setores sociais e econômicos, além do setor saúde”. No mesmo texto, incorporado à

declaração, fica claro que *“Os governos têm pela saúde dos seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante medidas sanitárias e sociais”*.

Uma das principais metas sociais dos governos e das organizações internacionais era *“Atingir o mais alto nível de saúde permitido pelas condições sociais e econômicas até o ano 2000”* (Brasil 1, 1996, p.11 e 12). O reconhecimento deste direito é, sem dúvida nenhuma, de extrema importância, tanto que a humanidade levou 2000 anos para expressar-se desta forma e, também, atribuir responsabilidades na área da saúde. Porém, no dizer de Moura (1989, p. 25), *“Saúde não se dá, conquista-se”*. Esta expressão reflete bem a história das conquistas da humanidade que compreendem todas as formas de necessidades humanas.

O art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos refere que:

*“Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.*

*A maternidade e a infância tem direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora de matrimônio, gozarão da mesma proteção social”* (ONU, 2000)

Analisando este artigo e os documentos acima citados, percebe-se que a intenção é nobre, quando todos os participantes, pelo menos em tese, apresentam intenção na melhoria da qualidade de vida e da saúde da população. Observando a redação da Lei nº 8.080 da Constituição Brasileira de 1988, percebe-se que foram contemplados a maioria dos itens estabelecidos em 1978, em Alma-Ata, bem como os da OMS, em relação aos direitos universais. Mesmo assim, no Brasil e no mundo, grande parte da população continua longe do acesso a estes direitos consolidados há bastante tempo. Reside aqui, a nosso ver, um aspecto psicológico importante, observado na área da saúde, bem como em outros segmentos sociais que é o gozo exclusivo de privilégios de uma classe dominante e o medo da perda da exclusividade, imaginando sempre um nivelamento por baixo, com pouca qualidade e baixa resolutividade. Por outro lado, deve-se reconhecer que a formalização de um direito, como é o caso dos direitos constitucionais brasileiros, por si só não garantem a sua efetiva implementação, porque são requeridas várias condições de

natureza biológica, econômica, social e técnica. Neste sentido, percebe-se a dificuldade e a resistência quanto à conquista do direito à saúde e às suas condições, que propiciem gozo efetivo deste direito.

O fato de podermos ver explicitado o direito à saúde, como um processo de amadurecimento da consciência humana em relação ao seu valor, deve ser visto como um processo dinâmico incorporador de todas as conquistas sociais nesta área, ao longo dos tempos.

### **3.4 – Indicadores e estratégias utilizadas para o diagnóstico e intervenção em saúde**

Para que seja possível identificar e estimar a saúde em determinada sociedade, necessitamos utilizar indicadores que possam detalhar as condições de saúde das comunidades e as categorias ou grupos que pretendemos acompanhar. Até o momento, os modelos de saúde utilizam-se de indicadores como a morbidade e a mortalidade, que indiretamente estimam o grau de saúde da população. São indicadores confiáveis e abrangentes, porém limitados aos que utilizam o serviço público de saúde. A inclusão ou exclusão de um determinado grupo populacional não pode ser avaliado somente por estes indicadores, pois, para isto, também deveriam ser incluídos valores culturais e morais de cada grupo social. Para se estimar a saúde, em um determinado segmento social, é preciso considerar, os seguintes fatores:

*“- Indicadores comumente são mais usados para indicar a falta de saúde como a mortalidade e incidência de determinadas doenças, contribuindo assim, indiretamente, para uma estimativa das necessidades de saúde. São úteis para áreas de grande abrangência, não refletindo de maneira correta o perfil das igualdades ou desigualdades. Como estes dados normalmente são obtidos a partir dos clientes que chegam ao serviço de saúde pública, estes indicadores podem conter tendências e valores subestimados;*

*- Os indicadores de atendimento à saúde normalmente refletem a distribuição dos recursos para o atendimento à saúde como gastos per capita ou por setor, não lidam com a qualidade nem a acessibilidade aos serviços. Não existe neste caso procedimento para medir os erros de exclusão (grupos de pessoas que não tem acesso a esta modalidade de atendimento);*

*- O uso de indicadores socioeconômico favorece informações sobre condições do domicílio, nível de instrução das pessoas, faixas salariais, etc. Fornecem dados para avaliar determinada posição social ou status,*

*podendo contribuir para identificar grupos prioritários para a atenção em saúde” (Kadat, 1993, p.34 e 35).*

Segundo este mesmo autor, nas concepções mais modernas, para prestarmos uma atenção integral à saúde, às populações, deveriam ser classificadas pelos “*Enfoques demográfico, socioeconômico e pela área geográfica*”.

Pelo critério demográfico coloca-se em evidência variáveis individuais, como sexo, idade, o estado civil, entre outras. Serve para mostrar riscos específicos associados a características individuais. Na observação socioeconômica a população é dividida em diferentes grupos de acordo com a renda familiar, ocupação e escolaridade. Por estes critérios é possível planejar atividades distintas, segundo as necessidades dos grupos ou faixas sociais, em horários e com teor que possa ser acessível ao maior número possível de pessoas, sem provocar constrangimentos em relação ao conteúdo, método de abordagem e resultados esperados.

A área geográfica oferece dados das populações agregadas, cuja abrangência é regional. Neste caso é clássica a separação de área urbana e rural. Permite comparações entre áreas delimitadas, muitas vezes definidas administrativamente. Este método também é eficiente para avaliar a presença ou não de infra-estrutura, como a existência de redes de água e esgoto.

Para classificarmos as categorias e atingirmos os alvos corretos, segundo visões clássicas, os indicadores já analisados contribuem para a avaliação das iniquidades, mas não são satisfatórios para a resolução do problema e promotores de ação efetiva.

Para que o gestor em saúde possa de fato direcionar melhor os poucos recursos existentes, na tomada de decisão, e nestes observa-se algumas combinações como: “(a) recursos existentes; (b) grupos-alvo; (c) área de cobertura e (d) avaliação do impacto alcançado com a estratégia utilizada” (Brasil I, 1996, p.44).

Na avaliação do impacto deve ser considerado e desenvolvido um sistema de informações e de planejamento. Um bom método deve priorizar a “geografia humana” em detrimento da geo-política, levando-se em conta o conceito de saúde acima das “análises de risco”.

Os mais novos enfoques em relação às áreas de abrangência em saúde, são as *“Microáreas, sendo suas fronteiras definidas não convencionalmente, mas sim onde as condições ambientais, culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas são homogêneas e sujeitas a mudanças rápidas e contínuas”* (Brasil, 1997, p. 11 e 12). Pode-se também desenvolver atividades de campo através da organização e mobilização da população buscando a utilização dos recursos disponíveis.

Os métodos convencionais definem grupos que não são facilmente alcançáveis por atividade de campo, sendo que, neste caso, os gerentes devem efetuar triagem de toda a população de modo a detectar “os privilegiados” (grupo de pessoas e/ou comunidade que foram escolhidos arbitrariamente por gestores para serem “beneficiados” com a implantação de determinado programa de saúde). Em seguida deve-se implementar atividades que satisfaçam suas necessidades. Este processo pode ser moroso e sujeito a muitos erros de inclusão e exclusão, tendo neste caso, baixo resultado. O Programa de Saúde da família propõe-se a trabalhar com a delimitação de microáreas sendo que o administrador pode distribuir seletivamente os poucos recursos destinados à área da saúde.

A identificação de microáreas de ação pode fornecer um diagnóstico situacional, realizado pela análise técnica das informações disponíveis e a visão da saúde a partir da população local. Estas informações revelam as diferenças ambientais e socioeconômicas através da observação especializada em interação, com informações coletadas por meio de entrevistas, que nos oferecem o ponto de vista da população local. Estas informações não terão dificuldades para identificar diferentes bairros ou assentamentos, cujas condições de vida diferem significativamente de outras adjacentes capazes mapear realidade.

Com o delineamento das áreas de trabalho, os gestores locais podem comparar microáreas de acordo com diferentes condições de risco, e estabelecer “alvos” territoriais para cada problema de saúde a ser combatido por atividades de campo. Neste caso, pode-se levar em consideração os recursos comunitários, cuja contribuição é importante para a melhoria das condições de vida e de saúde. Identificadas as prioridades, o processo de triagem será rápido e preciso (não seria necessário incluir toda a população de um Município ou região. A ação seria realizada, preferencialmente, na microárea que de fato

estaria necessitando de determinada intervenção. Como exemplo temos o Programa da Cólera que foi implantado em todo o Brasil e que até o momento não foi evidenciado a não ser em áreas endêmicas. Neste caso a análise de risco assume seu verdadeiro perfil. Com isso são reduzidos os erros de inclusão e exclusão. A adoção de microáreas para a atuação, facilita a escolha da ação convencional mais adequada para cada espaço geográfico definido, reduzindo custos, com resultados que ofereceriam maior impacto nos determinantes das doenças ou agravos à saúde).

Como todos os programas públicos de saúde são essencialmente verticais, planejados em escala nacional, sem considerar as peculiaridades regionais, e com poucos recursos, há uma grande probabilidade de exclusão quanto ao acesso aos serviços de saúde. Considera-se, também, que todo o plano de saúde é um instrumento técnico do começo ao fim, geralmente inflexível em relação às diversas necessidades da população. Além disso, o plano é elaborado e “supervisionado” por técnicos que, via de regra, possuem uma concepção corporativista acentuada, bem como uma cega filosofia positivista. Seria necessário, neste caso, uma mudança da filosofia de trabalho, na tentativa de lograr resultados.

Visto como estratégia para assegurar os direitos constitucionais, bem como para reduzir custos, completando a descentralização e a municipalização, o Programa de Saúde da Família (PSF) aparece como um novo modelo. Inspirado no modelo de saúde de Cuba e também no modelo canadense, elege como ponto central o “(...) estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidades entre profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p. 7). Com esta estratégia o PSF visa a reversão do modelo assistencial público de saúde vigente. Para que seus objetivos sejam alcançados são necessários sua compreensão através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

Este programa muda o enfoque geral das políticas de saúde e coloca a família como o objeto central de atenção no ambiente em que vive. Mostrando uma nova tendência que delimita um espaço geográfico, premiando a homogeneidade, objetivando a melhoria das condições de vida, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e,



portanto, possibilitando a intervenção e a eleição da ação de maior impacto e significação social.

Trabalhando em um “(...) território definido de abrangência, com cadastramento de famílias inseridas no programa, com equipes compostas de no mínimo, técnicos em saúde e agentes comunitários de saúde (...) tendo como atribuições a avaliação permanente dos estados de saúde/doença com a possibilidade de intervenção e interrupção da evolução da doença” (Brasil, 1997, p. 12). Outra novidade segundo os padrões de atenção à saúde utilizada até o momento, é a participação comunitária, o que possibilita uma avaliação constante das necessidades da população com as ações propostas pela equipe e, conseqüentemente, um ajuste das ações de saúde segundo as necessidades específicas de cada área geográfica, de cada família ou indivíduo.

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas concepções filosóficas, foge à concepção usual dos demais programas públicos de Saúde Pública por não ser essencialmente vertical e paralelo às demais atividades desenvolvidas em saúde. Permite a participação popular, por isso descaracteriza a verticalização, e nas áreas onde é implantado permanecem todas as demais atividades de saúde públicas. Caracterizado como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território definido com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Restam algumas considerações acerca da equidade, presumidas pelos arquitetos do programa. Se a equidade é alcançada pelo acesso igualitário de todos os cidadãos aos serviços de saúde de boa qualidade, sendo o Programa de Saúde da Família eleito para esta finalidade, existiriam recursos financeiros e técnicos para a sua implantação em todo o território nacional?

A diferença do PSF implantado no Brasil, do programa de atenção integral à saúde de Cuba, de onde foi inspirado, é que neste o “*O limite geográfico é nacional, de caráter permanente, e o universo de trabalho é toda a população residente no País*” (Cuba, 1975, p. 6). Corremos o risco, neste particular, mesmo que o Programa de Saúde da Família, com todos os seus atributos e filosofia que lhe são pertinentes, não tendo cobertura adequada,

em escala nacional, não oferecendo mudança significativa nos indicadores tradicionais usados para avaliação em saúde, pode não oferecer pouco impacto nos chamados indicadores de saúde globais.

Por experiência e por filosofia, sabe-se que a saúde deve ser "*Conquistada pela população na luta do seu cotidiano (...)*" (Mendes, 1995, p. 81). A saúde é um conceito abstrato e definido por cada indivíduo de forma particular, de acordo com a evolução histórica da sociedade em que vive. Desta forma a melhor maneira de oferecer atenção desejada pela população é ouvi-la no local onde vive; é possível que dessa forma nos aproximemos mais das reais necessidades dos cidadãos e, conseqüentemente, co-exista a redução da iniquidade.

Ao observarmos toda a história da evolução da saúde pública brasileira, evidencia-se que os programas apresentaram e ainda apresentam grandes discrepâncias em relação a forma com que foram concebidos e implantados. Sempre foram verticais e com alto índice de exclusão.

Com novas concepções, a moderna legislação brasileira na área da saúde, premia a equidade, que não teria oportunidade com os programas de saúde vigentes antes do advento do PSF. Sob novas concepções filosóficas o Programa de Saúde da Família contempla todos os modernos requisitos para a redução da iniquidade, que nos modelos existentes até agora, ficou difundida e verificada a exclusão de grande parte da população, principalmente pela baixa qualidade e resolutibilidade.

### **3.5 – Legislação em saúde**

O Estado brasileiro vem tentando suprimir as necessidades de saúde pública de cunho coletivo dos seus cidadãos a partir da segunda década do século XX, porém com uma "*(...) estrutura insipiente em uma economia agrária visando a exportação e iniciando o processo de industrialização*" (Mendes, 1995, p.21). De acordo com o mesmo autor, a assistência à saúde era basicamente "*Clinica, individual e curativa (...)*", sendo esta característica advinda do período colonial; existindo algumas diferenciações na atenção direcionada aos que dispunham de condições para pagar.

A atenção à saúde de abrangência coletiva era “(...) *caracterizada como sanitarismo campanhista (...)*” (Mendes, 1995, p.24) com atenção especial aos portos em detrimento da necessidade de exportações, e no espaço urbano necessário para fazer prosperar o comércio com outros países bem como para atrair imigrantes que serviriam de mão-de-obra especializada para um processo de industrialização crescente. Neste período as ações em saúde previdenciária só podiam atender algumas das reivindicações de grupos de trabalhadores organizados.

O Brasil “*Criou o seu próprio sistema de seguridade social em 1923 com a Lei Eloy Chaves (...)*” (Possas, 1995, p.58) incorporando as caixas de aposentadorias e pensões. De acordo com Mendes (1995, p.21), “*As CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores; concediam aposentadorias, pensões e assistência médica, inicialmente a trabalhadores urbanos ligados ao setor público, depois a comerciários, bancários e trabalhadores dos transportes de cargas*”. Neste mesmo ano foi criada a “*Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública através do decreto-lei nº 15.799 de 10-11-1922*”, que entrou em vigor no ano seguinte, sendo que posteriormente passou a chamar-se Escola de Enfermeiras Ana Néri (Germano, 1983, p. 13).

Na década de 1930-1940 estas caixas foram unificadas por categorias profissionais, em institutos de aposentadorias e pensões. Sob esta legislação, trabalhadores, sindicatos e Estado participavam da gestão. Neste período existiam diferenças de benefícios entre os diversos institutos, enquanto nos Estados Unidos, no pós II guerra, via-se nascer e crescer o “*Welfare State*”, no Brasil até o início dos anos 1960 a seguridade social “*premiava*” aposentadorias por velhice, invalidez e por tempo de serviço. As pensões eram um direito para o auxílio doença e prestação de serviços médicos (Almeida, 1995).

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social. No período da revolução, e após a mesma, o poder ficou centralizado e deste período até 1974 somaram-se aos benefícios já existentes, os acidentes de trabalho, salário-família, salário-maternidade e auxílio-maternidade, para trabalhadores urbanos. Para Almeida (1995, p. 149), “*(...) as políticas sociais, após 1930, foram estruturadas aos poucos por uma política social estritamente ligada às questões econômicas, que foi a maneira com que foi consolidado o*

*período pós-guerra*". Aos trabalhadores da área rural, em 1971, consolidou-se a Fundação Nacional dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), sendo que através dele são estendidos alguns benefícios a estes trabalhadores.

A partir de 1960, com a aceleração do processo de industrialização, cresce a massa de operários que necessitam ser atendidos pelo sistema de saúde. Inicia-se a pressão da massa operariada para a conquista de direitos da seguridade social. Mas, nesta época, a "(...) organização hospitalar desponta com espaço de destaque no cenário nacional na área da saúde" (Almeida, 1995, p. 160). Com esta tendência, vai sendo consolidado o modelo hospitalocêntrico, curativo e individual, financiado às custas da previdência social.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que uniformizou a concessão de benefícios. Sob esta sigla houve a extensão da cobertura a quase toda a população urbana e rural. Houve um fortalecimento da prática médica curativa e individual e despontou com muita força, as especialidades médicas fragmentadoras no que se refere ao atendimento à população. Nesta época tem início a organização médica voltada para o lucro, que privilegia o produtor privado.

Os anos 1970 caracterizaram-se com os "convênios-empresa" sendo que nesta modalidade a previdência repassava recursos para as empresas prestadoras de assistência médica. Em 1974 foi criado o *Ministério da Previdência e Assistência Social* e em 1975 o *Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6229/7* (Almeida, 1995, p. 47). Este período é caracterizado, na atenção à saúde, tendo no setor privado o maior prestador de serviços de saúde em relação à atenção médica, sendo financiado pela previdência social. Seguindo os passos que as grandes economias do mundo impunham, aliadas com a difusão do tecnicismo, o setor privado internacional, é o mais significativo produtor de insumos, especialmente de equipamentos biomédicos e medicamentos. Nesta década observa-se a "*Crise do Welfare State forçando a reestruturação da produção de bens e serviços*" (Almeida, 1995, p. 62). Segundo a mesma autora, "(...) também são deste período algumas experiências que demonstraram ser possível proporcionar assistência médica de boa qualidade a custos mais baratos". É neste contexto que se inicia a discussão no que tange à limitação da demanda dos usuários ou a restrição da demanda gerada pelos consumidores em detrimento do aumento da escassez financeira e do aumento da demanda gerada pelas

especialidades médicas/equipamentos/medicamentos e hotelaria hospitalar. Aqui se inicia o processo exclusão de parte da população pela incapacidade do Estado em proporcionar investimentos suficientes na área da saúde, que pudessem, de fato, ser extensivos a toda a população.

Neste período a OMS lança programas de extensão de coberturas que visam garantir o atendimento mínimo de saúde a populações pobres dos países subdesenvolvidos. Em 1978, e pela primeira vez na história contemporânea, é realizada a primeira conferência mundial sobre cuidados primários em saúde em Alma-Ata (Brasil 1, 1996), trazendo como bandeira de luta, a reorganização da atenção em saúde com custos baixos às populações pobres, dos países subdesenvolvidos, que habitam nas periferias das grandes cidades e também das áreas rurais.

Os anos 1970 para a realidade brasileira, também foram palco do movimento contra-hegemônico, na área da saúde que culmina com a estruturação de um movimento conhecido como Reforma Sanitária. A década de 1980 inicia com novas propostas até que em 1981 surge o PREV-SAÚDE propondo o aumento da cobertura, regionalização e hierarquização. Preconizadas desde então, a participação comunitária e a integralização das ações. São apregoadas técnicas simplificadas de trabalho, uso de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema de saúde. Este modelo foi alvo de várias versões e nunca vigorou.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgem como um plano de *“(...) reorientação da assistência à saúde, restrito à previdência social, buscando integrar diversos setores que executam ações de saúde bem como para racionalizar recursos da Previdência Social”* (Mendes, 1995, p. 38). O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde surge como num período de transição, sendo que nesta época já ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde que ofereceu subsídios para a Assembléia Nacional Constituinte no ano seguinte. Neste período a realidade da assistência à saúde é constituída a partir das demandas; existe um aumento de usuários que pagam diretamente pela assistência (desembolso pessoal), bem como a *“(...) expansão do seguro saúde privado (...)”* (Giovanella, 1996, p. 13). Também houve a permissão da diferenciação de atendimento

dentro da própria Previdência Social. Permanece o atendimento individual, curativo e hospitalocêntrico e com a visão lucrativa por parte das empresas prestadoras de serviços.

A nova Constituição Brasileira de 1988 apresentou uma significativa melhoria nos conceitos de saúde, articulando-os com as políticas sociais e econômicas, vista como um direito de todos e um dever do Estado, sendo suas ações de relevância pública, contemplando a descentralização, com mando único em cada esfera de governo, preconizando o atendimento integral e a participação popular.

Em 1990 foram promulgadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142). Com estas leis, cria-se de fato um sistema único de saúde que apresenta uma proposta de reorganização dos serviços de saúde visando uma melhoria da qualidade da assistência prestada, suprime a multiplicidade de ações de instituições responsáveis pelas ações em saúde, e reduzir custos no setor da saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram implantados em 1994, sendo que nos locais onde existem as equipes do PSF estes podem ser incorporados às mesmas. Ambos surgem como uma nova estratégia para reorganizar o Sistema de Saúde, tentando assegurar os direitos constitucionais de Equidade, Universalidade bem como da participação social na organização dos serviços de saúde.

A Universalidade foi definida pela VIII Conferência nacional de Saúde como se referindo ao acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. Porém, *“(...) esta universalização, ainda que alcançada, tem sido caracterizada como fomentadora de exclusões, pois o movimento de inclusão de camadas populares não contribuintes da Previdência Social foi acompanhada pela difusão de planos de saúde privados entre as camadas da classe média da população”* (Giovanella, 1995). Este processo apresentou progressiva ampliação de cobertura assistencial médico-previdenciária nos anos 70 e 80, quando o aumento da demanda não foi acompanhado pelo correspondente investimento na oferta de serviços e da ampliação de recursos financeiros necessários, ao mesmo tempo em que foram estimuladas formas de acesso diferenciadas por categorias sócio-ocupacionais.

Como podemos ver, a formalização de uma proposta não garante, por si mesma, sua implementação. A sociedade brasileira é altamente segmentada, criou formas de traduzir esta segmentação no meio de um sistema legal, administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade de atenção.

Embora seja inegável a importância do SUS na atenção médico-hospitalar, "(...) aproximadamente 25% da população brasileira possui planos de saúde privados" (Giovannella, 1995). Neste caso pode-se dizer que, paralelamente aos avanços legais da Constituição Federal visando a universalização do direito à saúde, criou-se outra dinâmica que modificou o modelo médico-assistencial privatista, apresentou novos segmentos de clientela e consolidou novas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, o que exigiu a utilização de novas estratégias, como a da participação social, para que juntos, gestores e comunidade pudessem somar esforços na tentativa da melhoria da qualidade e uma maior acessibilidade aos serviços de saúde.

Os Conselhos de Saúde, e as Conferências Municipais de Saúde, se bem dirigidos, são um forte mecanismo previsto para assegurar o cumprimento do mandamento constitucional, e a participação da comunidade na organização do sistema.

*"Essa instância possui um caráter permanente e deliberativo, constituindo-se em órgão colegiado integrado por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários. Devem atuar na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros. Estas representações devem ser simétricas, sendo que a metade das vagas pertence aos usuários, para privilegiar a sua representação. As normas de funcionamento dos conselhos municipais de saúde são encontradas na Lei n. 8.142, art. 10 # 5º.*

*O direito à saúde pode ser garantido legalmente por outros meios de controle social além da participação comunitária já referida anteriormente, através da organização do sistema sanitário e formalizada nos Conselhos e Conferências de Saúde. A moderna constituição brasileira previu que a capacidade legislativa pertence aos representantes eleitos e a quem os elegeu (Constituição Federal art. 14). Estes podem propor projetos de lei (Constituição Federal, art. 61 # 2º), participar de audiências para debatê-los (Constituição Federal, art. 58 # 2º, II), referendar a lei ou manifestar-se em plebiscito, sobre assuntos considerados relevantes pelo Congresso Nacional (Constituição Federal, art. 49, XV). Sindicatos organizados em confederações ou entidades de classe, indivíduos pertencentes a agremiações políticas podem solicitar a*

*retirada de modo jurídico de uma lei que contrarie o que determina a Constituição Federal (Constituição Federal, art. 103, VIII e IX).*

*Através de mandato de injunção qualquer pessoa pode pedir que o juiz faça valer o direito criado pela Constituinte e não regulamentado pelo legislador ou nem aplicado pelo administrador (Constituição Federal, art. 5º LXXI). Sabendo-se que as associações também estão legitimadas para utilizar tal instrumento, pode-se imaginar sua utilidade quando o povo se convence de que todos os direitos declarados são, efetivamente, direitos constitucionais” (Brasil, 1988).*

A organização do estado brasileiro favorece o controle popular por aproximar governantes e governados. Porém, nossas realidades são extremamente heterogêneas. Assim, a distribuição constitucional de competências e de responsabilidades, que trata de forma idêntica entidades políticas, cujas desigualdades de condições socioculturais e econômicas são óbvias, em princípio deveriam ser eficazes, mas que na prática não mostraram ser páreo para indivíduos e/ou entidades organizadas. Portanto, a importância do legislativo regional e local, está na possibilidade em constituírem-se como instrumentos que podem adequar os mecanismos de controle social à realidade de cada grupo, para que sirvam, efetivamente, como garantia de direitos.

*“Os tribunais de contas, conforme disposição da Constituição Federal, foram legitimados, para que, através de partidos políticos, associações e sindicatos, para fiscalizem a contabilidade, os financiamentos e orçamento das entidades administrativas (Constituição Federal, art. 74# 2º).*

*O mandado de segurança pode ser impetrado pelo indivíduo, partido político, organização sindical, entidade de classe ou associação na defesa dos seus associados (Constituição Federal, art. 5º LXIX e LXX). Para garantir o acesso à informação e sua veracidade permite-se apenas ao interessado o uso do Hábeas data (Constituição Federal, art. 5º LXXII)” (Brasil, 1988).*

O Ministério Público é o advogado do povo na defesa dos direitos assegurados na Constituição. Da mesma forma, ele é o investigador que pode garantir o acesso à informação necessária, mesmo quando ela esteja sob guarda da administração, “*A Defensoria Pública foi instituída para a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus de necessidades (Constituição Federal, art. 134)*” (Brasil, 1988).

Fazendo uma breve reflexão, a lei brasileira é bastante rica e premiou, fortemente, a participação e o controle social nas ações de saúde pública. É importante salientar,



também que este conjunto de leis já foi promulgado há mais de 10 anos, contudo, não foram evidenciadas melhorias significativas em nenhum dos itens básicos. Provavelmente, o único implementado de forma a cumprir a lei, foi o acesso universal, porém não igualitário aos serviços de saúde.

Em relação à participação popular nas decisões e execução das ações em saúde, resta uma lacuna significativa. Se, por um lado, foram criados os conselhos municipais de saúde, órgãos legítimos e com imenso poder de barganha, o que se observa na prática é um grupo de pessoas que se reúnem e, via de regra, são manipuladas por interesses dos gestores de saúde, entidades de classe ou indivíduos interessados política e economicamente e que liquidam rapidamente ou direcionam os poucos recursos destinados ao setor.

A participação popular, segundo o que parece, recebe o “a última estocada”, quando o indivíduo se depara com o técnico ou a instituição que lhe prestará a assistência à saúde. Isto ocorre porque de um modo geral, médicos, enfermeiros e outros profissionais de área não são usuários do SUS, ou só o utilizam em situações seletivas, por possuírem planos privados de saúde. Neste caso, estes profissionais e instituições, tratam o usuário do SUS como “inferior”, “pedinte” ou alguém que está necessitando de um favor. Provavelmente, se todos estes profissionais fossem usuários do Sistema Único de Saúde, também a forma de atenção ao usuários seria diferente e haveria mais interesse para melhorar o acesso e a qualidade na assistência prestada.

Além dos problemas enumerados acima, presume-se que outra grande tarefa deste programa será a de provar que não se limita aos economicamente desfavorecidos e que pode apresentar, bons resultados com o uso de pouca tecnologia em detrimento da redução de custos. Deverá mostrar poder de resolução e com baixo custo operacional. Outro obstáculo a ser vencido é provar que veio substituir o modelo tradicional com maior poder de impacto e cobertura sobre os agravos de saúde da população, e contemplar a universalidade com o compromisso de não esquecer do princípio da equidade. Para que todas estas alterações técnicas e comportamentais possam acontecer, deve-se reconhecer a necessidade do desenvolvimento de habilidades, e de mudanças de atitudes de todos os segmentos sociais e, principalmente, da equipe técnica que deverá mostrar que é possível apresentar resultados diferentes com ações diferenciadas.

O Programa de Saúde da Família, assim como é denominado, pretende ter similaridade com a proposta cubana de atenção integral a saúde. As características, porém, até o presente momento restringe-se às intenções com que está sendo implantado no Brasil. Naquele país o programa iniciou na *“Década de 60 sendo de abrangência nacional, de caráter permanente e aplicado a toda a população residente naquele território”* (Cuba, 1975). Hoje, com indicadores de morbi-mortalidade invejáveis, está consolidado em toda a nação por uma *“(...) rede de serviços de saúde.”* (Martinez, 1999, p.6 e 7). Não se pode imaginar, nem acreditar, que a implantação e implementação deste programa na nação acima referida tenha sido fácil. É importante observar vários aspectos relacionados com a política autoritária e centralizada no poder executivo, de mando único, inexistindo poderes paralelos e nem corporações capazes de fazer frente ao poder político, vislumbrando possibilidades de mudanças. Trata-se de um programa vertical onde a *“(...) participação popular é feita pelos Delegados do Partido Popular”* (Martinez, 1999, p. 7).

O nosso PSF também aspira, pelas suas características e política, ter similaridades com o Sistema de Saúde do Canadá que ainda é tido como referência, mesmo com a redução dos investimentos. Apresenta as mesmas propostas de universalidade e equidade como as apregoadas na Constituição Brasileira. Segundo Perrault (1998), o Canadá vem *“(...) sofrendo um processo de globalização, atualmente o país reduziu de 11 para 9% do seu produto nacional bruto em despesas relativas à saúde. Porém, esta unidade federativa optou pelo ‘tratamento de doenças já que a maior parte dos recursos estão investidos no tratamento das doenças e não na sua prevenção”*. Em palestra proferida em Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família Théorêt (1998, p. 49) refere que *“Quebec destinou 30% do orçamento total para a saúde, em 1997-1998. Sendo que foi prevista uma redução nas despesas às custas de redução na mão-de-obra, fechamento de hospitais e redução dos salários”*. No mesmo evento, (Neto, 1999, p. 49), refere que o *“(...) Canadá gasta, do ponto de vista per capita, pelo menos 25 vezes mais do que o Brasil tem possibilidade de gastar”*.

O sistema de saúde brasileiro aplica atualmente na atenção básica R\$ 10,00 habitante/ano no referido item, conforme a *Norma Operacional Básica* nº 01/96 (Brasil 2, 1996). Estes valores serão acrescidos conforme a adesão por parte do Município a outros

programas. Não é necessário ser um matemático ou estudioso para perceber que são valores insignificantes para uma atividade especializada como é o caso da saúde que envolve uma equipe multiprofissional.

A adaptação do Programa de Saúde da Família ao modelo político, econômico, social e educacional brasileiro certamente será outro grande desafio a ser enfrentado por todos os que advogam a favor desta nova proposta de atenção à saúde. Muito embora utilizando modernos conceitos de saúde, que por si só constituem-se num grande avanço, não se evidencia uma definição clara de família com a qual supostamente o programa pretende trabalhar. No mesmo sentido também não fica claro quais são os critérios utilizados para o diagnóstico da saúde ou da doença da família, separado do modelo saúde/doença ou indivíduo que constitui tal família. Portanto, ainda que existam falhas conceituais, a intenção de cuidar da família, estabelecer laços com a comunidade, dirigir seu foco de atenção para a prevenção e promoção da saúde, constitui um avanço significativo, porém deve-se tomar cuidado para que estas intenções passem da teoria para a prática, e que ao longo do tempo, a população possa, de fato, ser beneficiada com esta nova modalidade de ação em saúde e que não seja simplesmente uma ação voltada para o cumprimento de estratégias, provavelmente, advindas do modelo político neoliberal.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo referenciará as linhas básicas que normatizam a implantação e implementação do Programa de Saúde da Família. Este método torna-se importante na medida que existe a intenção, a partir do mesmo, em reestruturar o sistema de saúde, sob novos critérios e bases.

O referencial teórico utilizado direcionou a ótica, sendo o instrumento pelo qual pudemos vislumbrar como o programa foi estruturado filosoficamente, bem como a definição do pensamento norteador quanto à implantação e implementação das atividades da equipe de saúde.

Atuando junto à equipe de saúde, o referencial teórico tomou-se um instrumento vital para no direcionamento das atividades de trabalho bem como para as discussões relativas à forma de implementação e articulação sócio-política.

### **4.1 - O programa de saúde da família**

No campo das políticas públicas, através de reformas administrativas, o setor saúde tem-se destacado com propostas de mudanças, através de políticas que reorganizaram a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, tentando delinear um novo modelo, oferecendo serviços, propondo ações, modificando instrumentos gerenciais e forçando novos modelos de gerenciamento. Estas atitudes e práticas ainda não surtiram o efeito desejado, nem foram suficientes para transformar uma prática de saúde em reais condições de garantir a melhoria da qualidade das ações de saúde, oferecer segurança ao usuário em relação às suas necessidades, nos três níveis de atenção.

Percebendo esta grave lacuna, também chamada de crise, os gestores da saúde pública, fundamentados por modernas políticas utilizadas em diversos países, adotam o Programa da Saúde da Família como um novo caminho na tentativa de reorganização da atenção básica em saúde, enfocando um novo modelo assistencial, presumindo a sua adoção em todo o território nacional.

Para consolidar este processo, estabeleceu-se, a parcerias entre os três níveis de governo e a sociedade. Com estas premissas inovadoras, objetivos arrojados, busca-se alcançar os princípios e diretrizes operacionais, viabilizando outras formas de pensar e “fazer” saúde a partir de novas bases filosóficas e conceituais para diferentes segmentos da nossa sociedade, amplamente diversificada e segmentada.

É comum ouvir-se comentários do tipo “A crise das últimas décadas, é uma crise estrutural”, também em relação à saúde. Parece-me que as crises sempre existiram, em todas as épocas. Provavelmente, o único ponto que difere a crise atual das que ocorrerem no passado, é a consciência que várias camadas sociais possuem, relativa aos seus direitos em receberem gratuitamente a atenção em saúde, e o custo financeiro e econômico que cada gesto exige.

Com poucas probabilidades de erro ao ser analisado o **setor saúde**, percebe-se que há sérios e graves problemas estruturais, diagnosticados pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas que geram distanciamento entre as conquistas sociais e constitucionais garantidas e a capacidade de oferta dos serviços públicos de saúde. Para dar continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguida pela Reforma Sanitária, que permeou toda a sociedade brasileira com discussões e debates por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo que estes movimentos resultaram na formulação do artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que criou e consolidou o Sistema único de Saúde (SUS). “*Para os Estados e Municípios, o processo de descentralização ocorreu através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), enquanto aguardava-se novas discussões (...)*” (Mendes, 1995, p.27). Finalmente, em 1990 foram aprovadas as leis n.º 8.080 de 19 de setembro, sendo após complementada pela lei n.º 8.142 de 28 de dezembro do mesmo ano.

Inspiradas pela Reforma Sanitária e tendo em vista o estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar sua continuidade, foram propostas várias mudanças, que privilegiem as conquistas sociais estabelecidas pelos modernos princípios do SUS. Para este fim foram criados ao longo do tempo, projetos como os “*Distritos Sanitários e Sistemas Locais de Saúde*” (Mendes, 1995, p.52). Estas mudanças não surtiram o efeito desejado porque estruturalmente nada foi modificado, sendo percebidos avanços e retrocessos; tendo poucos resultados perceptíveis, principalmente, na estruturação das ações e serviços de saúde, provavelmente, por não promover mudanças no modelo assistencial.

O modelo descentralizado que a princípio passa a ser visto com simpatia, tanto para os gestores como para os usuários, passou a ser uma nova forma de onerar os Municípios porque a reforma da saúde precede a reforma administrativa e tributária gerando um distanciamento aberrante entre a o que a lei preconiza e as reais capacidades financeiras dos Municípios em ofertar serviços eficientes e com equidade a toda a população.

Passados alguns anos após as conquistas constitucionais, surge uma nova proposta de ação para a saúde. Esboça-se um novo programa público que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de co-responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população, conhecido como Programa de Saúde da Família.

A estratégia preconizada pelo programa “(...) visa à reversão do modelo assistencial vigente, sendo alcançados seus objetivos através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (Brasil, 1997, p.10).

O modelo elege a família como o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. A atuação, que agora é feita em “(...) equipe passa a ter uma delimitação geográfica, por ser neste espaço a construção de relações intra e extrafamiliares boas e ruins e onde ocorre a luta pela melhoria das condições de vida” (Brasil, 1997, p. 11).

As ações deste programa representam um desafio para técnicos em saúde pública aculturados com modelos de saúde verticais com poucos recursos e estigmatizados como

ações de saúde feitas para pobres.<sup>2</sup> Politicamente é mais ousado por romper com os muros das já enraizadas unidades de saúde, possibilitando e forçando os técnicos a estenderem suas ações extra-muro, percebendo a realidade e as necessidades do meio onde as pessoas e famílias vivem, trabalham e se relacionam.

Esta modalidade de atenção, muito embora seja rotulado como programa, por suas especificidades, está longe da concepção usual dos demais programas propostos e desenvolvidos até então em nosso país, propondo intervenções de forma paralela e não vertical às atividades públicas já desenvolvidas. Não sendo essencialmente vertical, ou seja, de cima para baixo, e permitindo a participação popular, o que é esperado nesta nova filosofia é colocar o profissional frente aos reais problemas do indivíduo, família e comunidade, dando ênfase na atenção básica sem prejuízo das demais formas da ação. A participação comunitária é a nova estratégia que possibilita a “(...) *integração, favorece a organização das atividades em um território definido tendo como propósito estimular o enfrentamento e resolução dos problemas identificados*” (Brasil, 1997, p.8).

Por todos estes aspectos, as ações do Programa de Saúde da Família, podem ser entendidas como uma proposta que vem substituir, com muitas vantagens, as políticas de saúde anteriores, possuindo inovadoras dimensões técnicas, políticas e administrativas. Para que a estratégia funcione, todos os segmentos sociais envolvidos devem exercer de fato seu direito e seu dever constitucional. A sociedade passará a ter mais um instrumento que possibilitará sua organização; a equipe de saúde atuante deverá abandonar o antigo paradigma para assumir uma nova proposta de trabalho visando a obtenção de resultados diferentes dos até então colhidos pelas práticas tradicionais de saúde pública.

Por não ter sido concebido como uma estratégia desenvolvida para a atenção exclusiva a um grupo-alvo, propõe-se a trabalhar com o princípio da “(...) *vigilância à saúde, tendo como característica fundamental à atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na sua área de abrangência*” (Brasil, 1997, p.8). Estas premissas põem por terra todas as concepções e filosofias desenvolvidas até o momento no setor público de saúde onde a assistência sempre foi segmentada e descomprometida com os fatores geradores dos distúrbios na família e comunidade. Para reverter esta situação o Programa de saúde da Família propõe-se a

trabalhar com situações e problemas de saúde que tem sua gênese na família e na comunidade, com uma equipe multidisciplinar, possuindo elementos da equipe, residentes nas áreas de atuação.

O objetivo geral do programa visa: *“Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”* (Brasil, 1997, p. 10).

As unidades de saúde da família apresentam como diretrizes operacionais o caráter *“(...) substitutivo, complementaridade e hierarquização”* (Brasil, 1997, p.11), operacionalizado de acordo com as realidades regionais, municipais e locais. Deve realizar a atenção contínua nas especialidades básicas com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. É tido como o primeiro contato da população com o serviço de saúde do Município (Porta de entrada do sistema de saúde), *“(...) assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados”* (Brasil, 1997, p.20). Supõe-se, neste caso, que para o seu pleno funcionamento, todas as instituições, entidades e profissionais, deverão também, pelo menos em parte, atuar e promover políticas, para que a atuação dos profissionais deste programa, encontrem uma retaguarda preparada e disposta a oferecer sua parcela de colaboração para a melhoria das condições de saúde da população. Esta coesão de idéias e ações fará com que o poder de resolução da equipe seja ampliado. Para que esta filosofia seja adotada é necessário um serviço municipalizado e hierarquizado e que o gestor assuma uma gestão plena na área da saúde.

As unidades de saúde da família são caracterizadas como a porta de entrada do sistema local de saúde, sem serem necessárias a criação de novas unidades assistenciais, centradas nos princípios da vigilância à saúde.

*“Devem trabalhar com definição de território de abrangência. Podem atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. É recomendado que no âmbito de abrangência de uma equipe residam de 600 a 1000 famílias com um limite máximo de 4500 pessoas. Este critério deve ser flexibilizado em*



*razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços” (Brasil, 1997, p.12).*

‘A equipe de saúde deve realizar o cadastramento através de visitas domiciliares, segundo a definição territorial pré-estabelecida. A composição da equipe de saúde da família deve conter no mínimo um médico (generalista de preferência), um enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde, ou ligados a ela, poderão fazer parte da equipe de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, procurando sempre se identificar como uma proposta de trabalho em grupo, exigindo criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários. •

As atividades poderão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Para cumprir de modo satisfatório este requisito do programa, cada Município oferecerá, equipamentos e oportunizará o desenvolvimento de instrumentos próprios que satisfaçam as realidades locais e para cada área de trabalho. Caso não seja ajustado para esta nova realidade, pode-se dizer que mesmo que sejam cumpridos todos os demais requisitos, ou se o programa não for implantado em todo o Município, provavelmente, não haverá impacto sobre os indicadores oficiais de saúde. *“No trabalho a ser desenvolvido, cada elemento da equipe possui atribuições que são compatíveis com as atribuições legais e éticas constantes na lei do exercício profissional” (Brasil, 1997, p.13 e 14).*

Em relação ao planejamento, é necessário considerar a realidade da população, identificadas a partir de diagnóstico inicial e do acompanhamento permanente das famílias que constem na área geográfica pré-definida, tendo presente que, quem planeja necessita ser conhecedor da realidade sobre a qual deseja atuar. Também deve ser considerado que tudo o que for planejado vislumbre a resolução dos problemas identificados, visando, de forma sinérgica, a melhoria das condições de vida e, por conseguinte, da saúde da população-alvo. Vê-se que por esta forma de planejamento, este programa possui características próprias, privilegiando, sobretudo, os aspectos democráticos, enfatizando o dinamismo, tendo sempre em vista a convergência dos objetivos do programa com a vida das pessoas.

Dentre suas várias características, a unidade de saúde do Programa de Saúde da Família, deve ser considerada como “a porta de entrada” ao sistema local de saúde. A mudança de paradigma exige novas atitudes da equipe e “exige a integração entre os vários níveis de atenção”, sendo a equipe uma articuladora entre os demais serviços existentes no Município e na região, atuando também como elemento de “(...) complementaridade, para tanto não pode isolar-se do sistema local” (Brasil, 1997, p. 11).

Desta forma estruturado, este programa tem por objetivo “(...) a reorganização das ações e serviços de saúde, implicando, basicamente, na promoção e assistência à saúde, procurando romper com a dicotomia entre as ações de saúde pública e atenção médica individual” (Brasil, 1997, p. 8).

Para que sejam colhidos resultados que satisfaçam a equipe de saúde e aos usuários, é preciso existir um bom sistema de referência e contra-referência, que possibilite o encaminhamento de pacientes para níveis mais complexos, sendo que estes não devem constituir uma exceção, mas uma rotina criteriosa e clara em todas as instâncias das outras estruturas de saúde do Município. Estes encaminhamentos são definidos, principalmente, pelos gestores de saúde municipal, articulados com o serviço regional considerando a disponibilidade dos serviços hospitalares e ambulatoriais, aliados a esta nova modalidade de assistência.

Visando um contínuo aperfeiçoamento, para proporcionar uma segura, adequação dos profissionais de saúde com as reais necessidades da população, convém que se propicie à equipe atuante, um processo de “(...) educação continuada (...)” (Brasil, 1997, p.21), para que possam atender as variações impostas pela constante necessidade de qualificação profissional, sendo este aspecto visto como importante mecanismo de desenvolvimento da prática e que proporcione vinculação entre os profissionais e a população.

Se estes profissionais estiverem bem qualificados terão poder de resolução e esta forma de fazer saúde possibilita o cumprimento da lei n.º 8.080 a qual prevê a equidade e a universalidade e da lei 8142 da Constituição Federal que preconiza a participação popular no planejamento das ações de saúde, sempre observadas as peculiaridades locais e

regionais, visando a utilização plena dos recursos técnicos para cumprir com o conceito ampliado de saúde.

Aspirando melhores resultados o programa busca integrar-se com outros setores da administração pública, podendo também estes ser integrados à equipe. *“Os profissionais do Programa de Saúde da Família atuam como articuladores entre os diversos setores políticos buscando um somatório de ações que visem também outros fatores que afetam diretamente a saúde como o saneamento, educação, habitação, segurança e o meio ambiente”* (Brasil, 1997, p.14).

Sempre que possível, é preciso perseguir ações em parceria entre os diversos segmentos sociais ligados direta ou indiretamente com a área da saúde, por reconhecer que as questões sociais não serão resolvidas apenas com esforços setoriais isolados. Isto porque a situação de saúde/doença está, via de regra, interligada com muitas variantes, sendo parte delas de fácil controle, desde que sejam tomadas ações específicas pela equipe ou conjuntamente pelos diversos segmentos da sociedade e das instâncias públicas detentoras de poder institucionalizado.

Para que não sejam perdidos de vista os reais objetivos a que o programa se propõe, *“(...) busca-se criar instrumentos de acompanhamento e a avaliação, considerando a realidade local, a participação popular e a dinâmica dos serviços relacionada com a proposta de trabalho”* (Brasil, 1997, p.22). Estes elementos deverão ser considerados na educação continuada, bem como no aprimoramento técnico-gerencial e na aplicação dos recursos técnicos e financeiros.

Os instrumentos de *“(...) avaliação devem ser capazes de medir as efetivas alterações no modelo assistencial, a satisfação dos usuários, a satisfação da equipe atuante, a qualidade do desempenho e o impacto nos indicadores de saúde”* (Brasil, 1997, p.22). Não pode ser um instrumento exclusivamente técnico e de interesse exclusivo destes e dos gestores, mas sim, que sejam criadas formas de *“(...) divulgação e discussão dos dados obtidos no processo de avaliação”* (Brasil, 1997 p.26). São sugeridas como forma de divulgação dos resultados o “sistema de informação já existente, o relatório de gestão e outros instrumentos criados pela gestão municipal ou estadual”.

Para garantir os preceitos da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.142/90), espera-se que a sociedade exerça seu controle sobre o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Esta participação será uma garantia para a “(...) *adequação das ações de saúde com as necessidades da população*” (Brasil, 1997, p.23).

Esta mesma lei definiu instâncias particulares para o “exercício” do controle social, conhecidas como as “*Conferências e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo*” (Brasil, 1997, p.24). A população poderá participar através da câmara de vereadores e as associações de moradores. Espera-se que os profissionais de saúde estimulem o exercício do direito constitucional da população, visando à prática do direito na definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor saúde.

## **5. METODOLOGIA**

A proposta para este estudo constituiu-se na operacionalização do referencial teórico, onde os sujeitos do estudo formam os componentes da equipe multidisciplinar que implementa as atividades em saúde no PSF, através de um processo reflexivo. Este estudo tem características exploratórias, descritivas e analítico-reflexivas. Espera-se que este método possibilite uma discussão aberta a partir dos conhecimentos acumulados pela equipe de saúde no trabalho para implementar as ações deste programa, com a estratégia preconizada pelo mesmo, aliada à proposta de trabalho do mestrando.

Desenvolver uma prática assistencial, tendo como foco o PSF foi e ainda é um grande desafio, haja vista a história da saúde pública brasileira, as práticas na área da saúde bem como a cultura dos profissionais e da população. Mesmo que exista uma nova proposição, que é o Programa de Saúde da Família, não se pode esquecer de que este programa apresenta todas as características normativas até então impostas às ações públicas em saúde, adicionadas de uma nova filosofia e com a eleição da família como o foco central desta prática em saúde. Indubitavelmente, é uma nova estratégia que tem a pretensão de modificar as práticas em saúde no Brasil.

Ao longo das atividades, para o cumprimento do que nos dispomos a desenvolver, houve a oportunidade de conviver com a equipe que desenvolve suas ações em saúde, dentro deste programa, testemunhei algumas ações, ouvi e registrei suas falas, ofereci minha contribuição. O testemunho de ações e o registro de falas possibilitou-nos a contribuir e refletir no aprimoramento das atividades diárias da equipe de saúde.

No período de setembro a dezembro do ano de 1999, foram realizados encontros onde pude desenvolver várias atividades propostas na metodologia, porém não na sequência com que foram planejadas. A intenção inicial era a de discutir basicamente os conceitos do referencial teórico, porém, com o transcorrer do tempo outros assuntos foram surgindo, e que naquele momento apresentavam-se mais relevantes. Por isso forçamo-nos a ceder espaço e, na hierarquia de valores, assumiram papel relevante ao queurgia dentro do trabalho da equipe. Foi necessário paciência, determinação e muita reflexão para atingirmos parte das nossas metas. Doravante nos proporemos a continuar acompanhando esta equipe por considerarmos a possibilidade da obtenção de melhores resultados com um prazo de tempo mais dilatado.

Como a proposta era provocar um processo reflexivo baseado no cotidiano do trabalho da equipe, iniciou-se pela observação, seguida de observação e participação para subsequente, poder oferecer espaços a reflexões sobre as suas condutas diárias. Esta decisão foi tomada considerando a composição da equipe e, principalmente, porque esta já possuía uma caminhada, e que por estes motivos não pareceu lógico e nem possível propor algo que não fosse uma reflexão baseada nas suas práticas diárias à luz do que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde, bem como as normas e diretrizes do Programa de Saúde da Família. Como resultado final busca-se, através de um processo crítico, construtivista, provocar mudanças na prática assistencial desta equipe à luz do referencial teórico.

O trabalho se concretizou através de sete encontros formais, além do acompanhamento das atividades diárias e da observação no período de cinco meses do ano de 1999, quando foram abordados os principais tópicos do referencial teórico. Visando atingir os objetivos, proporcionou-se, para este fim, rever as normas e diretrizes do Programa de Saúde da Família com discussões e observações práticas das proximidades e distâncias existentes entre o que é preconizado e o que realmente é implementado na prática. Acompanhamos o trabalho da equipe, nas rotinas, reuniões e organização das atividades. Toda a atividade prática foi centrada num processo reflexivo, relacionado com as ações de saúde implementadas, tendo como referência o modelo preconizado pelo SUS e PSF. Já no início foi necessária uma readequação da estratégia de trabalho em virtude da

necessidade da equipe em discutir a sua própria estratégia de trabalho. Estes encontros foram aproveitados para a observação, sendo que posteriormente, o resultado destes, foi entregue aos componentes de equipe em forma de relatório, donde constam impressões relacionadas às suas falas. Nos encontros subseqüentes, houve participação efetiva do mestrando, emitindo pareceres, iniciando debates, questionando atitudes e promovendo reflexões.

O trabalho foi proposto e executado com o consentimento da equipe que implementa as atividades do PSF: seis Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiro e Médico. Todas as atividades propostas foram direcionadas a este grupo de profissionais sendo que o mestrando foi participante ativo na maior parte das discussões e encontros desenvolvidos no período da prática assistencial.

Os encontros foram realizados no local onde está sediado o programa acima referido, num Município da décima primeira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Este local foi escolhido por ser costumeiramente, onde a equipe se reúne semanalmente. Os encontros foram realizados no mesmo dia em que ocorriam as reuniões ordinárias da equipe, nas terças ou quartas-feiras, no turno da tarde. Durante todo o período necessário para desenvolver a prática assistencial foram observados os aspectos éticos. Inicialmente foi solicitado consentimento do Secretário Municipal de Saúde. Logo após realizados contatos com os membros da equipe de trabalho quando foi exposto o que era pretendido. Ao iniciar as atividades foi novamente explicado o que se pretendia com a permanência junto à equipe bem como a metodologia de trabalho a ser desenvolvida. A proposta foi aceita e todos assinaram um termo de consentimento (ANEXO). A frequência e a duração dos encontros também foram discutidos, havendo acordo de ambas as partes em relação ao trabalho a ser desenvolvido.

Tendo em vista que a equipe estava sendo reestruturada com a chegada de um novo médico constatou-se dificuldades em participar efetivamente nos três primeiros encontros. Decidiu-se, então, registrar as falas e, através de um processo reflexivo, expor o ponto de vista à luz do referencial teórico. Todo este trabalho foi entregue no terceiro encontro aos integrantes do grupo para ser discutido posteriormente.

Os registros foram feitos pelo mestrando, alguns durante e outros após as reuniões. Para garantir a fidelidade dos dados e também para respeitar o acordo inicial, tudo o que foi registrado, posteriormente foi devolvido ao grupo, em forma de relatório com as impressões pessoais do mestrando e algumas amparadas pela revisão da literatura. As informações foram obtidas através das técnicas de observação, observação participante, reuniões de acompanhamento de atividades diárias e a organização geral dos serviços.

A análise dos dados foi feita a cada encontro através de um processo reflexivo à luz do referencial teórico para que o resultado pudesse retroalimentar a equipe e que pudesse oferecer elementos para as discussões em encontros posteriores. Baseado nas observações, organização geral das atividades e tendo como modelo de conduta o referencial teórico, foi possível emitir pareceres relativos à implantação e implementação das atividades em saúde desenvolvidas por esta equipe.

Ao longo do período em que permanecemos em contato através de reuniões e acompanhamento, vários tópicos foram surgindo, sendo que estes representam a preocupação do grupo de trabalho bem como do mestrando. Criteriosamente alguns destes tópicos foram elencados e desenvolvidos no capítulo VII.



## **6. DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA**

Neste capítulo está contido, de forma resumida, o diário de campo, decorrente de sete encontros formais realizados junto à equipe que implementa as ações de saúde do Programa de Saúde da Família. Esta prática ocorreu em dois momentos distintos: do primeiro ao terceiro encontro participação foi a de observador e, nos demais encontros houve uma participação mais efetiva na discussão das atividades com a equipe de saúde.

### **6.1 - Reunião inicial - 09/09/99; 14h.**

O comparecimento ao local combinado para a reunião inicial com toda a equipe (enfermeiro, médico e seis Agentes Comunitários de Saúde). Primeiramente houve a apresentação pelo enfermeiro e em seguida obteve-se a permissão para expor a proposta, sendo que o grupo não fez restrições ao trabalho e nem à metodologia a ser utilizada. Em virtude da equipe estar se reestruturando com a chegada de um novo médico, constituía-se de relevância para a mesma uma discussão e acertos relativos à estratégia de trabalho que seria adotada com a chegada de um novo e fundamental componente da equipe.

A aceitação para participar do grupo e de suas reuniões, levou-nos a solicitar permissão para permanecer neste período inicial como ouvinte, fazer os registros das suas falas, para posteriormente, poder oferecer um retorno em forma de relatório, sendo que neste também haveria a sugestão de algumas contribuições em forma de reflexões à luz do referencial teórico. Esta metodologia foi mantida durante os três encontros iniciais, tempo necessário para que o grupo tivesse claro qual seria a sua conduta a partir deste momento.

Os trabalhos da reunião foram iniciados pelo enfermeiro com o objetivo de delimitar as atribuições de trabalho dos componentes da equipe.

*Enf.: As visitas domiciliares do médico e do enfermeiro estão limitadas por falta de carro.*

*ACS: As visitas do médico e do enfermeiro devem ser acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde porque senão nós não sabemos o que foi dito ao paciente.*

*ACS: Nós não sabemos quais são as atividades do enfermeiro e do médico na comunidade.*

*Enf.: Então faremos as visitas domiciliares junto com os ACS, porém serão restritas aos mais necessitados.*

Mestrando: Com estas falas, percebe-se que a equipe é composta por vários profissionais, e neste caso caracterizada como multidisciplinar. Está dentro do que é preconizado pelas normas e diretrizes do Ministério da Saúde. Neste caso a equipe é composta por um médico generalista, um enfermeiro e por seis agentes comunitários de saúde. Em relação às visitas domiciliares do médico e do enfermeiro aqui discutidas pode-se dizer que elas não são vistas como uma novidade e exclusivas do PSF porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento ou empresa que pretenda prestar algum tipo de atendimento à saúde que não seja aquele exclusivamente da demanda espontânea, pela necessidade. O fato de existir uma tentativa de reorganizá-las não significa obrigatoriamente que o médico tenha que abandonar por inteiro sua prática centrada no procedimento e nem mesmo que os trabalhos dos demais profissionais deixem de ser estruturados pelo conhecimento do médico.

Os técnicos que organizaram o PSF imaginam que podem organizar e estruturar a demanda de serviço das Unidades Básicas de Saúde centrando seu foco unicamente no usuário que deveria ser encaminhado pelas equipes do PSF, sendo desta forma eliminada a demanda espontânea, o que até este momento não pode ser evidenciado. Os usuários continuam correndo aos serviços de saúde em várias situações emergenciais, que por não haver um sistema que lhes ofereça resposta satisfatória aos seus problemas de saúde vão fatalmente cair no funil dos Prontos Socorros, como comumente acontece.

*Enf.: Algumas comunidades dizem que não são feitas visitas domiciliares pelos ACS.*

*ACS: Eles não nos conhecem pelo nome, mas se ficarmos frente-a-frente eles dizem que esta aí está sempre lá em casa.*

Enf.: *Devemos evitar o assistencialismo, porém é coisa difícil porque a comunidade exige a continuidade do que já vinha sendo feito.*

ACS: *Era bom quando tinha o outro médico, todos gostavam.*

Enf.: *É ele ia fazer as visitas domiciliares com o carro próprio.*

ACS: *Ele sempre levava a gente com ele, assim a gente sabia de tudo o que era dito.*

Enf.: *Ainda não completamos o cadastramento de todas as famílias.*

Mestrando: *Não foi completado o cadastramento. O Programa de Saúde da Família prevê o cadastramento de todas as famílias adstritas na área geográfica de atuação do mesmo e este deverá anteceder qualquer outra atividade desenvolvida pelo programa. Esta implementação é fundamentada na razão de que para fazer-se qualquer atuação deve-se primeiramente conhecer a comunidade em todos os seus aspectos: Social, econômico, demográfico, epidemiológico, cultural e religioso. Somente após este levantamento é que seria considerado como possível o início das discussões com a comunidade para o enfrentamento e a solução de possíveis problemas.*

ACS(s): *Alguns entregaram, outros esboçam explicações pelo não cumprimento do dever.*

Médico: *Quando chego ao local da visita domiciliar reúnem-se várias pessoas da casa e arredores para consulta; nem todas têm realmente necessidade.*

Mestrando: *Esta fala refere-se ao acúmulo de pessoas no local onde o médico faz a visita domiciliar. Eis aqui um ponto importante pertinente à equidade e à participação social nas decisões relativas às ações de saúde implementadas pela equipe do PSF. Este distúrbio é provavelmente consecutivo à falta de diálogo e entendimento entre a comunidade e a equipe que supostamente está lhe prestando assistência domiciliar à saúde. Havendo discussão com a comunidade haverá entendimento entre o discurso e a ação da equipe com a família e a comunidade e todas saberão exatamente como será a melhor maneira de portar-se durante a consulta médica e também saberão o porquê alguns são visitados e outros não.*

Médico: *Vem pessoas consultar que estão fora da nossa área.*

Mestrando: *É evidente que algumas pessoas procuram assistência e que não pertencem a área de atuação do PSF, principalmente porque este programa está sediado em uma unidade tradicional de saúde. Havendo universalização e tentando prover a equidade nas ações e serviços de saúde, teoricamente todos os cidadãos teriam o mesmo direito.*

Provavelmente estas pessoas estejam tentando fugir das longas filas de espera impostas para a tentativa de acesso a uma senha “ficha” que possivelmente lhe permitirá acesso ao serviço de saúde. Não significa ainda uma equidade de resultados.

*ACS: E como vocês fazem? Atendemos os necessitados como urgência. Os demais devem tirar ficha.*

Mestrando: Esta discussão refere-se ao modo de como são feitos os atendimentos na unidade sanitária onde também está sediada a equipe do PSF. O programa prevê atendimentos desta natureza, ou seja: Atender também os necessitados. Pelo que é percebido, neste caso, existe uma fusão de atividades do PSF e outras que comumente são utilizadas nas unidades básicas de saúde. “E os demais têm que tirar ficha”.

*Enf.: Temos problemas de organização do trabalho porque não foi concluído o cadastramento. Quando concluirmos o mesmo, faremos uma carteirinha para identificar todas as pessoas da nossa área de ação.*

Mestrando: *Fazer uma carteirinha* às pessoas que supostamente devem ser incluídas e/ou excluídas do possível atendimento. Visando um modelo universalizado de atenção à saúde e que preza o acesso igualitário aos serviços públicos, elaborar uma carteirinha significaria um retrocesso no modelo de assistência, algo que já foi abolido com o advento do Sistema Único de Saúde. Transformando esta idéia em prática retroagiríamos no tempo, segmentando novamente o acesso que neste caso passaria a ser diferenciado para alguns segmentos sociais.

*ACS: Não adianta a gente dizer não para algumas pessoas lá no bairro e em seguida eles vêm aqui no posto e tu arranja uma forma de encaixá-los para consulta.*

Mestrando: Quando a ACS dirige-se ao enfermeiro dizendo que lá no bairro é dito que não é possível o atendimento por qualquer motivo e que quando esta mesma pessoa vai a unidade sanitária e lá é dado um “jeitinho” para atendê-lo, refere-se ao trabalho do PSF que está alicerçado em uma equipe com funções distintas, mas que no cômputo geral deverá haver coerência entre discurso e ação.

*ACS: Tenho necessidade de consulta de médico e enfermeiro na minha área.*

*Enf.: Tenho 20 para fazer, só posso fazer daqui a 15 dias.*

Mestrando: As visitas domiciliares fazem parte do elenco de atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde quando da estruturação do PSF. Porém, quando as visitas

domiciliares tornam-se compulsórias indicam alguns sinais que dizem respeito à otimização de recursos disponíveis para a assistência à saúde, principalmente para os recursos humanos. Este procedimento (visita domiciliar), poderia ou deveria ser utilizado quando existisse indicação explícita para que fossem feitas, excetuando-se aquelas feitas pelos trabalhadores que têm esta função específica da vigilância à saúde, e, neste caso específico, é dos agentes comunitários de saúde, que devem percorrer seu território de abrangência. Ainda não existem provas de que as visitas domiciliares do médico e do enfermeiro sejam eficientes a ponto de oferecer impacto em algum tipo de indicador utilizado para avaliação.

A visita domiciliar poderia ser interpretada de forma errônea por algumas famílias, sendo vistas como uma intromissão do “Estado” na vida destas, limitando o grau de privacidade e de liberdade.

*Médico: Visita domiciliar de urgência não mais será feita. Urgência deverá ser encaminhada ao Pronto Socorro.*

Mestrando: Observado pelo prisma estratégico esta não seria uma boa orientação à equipe de trabalho, haja vista que este tipo de fluxo de pacientes pode enfraquecer em demasia a proposição do programa, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com o modelo tradicional e seguramente comprometida com o modelo médico-hegemônico, para poder fazer frente às necessidades de demanda dos serviços. Por outro lado os gerentes dos serviços de saúde não podem contestar a necessidade de investimentos nesta área por razões óbvias, a demanda.

*Médico: A marcação de consultas continua com as filas que iniciam às 06 horas da manhã. População e critérios para visita domiciliar: impossibilitados, famílias que têm muitos membros e principalmente crianças, seqüelados de AVC, insuficiência respiratória crônica, cardiopatas ou que possuam impossibilidade para deslocar-se ao posto por qualquer natureza; para hipertensos, diabéticos, gestantes fazer grupos.*

Mestrando: Estas falas referem-se aos critérios para o atendimento médico. Fica claro nestas passagens a segmentação da população como critério de inclusão e exclusão do sistema de atendimento. Num sistema teoricamente universalizado, este tipo de conduta não poderia ter espaço. Evidentemente que há uma demanda reprimida e que deverá ser sanada. Cabe à equipe do PSF encontrar meios juntamente com a comunidade para que isso tenha um fim. Em se mantendo este ritmo toda a equipe perpetuará o modelo

tradicional de atenção à saúde, que é de baixa eficácia, impregnado de discrepâncias e que não satisfaz nem aos usuários, nem aos técnicos e tom pouco aos governantes. Com esta atitude também estão perdendo um espaço que, segundo o programa, deveria ser usado para estimular a organização popular.

*Enf.: Consultas para pediatria, hipertensos e diabéticos só para daqui a 15 dias.*

*ACS: Não há controle em relação ao fornecimento de medicamentos.*

*Enf.: A idéia é cadastrar todos os hipertensos, fazer uma ficha, verificar a pressão arterial semanalmente e também com isso controlar o fornecimento de medicamentos.*

*ACS: Eu sugiro que sejam repassados os nomes dos componentes do grupo e que usam medicamentos para fazer o controle.*

*ACS: As pessoas exigem consultas e medicamentos, e mais nada;*

*ACS: Hipertensos sem medicamentos devo encaminhar para tirar ficha?*

*Médico: Sim.*

*Mestrando: O sistema de obtenção de senha (ficha) para o atendimento à saúde mostra a perpetuação do modelo tradicionalmente empregado pelo Sistema Público como ferramenta eficiente de trabalho, que caracteriza bem o processo de inclusão/exclusão, manutenção do status social principalmente da classe médica, onde o acesso é dificultado sob vários aspectos que poderá ser pela impossibilidade em permanecer em uma fila, pelo tempo de permanência nesta, pelo número de "fichas" distribuídas para cada profissional, também pela falta de profissional especializado em determinadas áreas do conhecimento e em alguns aspectos a falta de equipamento ou o sucateamento dos mesmos.*

*Médico: Da alçada do ACS é visita domiciliar, controle das gestantes, crianças e hipertensos. A definição é para melhorar a qualidade do serviço. O objetivo do programa é prestar assistência a grupos de risco.*

*Mestrando: Evidentemente que qualquer programa deverá contemplar a questão epidemiológica.*

*ACS: Há várias pacientes que estão sendo atendidas e que não residem na área.*

*ACS: Pacientes fazem jogo de confronto entre os componentes da equipe (dizem que falaram e não falaram).*

*ACS: Devemos ser autênticos, recusar quando não pode, não dar um jeitinho (referem-se ao enfermeiro que dá um jeitinho quando os pacientes chegam na unidade e não tem ficha).*

*Enf.: Eu estou no centro das atividades, preciso atender a todos, sem restrição. Estamos tentando adequar as ações com toda a equipe.*

Mestrando: “Estou no centro das atividades, estou tentando adequar as ações”... Não há como negar a necessidade de uma espécie de coordenador, pelo menos nos modernos conceitos, isto é perfeitamente aceitável e dito, como necessário, sob vários aspectos. Porém, o trabalho em equipe preconizado pelo PSF põe quase em pé de igualdade todos os elementos do grupo. A falta de definições claras de atividades a serem desenvolvidas gera desconforto, confusão e insegurança para todo o grupo.

As atividades em grupo ou equipes multidisciplinares estão sendo estimuladas e orientadas em vários documentos como o Programa de Saúde da Família.

*ACS: Se alguém se metesse na minha área eu tiraria satisfação.*

*ACS: Na minha área tu és um Deus. O povo te adora (refere-se ao enfermeiro).*

*ACS: Nós devemos ter a liberdade de dizer não e o porque a pessoa não será atendida.*

*ACS: O enfermeiro deve confiar em nós e no nosso trabalho.*

*Médico: É para marcar 12 fichas. Os que pernoitam aqui conseguem. São 12 fichas, as urgências mais os que imploram atendimento. O preventivo deve ser feito, mas não é urgência e o resultado deve ser repassado ao médico solicitante.*

*Enf.: Estamos com índices vergonhosos; devemos abrir espaço para o citopatológico, gestante e criança.*

Mestrando: Esta referência está sendo feita aos indicadores tradicionalmente utilizados que indiretamente estimam o estado de saúde da população. Neste caso em particular, também está incluído todo o sistema de informação específico do PSF, que não fica restrito a indicadores de morbi-mortalidade. Além dos indicadores tradicionais estão incluídas todas as atividades da equipe do programa: Visitas domiciliares, reuniões da equipe e desta com a comunidade mutirões, campanhas e atividades internas que contemplam inclusive aspectos de estruturação, organização e capacitação do grupo.

*Médico: Para melhorar nossos índices, os ACS devem informar os infartos, gestantes, crianças, trazer o cartão da criança (refere-se ao sistema de informação).*

*Enf.: Devemos preencher todas as fichas para obtermos dados. Devemos discutir as atribuições de cada um.*

Mestrando: Em nossa justificativa havíamos levantado a hipótese de que mesmo que o programa, na sua atuação, eficiente e eficaz, utilizado-se de dados estatísticos tradicionais e globais (de todo o Município e não somente da área restrita de atenção do

PSF), os indicadores não sofreriam impacto significativo e consecutivamente também esta moderna tendência de ação poderia ser considerada inócua. A solução para este problema reside em dois pontos distintos: o primeiro diz respeito a falta de abrangência do programa. A maioria dos Municípios adota esta estratégia como uma experiência que fica restrita a poucos bairros e que neste caso a cobertura será insignificante. O segundo reporta-se a necessidade, neste modelo, de poder desenvolver um sistema de informações específico para cada área de atuação da equipe e que possa ser divulgado, discutido com a comunidade e comparado com as demais áreas onde a atenção à saúde permanece sendo feita de forma tradicional.

*Enf.: Posso estar fazendo coisas que não devo e deixando outras a fazer. Por exemplo: consultas de enfermagem. Devemos começar a diferenciar SUS comum do PSF. Todas as pessoas devem ter atenção mínima.*

Mestrando: A mudança do modelo assistencial ocorre a partir da reorganização do processo de trabalho. O PSF parte de uma crítica ao atual modelo que tem as ações e saberes centralizados no saber do médico. O PSF propõe um novo modelo de operar o trabalho em saúde. A alternativa foi estruturar o trabalho da assistência a partir de equipes multiprofissionais. Seguramente os profissionais que atuam dentro deste programa percebem onde está o problema do modelo em que estão atuando, que provavelmente seja o processo de trabalho. Por vários motivos, inclusive por limitação ideológica do próprio grupo, pela forma com que foram formados (médico e enfermeiro), acabam fatalmente centrando-se na produção de procedimentos e pouco na produção de cuidados. Isto pode ser evitado com uma ação reorganizadora principalmente do trabalho do médico e de enfermeiro, porque os ACS os seguirão, atuando nos seus processos de decisão que ocorrem no ato da “produção da saúde”.

Para obter novos resultados deve-se implementar novos fazeres, novas práticas que devem materializar-se como “tecnologias de trabalho”. Estas tecnologias devem ser compreendidas como o conjunto de conhecimentos aplicados na produção do cuidado ou da assistência. No caso específico da equipe do PSF pode-se pensar em recursos técnicos ou técnicas e estruturas. Este conhecimento pode estar diluído na experiência e modo de fazer de cada profissional de saúde no momento em que executa o seu trabalho, ou na produção de relações. Buscar no espaço de trabalho, da produção de serviços de saúde, o



lugar onde se embrione a matriz do conhecimento e a forma para potencializá-los é essencial. Alcançar este estágio só pode ser concebido através de conquista individual, ou por política institucional que propicie a cada trabalhador potencializar ao máximo suas capacidades de trabalho para resolver os problemas de saúde.

As tecnologias de trabalho não devem ser relegadas a um plano secundário porque possuem relevância no modelo assistencial que queremos seguir e que produzem serviços de saúde que, por conseguinte, tem o poder de definir a capacidade de absorção da demanda, de resolver problemas de forma efetiva, de definir custos dos serviços. Nesta questão devemos considerar que o trabalho centrado no médico é determinado pelo uso de tecnologias que o torna não apenas de alto custo e pouco resolutivo, nesta modalidade de assistência, pondo o procedimento como foco de atenção. A nosso ver não restam muitas alternativas aos que militam neste programa: poderiam ignorar tudo o que é prescritivo e manter a lógica atual, correr os riscos, aceitar o que vem prescrito no pacote do programa desviando o foco de atenção que é o compromisso com o usuário e implementar novos conhecimentos ou poder-se-ia ignorar parcialmente as orientações advindas do programa e dedicar-se de forma mais criativa na melhoria das condições de vida da comunidade. Trabalhar exclusivamente com a comunidade corre-se certo risco pois todos nós fomos formados visando usufruir de alguma ferramenta para a execução do trabalho. Optando-se para o trabalho exclusivo na comunidade significaria o abandono de todo e qualquer tipo de ferramenta para a execução do serviço de saúde. Ignorar qualquer tipo de prescrição ou receita é um ato complexo. Porquê? Porque o PSF vem com receita do nível central.

*ACS: Se estou trabalhando na minha área e tiver uma criança com febre, o que faço?*

*Médico: Deves encaminhar para a emergência.*

*ACS: Ao marcar consulta deve fazer por escrito (sistema de ficha)?*

*Enf.: Ao nosso ver sim, porque alguém deixou de ser atendido?*

*ACS: Já ouvi muitas queixas, em vários locais.*

*Médico: Não podemos dar atenção a todas as queixas porque quando as pessoas não foram atendidas elas reclamarão. Há sobra de horas/Médico em outras unidades. Deve-se ouvir as reclamações sem envolver-se demais. Quem reclama é porque não precisa. Quem precisa é atendido e não reclama. As pessoas devem conhecer como o sistema funciona.*

Mestrando: Cabe-nos formular uma pergunta oportuna neste momento. Quem deveria informar a população em relação à forma de atendimento, objetivos e estratégias do programa? A resposta a esta pergunta é simples. Cabe a equipe do PSF através de reuniões e discussões, até que se chegue a um consenso, entre as necessidades reais da comunidade e as possibilidades em oferecer assistência pela equipe de saúde. Não é possível conceber este programa sem que haja vínculo com a comunidade. Esta vinculação só é criada à medida que a comunidade souber exatamente do que ela necessita e, a equipe de saúde souber o que e o quanto pode oferecer. Também os laços podem ser criados à medida em que a equipe e a comunidade perceberem-se como interdependentes. Enquanto o cliente é visto como um estorvo, como mais um na fila aguardando o atendimento, aquele que é “chato” e que por isso precisa ser atendido rápido para que não cause tumulto, enquanto a percepção for de alívio quando o médico atende “rapidinho”, esvazia a sala e então ficamos sem fazer nada: este é o modelo vigente, caótico, criticado por todos e já conhecido como produtor de péssimos resultados.

Portanto, quem deve tomar a iniciativa em relação ao esclarecimento de quais ações serão desenvolvidas é da equipe do PSF. A população continuará fazendo o seu papel, buscando as maneiras mais fáceis ou possíveis e conhecidas de acesso ao sistema de saúde. Se quisermos mudar deveremos nos empenhar em modificar atitudes não só da população, mas principalmente de nós técnicos, para que com o passar do tempo esta nova modalidade de atenção seja reconhecida. Para atingir objetivos devemos mostrar à população um bom grau de resolutividade e que as estas ações sejam adequadas para várias camadas sociais, se for considerado o poder aquisitivo, e não como um conjunto de ações voltadas aos mais desfavorecidos economicamente. Talvez seja este o maior desafio a ser enfrentado de todos aqueles que possivelmente o programa venha a se deparar, para que passe a ter credibilidade.

Pode-se também perceber que há poucas intervenções do profissional médico na reunião a constatação de que as suas decisões dificilmente são contestadas. Este comportamento é típico da centralização do trabalho no profissional médico. Deve-se tomar cuidado com este tipo de estrutura hierárquica porque haverá um aprisionamento de cada um no núcleo específico de saberes e práticas, refletidas num processo de trabalho,

enrijecendo as estruturas e ficando dependente exclusivamente da técnica. Deve-se trabalhar mais sob a ótica do “cuidado” que além da interação possibilita a abertura e que cada um use seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

*Enf.: Marquem reunião de grupo e nos bairros.*

*ACS: Acho que devemos tentar usar as instalações do SESI para podermos utilizar toda aquela estrutura.*

*ACS: O pessoal da Cohab reclama do esgoto a céu aberto.*

*Enf.: Eles têm que reclamar na Prefeitura. Quem irá à reunião do Conselho Municipal de Saúde? (Alguns agentes são membros do CMS).*

Ao término da reunião identificou-se alguns problemas que me pareciam relevantes e dignos de registro:

- O programa de Saúde da Família funciona simultaneamente junto a uma unidade sanitária onde são executadas atividades tradicionais de saúde;
- Há pretensão em realizar atendimento diferenciado, nesta unidade, para os indivíduos do PSF;
- Descontinuidade das ações;
- Falta de adequação de ações à teoria;
- Há seis meses não são feitas reuniões com a comunidade.

## **6.2 – Segunda reunião – 16/09/99; 14h**

O segundo encontro foi realizado, no mesmo local da reunião anterior. Também como ouvinte participou-se do encontro de duas Agentes Comunitárias de Saúde com um grupo de gestantes. Inicialmente houve as apresentações de praxe às gestantes pelas ACS e fazendo uso da palavra procurou-se expor o motivo de estar ali, naquele momento, e a solicitação em permanecer na reunião bem como realizar alguns registros das suas falas, o que foi aceito sem restrições. Os trabalhos foram iniciados por uma das ACS explicando às participantes que o objetivo do encontro seria os cuidados com a gestação e com o recém nascido.

**Assunto:** Cuidados com a gestação e com o RN.

**Método:** Assistir a uma fita de aproximadamente 20 minutos e após discussões.

**Conteúdo da fita:** Cuidados com o RN em relação à amamentação, banho e higiene, assaduras, icterícia, mal dos sete dias, vacinas e cólicas.

**Após assistir a fita:** A ACS pergunta às gestantes o que acharam da fita e dá algumas explicações sobre o conteúdo da mesma. Retoma os cuidados com o umbigo. Dá exemplos da mãe que usa graxa provada. Refere que o cuidado correto deve ser feito com álcool iodado e sem o uso da faixa.

*Gestante: E quando a criança chora, não rende? Não. Lá no bairro, as vizinhas mandam colocar a faixa.*

*ACS: Não. Não há necessidade. O filho é teu. Tu não precisa ouvir todos os que falam. Até cair o umbigo o bom é não molhar o umbigo. O ruim é molhar e não secar.*

*Gestante: A minha outra menina tinha 15 dias e não tinha caído o umbigo. Levei ao hospital para tratar.*

*ACS: Após o nascimento não se deve fechar toda a casa. Criança necessita de luz. Fui visitar uma criança que estava com icterícia e recomendei:*

*- para isso a criança deve tomar sol nas primeiras horas da manhã;*

*- mas a casa deve ser bem ventilada;*

*- não devem fumar;*

*- quando tiverem visitas devem ter cuidado com as possíveis doenças que os outros transmitem;*

*- quando o bebê está dormindo deixá-lo para não fazer "balde";*

*- criança precisa de carinho, afeto, alimentação, mas não devemos permanecer com a criança o tempo todo no colo.*

*Gestante: A minha cunhada tem uma criança que não é bem tratada, está sempre jogando pelo chão.*

*ACS: O ideal para engravidar deveria ser feito um planejamento, como isso não é feito, então se deve ter responsabilidade.*

*ACS: Dei os parabéns a quem iniciou o pré-natal porque consideramos importante para a prevenção de possíveis doenças.*

*- tem gestantes que acham que uma única visita é suficiente;*

*- o ideal é que seja feita uma por mês;*

*- se vocês não tiverem dinheiro para fazer os exames não devem abandonar o pré-natal.*

*Gestante: A Dra. lá atende o parto, como é o outro pode saber o que aconteceu?*

*ACS: A carteirinha de gestante mostra quase tudo o que aconteceu durante a gestação.*

*Gestante: Tive que pagar R\$ 10,00 para a parteira fazer o parto. A médica me disse após o parto, que era para voltar. Como ela não me atendeu antes, eu não voltei.*

*ACS: Você fez preventivo de câncer há alguns meses atrás?*

*Gestante: Sim.*

*ACS: Vocês deveriam observar o tipo de seio e iniciar os cuidados com antecedência:*

- banho de sol;*
- aqui tem os tipos de bico de seio, se algumas de vocês tiverem o bico do seio semelhante aos que tem nesta figura, vocês devem procurar para que possamos orientar;*
- vocês devem conversar com o bebê dentro da barriga, podem cantar para ele;*
- após 7 dias da fecundação a criança já tem alma;*
- durante a gestação as mães não devem tomar nenhum tipo de remédio a não ser que seja prescrito pelo médico.*

*Gestante: Lá em casa ainda não recebi visita de ACS.*

*ACS: Aonde você mora?*

*Gestante: Bairro ...*

*ACS: Pode ficar tranqüila que você receberá visita.*

*ACS: Outra coisa que deve ser feito pela gestante é não usar roupas muito apertadas.*

*Gestante: Eu me acho feia.*

*ACS: Não, você deve se admirar, olha a barriga crescendo.*

*Gestante: Não sei porque, acho as outras gestantes bonitas, mas eu me acho feia.*

Mestrando: As gestantes relataram algumas experiências anteriores, relacionadas à gestação. O desenvolvimento de atividades de grupo, segundo as necessidades similares, são procedimentos contemplados pelo programa de saúde da família. Aqui se observa algumas peculiaridades que dizem respeito à faixa etária das gestantes (em sua maioria jovens ou primíparas).

O assunto desenvolvido é pertinente às necessidades atuais das participantes. Porém não foram as gestantes que escolheram o assunto a ser discutido bem como a maneira que ele seria abordado. A metodologia empregada é extremamente diretiva ainda que seja oferecida oportunidade para a discussão do assunto proposto. Isto fica caracterizado nas respostas dadas pelas ACS que prioritariamente impõe seu modo de pensar e agir ao invés de possibilitar algum tipo de reflexão.

### 6.3 – Terceira reunião – 29/09/99; 14h.

No mesmo local dos encontros anteriores, participou-se da terceira reunião com a equipe do PSF. O objetivo da reunião foi estabelecer atribuições aos componentes da equipe. Este encontro fazia parte da reestruturação da equipe sendo que a nossa participação restringiu-se a ouvir.

A reunião não foi aberta formalmente, vários falavam ao mesmo tempo, a respeito de assuntos relativos ao trabalho.

*ACS: O fulano, mandou o Sr. ..., para que eu o levasse ao hospital. Eu fiz isso desta vez, mas não continuarei com este tipo de atividade. O carro não é só meu. O meu marido disse que isto não pode ser assim. O fulano manda e desmanda no bairro. Ele tem telefone que foi instalado para o uso de toda a comunidade e ele manda todos lá em casa telefonar.*

*Enf.: Temos que fazer uma visita domiciliar e conversar com este Senhor.*

Mestrando: Este tipo de “transgressão à ordem” pode ser advindo de várias causas: Políticas, socioeconômicas, ignorância ou necessidade. Também pode ocorrer que a comunidade está testando a capacidade de poder de resolução de um programa que ainda não conseguiu dizer a que veio. Seguramente este cidadão não faria o mesmo com as demais atividades de saúde pública. Porquê? Por que o sistema de saúde pública tradicional está definido. Todos os usuários já conhecem quais são as atividades por ele desenvolvidas, em quais horários devem procurar a assistência, locais e até mesmo quais são alguns dos problemas possíveis de solução. Mesmo que as pessoas estejam ociosas, ninguém gosta de ficar em uma fila aguardando para ser atendida. A possibilidade que visualizamos para tentar contornar o problema está voltada para a discussão com a comunidade, relacionada com todas as atividades inerentes à equipe. A medida em que esta estiver consciente das atividades implementadas, dos recursos disponíveis e horários de atendimento, possivelmente tais incidentes raramente ocorrerão.

*Enf.: A criança ... será encaminhada para cirurgia em Porto Alegre. Já acertamos para que isso ocorra.*

Mestrando: Este procedimento refere-se ao sistema de referência e contra-referência preconizado pelo SUS e por extensão também pelo PSF. Está embasado na atenção básica. É fundamental que este sistema funcione adequadamente. Caso isso não ocorra o programa

corre um sério risco de apresentar baixo poder de resolução e cair no descrédito perante a comunidade. Convém salientar que este encaminhamento não é obra de um sistema hierarquizado e estruturado de referência e contra-referência. Isto só foi possível pela interferência individual do profissional e não por uma política abrangente e direcionada para este fim.

*ACS: Estamos aplicando o flúor e orientando a escovação na SAMI. Eu acho que eles (os professores), de agora em diante poderiam continuar sozinhos. Estou convencida de que as crianças sabem de cor o que devem fazer para uma boa escovação.*

*ACS: No início tinha crianças que nem sabiam como pegar a escova dentária para escovar os dentes.*

Mestrando: Estas atividades fazem parte da atenção básica à saúde, podendo ser atribuídas também à equipe do PSF. Neste caso parece que não está ocorrendo uma sintonia adequada entre as atividades em saúde que o PSF efetua com as outras entidades que também colaboram neste sentido, ou seja: uma entidade que não consegue prestar a assistência devida, tenta transferir a responsabilidade ao ACS. Este tipo de jogo de empurra é comum entre as entidades públicas.

*Enf.: Vocês podem continuar acompanhando a aplicação do flúor.*

*ACS: Já temos trabalho demais, assim não conseguimos fazer visitas domiciliares.*

*ACS: Eu acho que os professores podem continuar com a orientação da aplicação do flúor.*

*ACS: Estamos atrás das crianças que não foram ao dentista, mas a escola não tem nem a listagem daqueles que não se fizeram presentes.*

*Enf.: A escola está jogando o trabalho que não é vosso. Temos que reestruturar esta atividade.*

Mestrando: Sem dúvida esta é outra atividade pertinente à atenção básica e que é função do ACS nas suas atividades diárias. É claro que isto só ocorre porque a comunidade não tem consciência da importância do cuidado com a saúde bucal. Por outro lado, esta atividade, parece-nos, deveria ser feita mais como uma monitoração para que não configure como um policiamento. Se pensarmos em uma família e suas variantes, compreenderemos que provavelmente não será bem aceita qualquer forma de intervenção ainda que a intenção seja a mais nobre possível. Conseguir a adesão da família seria o caminho mais longo, porém seguramente mais duradouro e com resultados garantidos. O

trabalho que possa oferecer algum cunho de vigilância e punição passará a ser encarado com revolta, algo que interfere naquilo que os componentes da família acreditam e lutam para defender. Por mais caótica que possa parecer uma organização familiar, ela é organizacional e o mais importante é que de um modo geral todos os componentes defendem-se mutuamente.

*ACS: A dentista atende na escola e após manda a criança para o seu consultório particular, isso não é correto.*

*Enf.: Eu não sabia disso, deveremos conversar com ela.*

Mestrando: Não fica claro porque esta profissional está encaminhando crianças para fazer tratamento odontológico em seu consultório particular. É possível que não haja equipamento suficiente no serviço público ou que esteja sucateado. Seria bom esclarecer este assunto.

*ACS: Eu já falei com a mãe do... e disse que o seu filho não veio ao dentista.*

*Enf.: Poderíamos ir a SAMI amanhã para conversar com a dentista.*

*Médico: Quero que controlem as consultas, muitas não são necessárias.*

*Enf.: E o cadastramento?*

*ACS: Estão quase todos prontos.*

*ACS: O meu já está pronto há horas, tenho que refazer?*

*Enf.: Não.*

Mestrando: Este assunto já foi mencionado em reunião anterior. O cadastramento das famílias adstritas na área de abrangência do PSF é procedimento básico e deve preceder todo o trabalho da equipe. Aqui o programa já funciona há um ano e meio e ainda permanecem pendentes estas atividades. Com este procedimento a equipe toda possui condições de avaliar as condições da população com quem irá trabalhar. Por conseguinte, a partir deste momento, existe a possibilidade de inclusão e/ou exclusão da população que supostamente seria beneficiada com as atividades do programa.

*ACS: Eu não vou na casa do fulano... Eles disseram que vão me dar um tiro. Acho que estão "chapados". Eu não vou insistir.*

*Enf.: Se eles não querem, não devemos insistir.*



Mestrando: a observação refere-se, possivelmente, a uma família de drogados e que não estão aceitando que o ACS exerça suas atividades na mesma. É possível que a história seja exatamente esta. Porém, às vezes, nós técnicos em saúde, nos colocamos em patamares muito elevados e não queremos aceitar o não como resposta. Achamos que tudo o que vem de nós é “puro” e que só vai beneficiar as pessoas. Mesmo que consideremos que aquela família possui uma organização oscilante, provavelmente todos os elementos do grupo a defendem, e que qualquer pessoa que tentar modificar este comportamento será vista como um intruso e, portanto, deverá ser mantido à distância. Neste caso haveria a necessidade de que os ACS fossem mais instrumentalizados em relação aos tipos de família e sua organização.

*ACS: E a casa do Sr... Fica para quem?*

*Enf.: Onde ela se localiza?*

*ACS: Rua tal...*

*Enf.: Fica para você. As outras do outro lado ficam para a fulana...*

Mestrando: Novamente aparece aqui o problema da falta da conclusão do cadastramento para que haja uma definição adequada da área de atuação de cada ACS.

*Enf.: E as visitas domiciliares, melhoraram quando vocês acompanharam o médico?*

*ACS: Melhoraram.*

Mestrando: Esta conversa refere-se ao acordo feito em reunião anterior entre os ACS e o médico onde a consulta médica domiciliar deveria ser acompanhada pelo ACS em suas respectivas áreas de atuação. Parece que o resultado foi satisfatório. Havia neste ponto um desentendimento entre o que era dito pelo médico aos clientes durante a visita domiciliar. Por mau entendimento, ou por falta de esclarecimento, o médico e a família passavam a cobrar do ACS coisas que supostamente teriam sido ditas na consulta, durante a visita domiciliar.

*Enf.: O que ficou acertado em relação às urgências? Que falamos a semana passada?*

*ACS: As emergências devem ser encaminhadas ao Pronto Socorro.*

Mestrando: Havia um desentendimento referente às consultas de “urgência” feitas pelo médico durante as atividades diárias normais. O acerto foi feito através de orientação de como deve ser utilizada a estrutura do SUS, ou seja, os pacientes com problemas graves e que necessitam de atendimento de urgência deverão ser encaminhados ao Pronto Socorro.

*Médico: As visitas domiciliares serão feitas de preferência às sextas-feiras ou na segunda-feira que dispomos de carro. Segunda-feira é dia de visitas domiciliares para os impossibilitados em chegar até a unidade sanitária.*

*ACS: Se está sobrando hora, por que não aumentamos o número de consultas?*

*Médico: Os horários que sobram é para as reconsultas.*

*ACS: Por que você concordou em fazer visita domiciliar na terça-feira?*

*Enf.: Eu nem sabia que dia era.*

*ACS: Você sabe a “encrenca” que eu tenho com aquela família.*

*Enf.: Era uma velha, achei que era necessitada.*

*ACS: Tem famílias que às vezes é preferível ajeitar as coisas para não arrumar confusão!*

*Médico: É bom usar o bom senso.*

*ACS: Quando tem problemas é bom que o médico nos defenda.*

*Médico: Vai ser difícil eu julgar mal vocês. Essa população é um bando de pedintes, desocupados e que só arrumam encrenca. As pessoas jogam, dizem coisas que eu não disse.*

Mestrando: A discussão aqui é referente à quebra de acordo anterior em relação à forma de acesso dos usuários ao atendimento médico e da enfermagem. O ACS sabe que não tem mais vaga para consulta e transmite esta informação à população. Não satisfeitos com isso as pessoas vão até a Unidade Sanitária (U. S.), onde está sediado o PSF, solicitam atendimento e o enfermeiro dá um “jeitinho”. Quando o discurso e a ação não são compatíveis ocorrem transtornos deste tipo, usando a lógica a população percebe este tipo de conduta e tente tirar proveito da situação desarmoniosa. É lógico que o trabalho em equipe não deveria expor esta chaga. Porém é difícil contemporizar várias convicções advindas de uma equipe de trabalho.

Inicialmente preconiza-se o bom senso quando é referida a possibilidade de atendimento ou não de um ser humano. O bom senso deve estar presente em todas as atividades humanas. Neste caso nos referimos tanto à equipe do PSF quanto aos usuários

do sistema. Seqüencialmente percebe-se algo importante em relação a um grupo de trabalho que é a defesa mútua e incontestada entre os elementos que compõem um grupo de trabalho. Neste aspecto a união funciona como uma “faca de dois gumes”. Há proteção frente às possíveis agressões e injustiças não fundamentadas ou banais mais isso pode cegar as possibilidades de ajustes quando de fato há desvios de atividades ou de comportamentos de componentes da equipe com a comunidade ou destes entre si. Quando, em conversas anteriores falava-se em bom-senso acredita-se que este também deveria prevalecer neste caso.

A solidariedade interna da equipe, a união de forças são pré-requisitos para o desafio a ser enfrentado que, fica evidente pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso exige uma abdicação da onipotência de cada um dos profissionais que atuam neste programa, sendo, neste caso, possível o trabalho em equipe e que assim sejam somadas à criatividade de cada membro da equipe. O caráter prescritivo do programa não contribui para a superação do problema e pode propiciar aos profissionais assumirem atitudes mais cômodas, ou seja, isolar-se em suas áreas de competência.

A união dos trabalhadores deve ser uma questão central a ser perseguida pela equipe do PSF. Porém, esta união deverá objetivar a troca de conhecimentos e implementação da produção do cuidado que é comum para a maioria dos trabalhadores desta área. Não pode ser concebido que esta união possa proporcionar proteção ou favorecimento individual ou do grupo, de qualquer natureza.

*Enf.: Não vou mais na rádio falar. Enjoei.*

Mestrando: É inquestionável a influência de um meio de comunicação como o rádio e não deveria ser relegado, principalmente quando utilizado como instrumento para influenciar formas de pensar é capaz de modificar crenças e por que não dizer, impor alguns hábitos sociais e culturais relacionados com as práticas de saúde. Um meio de comunicação é uma excelente ferramenta para divulgarmos as nossas idéias, pode ser considerado quase uma via de mão única, com a capacidade de penetração em todos os lares, modificando hábitos, criando necessidades, ditando a moda, oficializando condutas de vida, tornando rapidamente obsoleto tudo aquilo que não mais tem interesse pela

sociedade de consumo ou por grupos dominantes. Um meio de comunicação, se bem utilizado, poderá trazer bons resultados e atingir um grande número de pessoas em um tempo recorde.

*Enf.: Como vocês estão vendo os grupos de gestantes, mães e de crianças?*

*ACS: O grupo das crianças é um problema. Chegam e saem a toda a hora.*

Mestrando: Refere-se aos grupos de trabalho e aqui especificamente ao grupo de crianças. Provavelmente há falta de conhecimento do funcionamento de grupos. Há queixa de que as mães não chegam a tempo e que as crianças entram e saem a todo o instante. Isso seria evitado se houvesse possibilidade de oferecer alguma coisa atraente durante a reunião ou saborosa ao final, em troca da atenção. O estímulo verbal puro e simples, utilizado de forma técnica, não é suficiente para chamar a atenção de crianças. Sugere-se a adoção de outras estratégias.

*Médico: O grupo de gestantes funciona bem. Para funcionar bem teriam que vir aqui uma hora antes, as mães não vão sair de casa cedo.*

Mestrando: "O grupo de gestantes funciona bem" Este é ponto pacífico. Porém, ao assistir à reunião do grupo de gestantes houve a percepção de que a maioria era de primíparas e jovens. Com certeza há muitas gestantes com vários filhos e que não freqüentam estes grupos. Também seria difícil imaginar que em plena quinta-feira à tarde, uma gestante que estivesse empregada, poderia ser dispensada 2 ou 3 horas para participar de uma reunião semanal.

*ACS: E se fosse feito consultas somente após a reunião do grupo?*

*Médico: Acho que não vai funcionar.*

*ACS: As orientações que a gente daria aqui damos em casa e a mãe pode nos dar mais atenção.*

*Enf.: Temos que atender gestantes, crianças e diabéticos.*

*Médico: Poderíamos fazer grupos de desnutridos e após eu faria a consulta.*

*ACS: Acho difícil que venham.*

Mestrando: Estes comentários são comuns quando tentamos inferir conhecimentos e condutas às quais, as pessoas não consideram necessárias. Considerado como espaço estratégico de atuação, a princípio, a família parece ser o ponto de partida para a ação.

Pensando na família como foco de atenção é ainda mais elogiável, porque muda o foco que até o momento é o indivíduo. A compreensão destas atitudes no trabalho com famílias, deve levar em conta de que nem sempre estas se apresentam na forma tradicional. Quando a família apresenta estrutura tradicional, é potencialmente enriquecedor o trabalho a ser executado. Entretanto, em muitos casos, este núcleo não está presente e nem sempre este é o espaço de relação predominante ou mesmo um lugar onde podem ser resumidas todas as determinações da maneira de conduzir a vida das pessoas sob foco de atenção.

*ACS: Tive que ameaçar a fulana... Que não mais receberia o leite se não fosse a unidade para o acompanhamento.*

*Médico: Não podemos fazer milagres. Os que não querem não podemos fazer nada.*

Mestrando: Como estratégia de trabalho é recomendável o atendimento mais direcionado a grupos de risco, mas que principalmente sejam susceptíveis a mudanças de atitude em prol de uma possível melhoria na qualidade de vida ou na redução dos riscos à saúde. A proposta de montar um grupo com enfermidades comuns, neste caso, crianças desnutridas, como estratégia para uma grande abrangência seria elogiável. Porém, a questão é como atrair crianças e mães a um lugar comum a todos. O próprio grupo reconhece ser difícil este tipo de agrupamento. O que iremos sugerir nos próximos encontros é que antes de procurar agrupar crianças que sejam discutidas maneiras de atraí-las e que eles adquiram gosto em participar destas “reuniões”.

Quando, da conversa, extrai-se “Tive que ameaçar a fulana...”. Estas palavras refletem com perfeição as dificuldades encontradas quando tentamos interferir no estilo de vida das famílias. Tudo o que pretendemos incutir na cabeça das pessoas deve principalmente passar e ser aprovado pela censura familiar. Faltou, neste sentido, para o ACS, maior conhecimento a respeito da organização familiar, sua estrutura e liderança. Por último uma conclusão fatalista ou conformista. Parece-me que as palavras mais corretas neste caso seriam: neste momento não podemos fazer nada. Aguardamos até que nos organizemos adequadamente para podermos propor o enfrentamento a esta questão.

*Enf.: As mães devem ter sempre o cartão da criança para consultar.*

Mestrando: Reflete, neste caso, a forma de organização do trabalho adotada pelo PSF. O cartão da criança é importante porque carrega todos os dados desta, seu histórico

de saúde/doença, peso, vacinas e outras observações feitas pelos ACS em seu trabalho diário.

*Enf.: Podemos escolher dentre vocês ACS, que tenha mais afinidade para trabalhar com as crianças de até 5 anos. E o grupo de hipertensos, como estão?*

*ACS: Temos um grupo grande, temos problemas com o medicamento.*

*ACS: Às vezes as pessoas tomam mais do que foi receitado.*

*Médico: Tenho atendido criaturas que não são hipertensos.*

Mestrando: A queixa feita nesta fala refere-se ao fato de que “pacientes” não hipertensos foram encaminhados ao consultório médico, e que não são portadores deste distúrbio. Isto é devido, provavelmente, ao fato de o PSF estar sediado em uma UBS e que concomitantemente também funcionam todas as atividades tradicionais, como médicos de outras especialidades e que não estão atuando à luz da filosofia do PSF.

*Enf.: Só devemos fazer carteirinha aos que realmente são hipertensos. Montamos um grupo na cohab e quase não apareceu ninguém. O grupo da... Funciona bem. Lá na tua área não tem jeito, temos que tentar outra maneira.*

Mestrando: A montagem de grupos em bairros, neste caso de hipertensos e mães, estão contemplados dentro da filosofia preconizada pelo programa. Os possíveis obstáculos, encontrados durante a fase de implantação, devem ser suplantados com estratégias apropriadas.

*ACS: A fulana bebe demais e não toma o remédio.*

*Agente administrativa: Irão trocar todos os códigos das FAAC.*

*ACS: Nos grupos, como faremos para preencher as FAAC?*

*Agente administrativa: Orienta como preencher os boletins de atendimento.*

*Enf.: Estamos montando grupos de mães nos bairros e depois temos que ver o que precisa.*

*ACS: Estas reuniões são feitas aos sábados e eu não vou a reuniões neste dia.*

*Enf.: Temos que tentar mudar o dia.*

*ACS: Domingo tinha 5 pessoas na minha porta querendo falar comigo.*

*Enf.: Iremos solicitar auxílio porque a realidade delas é ruim.*

Mestrando: Estas referências podem refletir um exagero por parte do ACS. Porém é compreensível que o ACS seja procurado para resolver possíveis problemas agudos de saúde. É possível que a solução destes problemas ou destes transtornos não estejam ao

seu alcance. Neste caso o que é possível ser feito é o encaminhamento e aguardar a possível solução do problema. O ACS poderá achar que procurá-lo aos domingos não é a melhor pedida, mas esta atividade possui, como pré-requisito, residir na área de abrangência das suas atividades. Por isso, deverá compreender que com frequência estas solicitações chegarão até sua porta. Caberá a ele (ela), através da sua liderança e organização de trabalho solucionar o problema.

*Enf.: Lê ofícios encaminhados a este grupo de trabalho, relacionados à vacina contra o pneumococo.*

*Enf.: Podemos fazer uma relação do pessoal que consulta para fazer a vacina.*

*Médico: Todos os sequelados de cigarro, hipertensos, diabéticos, imunodeprimidos, nefropatas crônicos devem tomar a vacina.*

*Enfermeiro e ACS Queixam-se da burocracia excessiva.*

*ACS: Como funciona para mostrar exames, tem que tirar ficha?*

*Médico: De preferência sim.*

**Mestrando:** Esta questão deveria ter sido resolvida há algum tempo. Mostra a falta de coerência entre o grupo de trabalho. A explicação plausível é a de que em um ano e meio de trabalho já foram trocados 4 médicos e por isso, talvez, haja desarmonia na forma de organização na sua totalidade.

*Médico: Pessoas com mais de 65 anos não tiram ficha, são atendidas na hora. Aquela paciente está em surto, quer internar em tal lugar..., perde peso, encaminhei à prefeitura para internar em hospital psiquiátrico. Já tem vaga no Hospital Psiquiátrico e a prefeitura vai levar.*

*ACS: Ela é profissional do sexo, acho que ela está com AIDS.*

*Médico: Lá no hospital eles fazem o exame.*

*Agente administrativa: O enfermeiro marcou várias consultas e não tinha vaga. Todas as fichas vão mudar.*

**Mestrando:** Todo o PSF, da forma com que foi concebido, ainda que houvesse uma tentativa de fugir à regra, é revestido de características de programa governamental e que, por conseguinte, apresenta um alto grau de normatividade de procedimentos, de organização burocrática e do serviço de informação, senão vejamos: o modelo das equipes, as funções de cada profissional, a estrutura mínima para o seu funcionamento, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território de abrangência da equipe, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas existentes no território de adstrição, a

maneira como devem ser executados os procedimentos estão seriamente regulamentados pelo Ministério da Saúde. Todos estes procedimentos normativos devem ser seguidos rigorosamente pelos Municípios para se adequarem às normas ministeriais, e se tornem aptos ao financiamento oferecido pelo Governo Federal.

Tomando esta postura, o Ministério da Saúde impossibilita novos modelos ou alternativas, mesmo que tenham similaridade com as propostas do PSF. Estas obrigações imobilizam o próprio programa diante de realidades distintas observadas em diferentes localidades do vasto território nacional. Esta centralização de todos os atos referente às políticas de saúde é marca do Governo Federal desde a chamada primeira república e que até hoje carrega este estigma.

*Médico: Vamos atender o que é possível, os demais devem tirar ficha. Quem é que está com o fulano... O que tem aquelas lesões de pele. Aquilo é psoríase. Não tem cura. É só orientações e cuidados. Dei a ele medicamentos especiais a semana passada. Ele não pode beber porque a droga é lesiva para o fígado.*

Mestrando: Neste caso é interessante observar que existe a consciência de que o ACS deve acompanhar o tratamento dos moradores de sua área de trabalho e que este recebe também as orientações em relação aos possíveis efeitos colaterais da droga bem como o que deve ser evitado quando da ingestão do medicamento. Com esta abordagem a possibilidade de sucesso na terapêutica fica praticamente garantida.

Ao final, foi acertado que na próxima reunião poder-se-á apresentar o projeto de assistência e também um relatório das reuniões anteriores com as impressões e reflexões relativas às atividades desenvolvidas.

Iniciou-se uma dispersão e a reunião foi encerrada.

Mestrando: Foi uma reunião bastante longa, com muitas discussões pertinentes ao trabalho, onde fica claro a dificuldade em trabalhar em equipe e a relação com a comunidade. Participar da reunião somente como ouvinte é até certo ponto confortável, porém em muitos momentos ocorreu a vontade de interromper os debates e emitir alguns pareceres que pareciam lógicos naquele instante e pertinente àquele assunto. Por outro lado, não participar dos debates foi muito oportuno porque desta forma toda a problemática aflorou de uma maneira natural e sem interferências de opiniões ou conhecimentos



externos. Em relação ao levantamento de dados, estes três encontros são os mais confiáveis e ricos porque refletem as reais condições de trabalho isentas de interferências externas.

#### **6.4 – Quarta reunião - 04/09/99; 14h**

Nesta data o mestrando compareceu à reunião munido do material (retroprojektor e lâminas para transparências) para melhor detalhar a proposta de trabalho que verbalmente fora feita na primeira reunião. Neste encontro participaram o enfermeiro e os ACS. A explanação do projeto durou aproximadamente uma hora sendo que em seguida foi entregue a cada um dos participantes o relatório das reuniões anteriores com as minhas notas de reflexão. Solicitou-se que o mesmo fosse lido para que pudéssemos promover uma discussão e uma reflexão conjunta dos assuntos tratados, reunião posterior.

Ao final deste encontro aflorou uma espécie de receptividade, pelo fato de ter sido ouvido e aceito como elemento do grupo em igualdade de condições. Mesmo assim, e sem que isto tenha sido expresso verbalmente, o que se pode perceber naquele momento é que não há muito interesse relativo a possíveis mudanças de conduta. Para a próxima reunião foi proposta a leitura do relatório para que possamos promover uma discussão referente aos assuntos abordados.

#### **6.5 – Quinta reunião - 17/11/99; 14 h**

Neste encontro com a equipe do PSF, participaram todos os seus componentes e seguindo o acordo anterior, iniciou-se a reunião explanando o objetivo que era promover uma reflexão a respeito do cotidiano do trabalho desta equipe, baseado nas suas vivências.

*Mestrando: Inicialmente quero dizer que o relatório entregue no encontro anterior é o resultado do meu trabalho junto a esta equipe, baseado naquilo que colhi das vossas conversas durante as reuniões. Tomei a liberdade, como tínhamos combinado, em fazer algumas observações em relação às reuniões anteriores bem como minhas reflexões à luz das normas e diretrizes do PSF bem como sua filosofia.*

*Enfermeiro: Nossas dificuldades são de estrutura e de condições de trabalho. Necessitamos de um carro para as visitas domiciliares, pois as distâncias que temos que percorrer são grandes. Já estou cansado de ir lá na Prefeitura pedir um carro. Eles não querem mais ver a minha cara. Tentamos solicitar ao Conselho Municipal de Saúde autorização para fazermos uma rifa para adquirir um carro e não nos permitiram sob a*

*alegação de que vai precisar também de um motorista e a manutenção. Também não permitiram doações.*

*Mestrando: Eu já te ouvi dizer coisas pesadas contra o Programa. Acho que tu deverias ter precauções com a tua imagem. O programa não é ruim na sua essência, como tu disseste.*

*Enfermeiro: Mas o programa é ruim...*

*Mestrando: O programa é bom. Se o leres com calma verás que a proposta é linda. A sua implementação é que deixa a desejar. O que eu quero dizer com isso não é que vocês aqui no grupo sejam responsáveis pela totalidade dos problemas existentes. Tu sabes que para aderir ao programa é necessário uma vontade política, do gestor. A maioria dos gestores municipais não conhecem nada do programa. Aderiram porque se engraçaram na proposta e também porque existe um custeio financeiro razoável. A grande maioria dos gestores ainda pensa que saúde é feita com ambulâncias e tu queres que eles compreendam tudo aquilo que até nós temos dificuldades em compreender. Gostaria que pudesses refletir também a respeito do teu trabalho. Nós temos o ímpeto de achar que só os outros estão errados. Que os gestos e as atitudes dos outros é que não são coerentes. Eu acredito que como técnico ainda não absorveste por completo a idéia concebida pela filosofia do programa. Nós, técnicos (médicos e enfermeiros), temos sérias dificuldades em abandonar as ferramentas de trabalho até então utilizadas. Os Agentes Comunitários de Saúde têm mais facilidades em atuar nesta modalidade porque não foram moldados em uma universidade e produzidos por um sistema de interesses. Nós ainda gostamos de produzir procedimentos, o que fomos orientados para fazer, segundo o modelo biomédico. O que o programa preconiza é uma reorganização e reestruturação dos serviços de saúde em novas bases e critérios, onde o foco principal deixa de ser o médico, o hospital ou o posto de saúde e oferece a oportunidade, inclusive, para que a comunidade participe na organização e nas decisões relativas à saúde.*

*Esta é a primeira oportunidade que todos os cidadãos estão experimentando para tentar compreender o que é saúde ou doença e também de poder interferir no que deve ou pode ser feito. Isto serve para todos, do prefeito até o gari. No Brasil, nunca foi tentado antes. Era o anseio de todos, inclusive dos técnicos. A reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são um bom exemplo disso. Foram derrubados murros, seculares e mesmo após vários anos de trabalho, ainda tem muito para ser acertado.*

*Consciente ou não o que estás tentando fazer é modificar um quadro no qual toda a população nasceu dentro. Eles e nós, não conhecemos outra realidade possível. Ainda é possível que muitas corporações ou indivíduos não tenham interesse que em a proposta ofereça bons resultados.*

*Em se tratando de mudança de conduta é possível que a população adulta nem venha a compreender de fato a nossa proposta de mudança. Para obtermos resultados mais imediatos o PSF deveria abranger todo o Município e que todo o sistema de saúde estivesse voltado, em todos os seus aspectos à nova proposta.*

*Médico: É uma grande verdade. Muitos preferem ir ao Pronto Socorro, receber uma injeção qualquer que eles nem sabem para que serve, pagam e saem satisfeitos. Isto é uma cultura que vamos demorar muitos anos para reverter. Para que a população não reclame deveríamos cobrir o Município com o programa. Colocar 4 ou 5 médicos atendendo todo o dia; 4 a 5 enfermeiros e de 20 a 30 agentes comunitários de saúde. Deveríamos*

*trabalhar um bom tempo até que toda a demanda reprimida fosse sanada e ao mesmo tempo deveríamos trabalhar a realidade das comunidades. Agindo assim, provavelmente daqui a uns 10 anos conseguiremos bons resultados, ou pelo menos aquilo que hoje achamos que seria um bom resultado.*

*Mestrando: Acho que vocês estão atuando dentro daquilo que o Ministério está exigindo da equipe, em quase todos os seus aspectos, existem algumas coisas atrasadas, outras a ajustar. É claro que em alguns aspectos já foram detectados alguns problemas como é o caso do cadastramento que está em atraso.*

*Enf.: Para o final do ano queremos deixar tudo isso concluído.*

*ACS: Se tu queres a parte que já está pronta eu posso entregar.*

*Enf.: É, pode ser. Comenta alguma coisa que chamou atenção do que foi entregue por escrito. Há algumas falas aqui que não foram pensadas e nem refletidas.*

*Mestrando: Eu sei, mas fiz questão de colocá-las da forma com que foram expressas. Também tomei a liberdade de fazer algumas reflexões à luz do que preconiza o programa e pontos que eu considere importantes.*

*Enf.: Eu gostaria que tu viesses aqui na terça-feira ou na Sexta-feira para ver quantas pessoas atendemos e quantas reclamações ouvimos. Algumas eu tenho condições de atender e de resolver o problema. Outras só ouço e após as encaminho ao Secretário Municipal de Saúde, simplesmente porque não tenho como resolver.*

*Mestrando: É, o poder de resolução do PSF é baixo bem como a cobertura que a política de saúde oferece ao Município. Aqui reside um ponto fundamental do trabalho da equipe do PSF, que é o poder de resolução. O nosso poder de fogo é baixo também porque pode não existir tanto investimento para que esta nova modalidade tenha êxito e frutifique.*

*Médico: Chegamos a um ponto crucial em relação a este assunto. Se o nosso Município cobrisse toda a sua área territorial com o PSF, com um bom poder de resolução, quebraríamos com alguns profissionais ou corporações de profissionais e empresas de saúde privada.*

*Enf.: Acho que não. Conheço alguns Municípios que têm toda a sua extensão territorial coberta pelo PSF e empresas de saúde também sobrevivem não estando alinhadas a esta filosofia.*

*Mestrando: Creio que médico tem razão. Havendo a cobertura de 100% do Município, onde todo o sistema de saúde estivesse voltado para a implementação desta proposta, haveria, certamente uma redução na procura por profissionais ou empresas privadas que cobram e cobram caro pelos serviços que prestam.*

*ACS: Assim como há aqueles que não compreendem o nosso trabalho e que não nos aceitam, muitos acham o nosso trabalho importante e de boa qualidade. Ainda temos muito que aprender em relação ao trabalho comunitário. Eu continuo a atender pessoas que chegam fora de hora lá na minha casa. Algumas eu levei ao Hospital com meu carro, era uma mulher que estava ganhando nenê.*

*Enf.: É por isso que eu digo. Nós precisamos de um carro. O outro dia, eu não estava aqui na unidade e uma criança passou mal e as meninas (ACS) estavam fazendo uma "vaquinha" para chamar um táxi para levá-la ao hospital. Por sorte passou um carro*

*aqui na frente, foi parado na rua e ele consentiu em levar a criança ao hospital. Lá na Prefeitura tem carros sobrando.*

*ACS: Mas, dinheiro para promoções, tem.*

*Mestrando: A minha preocupação neste instante é com vocês como trabalhadores. Refiro-me à preservação da vossa imagem. O que me parece claro é que nem todas as forças políticas e de influências do Município estejam querendo que o PSF realmente frutifique. Vocês não podem ser ingênuos em pensar que todos queiram que o vosso trabalho seja visto como um modelo e que ofereça excelentes resultados. Sempre existem os do contra. Pessoas que não têm muitos escrúpulos. Pode ser que nem seja este o caso. É provável que muitos dos gestores atuais jamais tenham de fato vivenciado a realidade que vocês como equipe são testemunhas diárias. O que vocês com pouco esforço conseguem exprimir ao reportarem-se à realidade diária, não será compreendida por uma pessoa que não tenha passado pela vossa vivência ou tenha de alguma forma se sensibilizado com o sofrimento e a realidade existente neste local. Portanto, acho prudente que se reflita bem antes de emitir pareceres que possam ser interpretados de outra forma que não seja exatamente aquela que vocês desejam.*

*Enfermeiro: Eu gostaria que os gestores tivessem treinamento assim como nós antes de assumirem determinados compromissos. Eu e o Dr... participamos na semana passada de outro módulo de capacitação em Porto Alegre. Eles bateram firme no humanismo e na família. Acredito que nos próximos encontros o assunto principal seja esse.*

*Mestrando: A escolha da família como foco principal das ações do PSF é uma boa estratégia. Tira aquela impressão do modelo tradicional centrado no indivíduo e na ação do médico. Se eles estão, lá nos treinamentos dando ênfase à família é porque todos nós pensamos conhecer o que é família. Na prática todos nós conhecemos a família tradicional, achando que todos os problemas podem ser resolvidos nela. Acontece que muitas famílias não têm nada de tradicional e sequer é nela onde é possível algum tipo de entendimento. Quando vocês entram em uma casa, percebem que tem muita coisa errada, orientam como deveria ser feito e quando vocês retornam não ocorreu nada daquilo que ficou acordado ou quando na família existe um alcoólatra, vocês o orientam e ele deixa até a família, se for o caso, para beber, então o que pode ser dito é que outros determinantes podem interferir na família ou no indivíduo ainda que isso não seja compreensível. Existem ainda aquelas famílias completamente desfocadas da realidade. Outras famílias não possuem nada de tradicional: É a avó que cuida dos netos. É irmão mais velho que cuida dos menores. Então temos que ter clareza em relação aos vários tipos de organização familiar antes de uma abordagem que pretensamente queremos passar-lhes algumas informações como se estas fossem a tábua de salvação. Corre-se o risco ainda, ao abordarmos uma família, em que alguns dos seus componentes possam considerar-se "espionados" pelo Estado sendo vocês o instrumento utilizado por este. Existirão ainda, aqueles que podem considerar a intervenção do estado dentro do reduto considerado de poder e arbítrio somente dos componentes da família, sendo que estes jamais aceitarão qualquer orientação da qual não parta das suas próprias convicções.*

*Em relação ao humanismo supostamente pregado provavelmente seja outra estratégia voltada para a abordagem da família, já que por várias experiências o sistema mostrou-se extremamente desumano. A desumanização no serviço público de saúde é gritante. É só observarmos as longas e intermináveis filas de espera para uma "consulta" médica. Filas que se iniciam na madrugada e às vezes no dia anterior sendo que muitos*

destes quando chegam ao balcão, após horas de espera recebem uma resposta da recepcionista que as "fichas" acabaram e que o paciente deve retornar outro dia. Também é desumano retirar a cadeira do paciente em frente ao birô do médico para que o cliente fique em pé e assim possa sair mais rápido do consultório. Nos hospitais públicos acumulam-se pacientes nos corredores e nas macas à espera de atendimento ou de um leito.

Conclui dizendo: estas são imagens que, com certeza, levaremos muito tempo para desfazer até porque ainda não conseguimos sequer mostrar outra. O PSF tem esta proposta. Porém, da proposta à ação, da idéia do programa a sua real implementação, muitos obstáculos deverão ser vencidos, muitos anos terão transcorrido. Humanizar significa tornar humano, aquilo que é desumano, com certeza isso não será conseguido em um ano. Para humanizar é preciso fazer uma cirurgia radical mas asséptica. Provocar mudanças de atitude não é tarefa fácil. São necessários tempo, paciência, insistência e muita sensibilidade.

Médico: De agora em diante eu atenderei somente os hipertensos, mais graves. Aqueles com hipertensão leve a moderada o Enfermeiro verificará a pressão Arterial e orientará a continuação do tratamento. Não há necessidade de consulta mensal a todos. O que acontece é que alguns consomem o medicamento de um mês em 20 dias e outros não tomam como foi indicado e acaba sobrando o remédio.

ACS: Temos que controlar melhor o uso destes medicamentos.

Médico: As fichas dos pacientes ficam aqui na unidade e à disposição de vocês. O que podemos fazer é escrever atrás da ficha quais foram os medicamentos receitados e como devem ser tomados.

ACS: As pessoas me atacam na rua e querem que eu arrume os remédios de que eles precisam.

Mestrando: Esta é uma cultura que grande parte da nossa população tem. É o resultado da soma de muitas décadas de ações de saúde com um propósito exclusivo de produzir doenças ou diagnósticos. Também é o que colhemos quando o governo declara que existe universalidade no setor saúde e não tem caixa para bancar os serviços que são de alto custo e de pouca resolutibilidade. E também esta é a resposta que a população oferece ao governante que a subornou nas urnas prometendo-lhes o que não pode ser cumprido. Alguns segmentos da população sabem que para conseguir atendimento devem pagar ou ter um bom plano de saúde. Outros desprovidos de condições para fazer frente aos gastos em saúde procuram extorquir, dos trabalhadores em saúde, aquilo que eles consideram de necessidade imediata. Estão longe de imaginar que algum tipo de organização comunitária possa proporcionar a solução dos seus problemas.

Acrescentei: Por outro lado, o sistema público já de longa data vem mostrando-se insuficiente no atendimento dos problemas de saúde da população. Ora, se a história mostra que o sistema não é digno de confiança, como é que agora, em curto espaço de tempo, nós queremos que a população passe a acreditar em nossa proposta? Só porque hoje somos nós os que estão pregando esta idéia? Antes de nós, vários "homens de bem" prometeram coisas ainda melhores e até sem grandes esforços, porém nada foi cumprido. Hoje, somos nós os homens de bem, com excelentes idéias, novas estratégias, mas que ainda não provamos nada.

Enf.: Vamos formar um grupo de mães na Cohab.

*ACS: Mas vamos convidar somente aquelas que querem de fato trabalhar.*

*Mestrando: Para a próxima reunião a proposição é a discussão de assuntos referentes à limitação do programa, bem como suas normatizações.*

**A proposta foi aceita e a reunião foi encerrada.**

Muito embora seja prematuro imaginar que possamos colher alguns resultados imediatos com estas discussões, isso possibilita confiança perante o grupo, há percepção que alguns leram o relatório que lhes foi entregue. Mesmo assim, o que fica claro, no transcorrer das discussões, é que há muito empenho para tentar solucionar problemas imediatos, sem pensar qualquer estratégia mais segura e duradoura. Todos os assuntos discutidos são pertinentes ao trabalho da equipe onde se pode perceber algumas limitações do trabalho relacionadas a fatores educacionais, políticos, econômicos e entraves proporcionados pela política de saúde.

#### **6.6 – Sexta reunião – 24/11/99; 14h**

O sexto encontro foi realizado no mesmo local, data e horário das reuniões anteriores e com os mesmos participantes. Como já havíamos combinado o assunto discutido seria referente às limitações do programa, haja vista, o excesso de normatizações. O objetivo era o de promover reflexões a respeito do trabalho cotidiano em virtude das queixas do excesso de normas impostas para o funcionamento do mesmo.

O encontro foi aberto pelo enfermeiro, propondo o assunto e logo a seguir um ACS pronunciou-se dizendo:

*ACS: Eu li tudo aquilo que tu nos deste a respeito das nossas reuniões anteriores. Achei interessante e às vezes a gente se vê naquelas conversas.*

*Mestrando: Desde que iniciamos este trabalho e que vocês concordaram que eu participasse do grupo, havíamos combinado que seria oferecido algo em troca da oportunidade que estou recebendo. Gostaria que todos pudessem ler. Aproveitei falas e inseri dentro delas as minhas impressões, minhas experiências práticas e algumas coisas que pude ler a respeito do programa bem como algo que diz respeito às normas e diretrizes.*

*ACS: A maior parte do que foi escrito é bem claro e de fácil compreensão.*

*Mestrando: A intenção foi exatamente esta. Parece-me que o resultado não seria bom se fosse uma leitura complicada.*

**Enfermeiro:** *Eu ainda não li tudo aquilo. Algumas partes que eu consegui ler achei interessante.*

**Mestrando:** *Às vezes, quando estamos dentro de um processo de trabalho não percebemos certos acontecimentos ou nuances do mesmo. No meu caso venho de fora, não tenho compromissos semelhantes aos vossos relacionados com o trabalho e nem estou envolvido com ele como vocês. Por isso posso fazer análises mais frias e cuidadosas, sem colocar componentes emocionais ou tendenciosos. Se vocês me permitirem gostaria de discutir um assunto que percebi que, também para vocês, causa certo aborrecimento, transtornos e excesso de trabalho. Refiro-me ao serviço de informação do programa.*

**Enfermeiro:** *De fato, temos muito trabalho para satisfazer o que o programa exige em relação às informações que devemos prestar mensalmente. Antes do final do ano pretendemos terminar o cadastramento.*

**Mestrando:** *Podemos começar pelo cadastramento de famílias, mas também tem toda aquela gama de fichas que fazem parte do serviço de informações.*

**Agente Administrativa:** *Por falar nisso, já entregaram as fichas do cadastro?*

**ASC:** *Atendimento em grupo, vale?*

**Agente Administrativa:** *Vale. Deve ser incluído todo o vosso trabalho.*

**Mestrando:** *Estas são as novas fichas?*

**Agente Administrativa:** *Sim.*

**ACS:** *As novas fichas não tem espaço para cobrar reuniões.*

**Enfermeiro:** *No programa não está contemplado reuniões para os ACS.*

**ACS:** *Eu fiz umas 30 e não podem constar como trabalho feito?*

**Mestrando:** *Vocês devem procurar não se bitolar demais com as normas do programa. O fato de você fazer uma atividade que não está contemplada dentro das atividades do ACS, não deve inibir ou deixar de executar aquilo que está ao teu alcance. Eu escrevi algumas coisas naquele documento que eu lhes entreguei e também gostaria de oferecer uma idéia mais aproximada daquilo que se constitui o programa, vendo-o apenas pelo prisma do serviço de informações que são todas estas fichas que vocês queixam-se para preencher.*

*Percebemos que o programa tem uma abrangência nacional e logicamente não contempla realidades distintas, tanto relacionadas com a população como quem vai executar o trabalho. Parece que este programa foi pensado para realidades com precariedades gritantes, onde a pobreza e a falta de condições mínimas de higiene e saúde exigiria uma atividade de busca ativa. Porém, os estados da região sul apresentam condições diferenciadas daquelas das regiões norte e nordeste. Provavelmente, pensando em unificar as atividades em todo o território nacional o programa foi concebido com uma estrutura única. Podemos também pensar que este tipo de normatização é característica de programas verticais onde as normas são ditadas no nível central e simplesmente devem ser executadas sem serem discutidas. Reflete também a interferência do estado na área da saúde, como vem sendo feito há muito tempo.*

*Quero tentar, neste momento, oferecer uma breve explicação do que é um programa governamental, porque talvez vocês ainda não tenham tido oportunidade para refletir sobre este assunto. Muito embora este programa ofereça condições de discussões,*

*inclusive com a comunidade, vocês são testemunhas de que há uma série de obrigações relativas ao preenchimento de documentos que alimentam todo um sistema de informações a nível nacional. Afinal, é necessário oferecer números para mostrar o que está sendo feito e se possível com resultados favoráveis que justifiquem a sua implantação, implementação e custeio.*

*O PSF não fugiu à regra. Ele é revestido de ações programáticas. Um programa, na sua forma de plano é sempre uma proposição de natureza técnica, que também tem caráter prescritivo. Todas estas fichas devem ser preenchidas, isto é uma prescrição. Trata-se de uma proposição de trabalho que será produzido por técnicos existentes nas comunidades, cidades ou estados. O programa está baseado em conhecimentos científicos, técnicos e em poucas oportunidades de experiências práticas. Um plano normalmente técnico não pode apresentar outro resultado que não seja a combinação do saber científico, técnico e prático. O plano presume algo técnico do início ao fim e constituído de propostas instrumentais. Ao passar do plano para a prática colocamos o programa em outras condições e com outros determinantes que devem ser experimentadas por aqueles que realizam suas atividades cotidianas.*

*O Ministério propõe, através do PSF a realização de uma maneira nova de trabalhar em saúde, mas com um modo técnico de intervir (instrumento antigo), supostamente produzindo algum tipo de cuidado até então não tentado. Neste caso é importante lembrarmos que os resultados também dependem da organização social, da produção e distribuição dos serviços e da riqueza gerada neste meio. Sendo assim estruturado, o PSF está inserido na área das políticas públicas de saúde, deve responder e suprir as necessidades da produção de serviços e que ofereça resultados em escala social. Deve-se considerar ainda a forma com que são produzidos os serviços em saúde, como este serviço é administrado e com que equipamentos estamos trabalhando.*

*Quando o plano (programa), passa para a prática ele é submetido à aprovação social e dos técnicos que o executarem e seguramente haverá tensões e incertezas em várias esferas. Aqui entra tudo aquilo que normalmente não está escrito no programa que diz respeito aos pontos de vista individuais ou coletivos, valores éticos, morais e técnicos que validam ou negam o modo como foi concebido, implantado ou executado determinado procedimento.*

*Quando o programa for colocado em prática seguramente acabará apontando as deficiências ou limitações. Neste caso as falhas ficam evidenciadas quando realizamos uma técnica ou determinado procedimento. Assim podemos perceber claramente suas insuficiências, limites e coisas impróprias naquele ato ou naquele momento. Acredito que os técnicos do governo também pensam desta forma e que com o andamento das atividades do programa possa haver ajustes onde forem necessários o que provavelmente acontecerá, com o passar do tempo, que chamamos de feedback, ou seja: Vocês, com as suas informações e experiências realimentarão o sistema, onde os dados serão avaliados, rechaçados, aceitos ou reformulados. Os acertos ou os erros sofrerão outra ação corretiva, sendo neste caso benéfica e construtiva.*

*Todos nós, cada vez que nos referimos ao programa, a forma com que foi concebido, implantado e implementado estamos fazendo uma avaliação individual, fazendo vir à tona nossas experiências cruzadas com o que é preconizado pelo mesmo. Esta conscientização expressa vai se consolidando, tornando-nos mais críticos e mais lúcidos, oferecendo o que é necessário para os ajustes.*



O PSF, no seu plano, possibilita algo que me parece singular no Brasil. Até então todos os técnicos colocavam-se fora do processo social, como se fossem imunes aos determinantes da saúde/doença, por comodidade, por falta de estruturação dos serviços e também por falta de conhecimento dos profissionais a quem é atribuída a tarefa de cuidado. O PSF possibilita a atuação antes que os fenômenos aconteçam, tendo possibilidade da tomada de decisão e atitude de forma preventiva. O profissional de saúde no PSF não é meramente um executor de ato científico. Aqui, ele deve adaptar seu conhecimento técnico com as necessidades locais. Também faz busca ativa, dos "faltosos".

Neste sentido, vale a pena ressaltar um problema sério que faz parte da cultura científica dos profissionais da área da saúde bem como da população. Principalmente o médico e o enfermeiro possuem uma cultura enraizada no procedimento, na produção de doença e à espera da demanda de doentes. A população tenta extorquir dos profissionais e instituições, aquilo que tem necessidade momentânea sem pensar em qualquer forma de organização ou discussão para resultados mais duradouros.

Enfermeiro: Por enquanto não temos escolha. Devemos cumprir o que está estabelecido. Para o próximo ano queremos adequar a ficha ao nosso trabalho que também será adequada ao serviço de informações.

Agente Administrativa: A ficha "D" não é para todos preencherem.

Enfermeiro: Sim, é para todos.

Agente Administrativa: Esta ficha sou eu quem preenche.

Enfermeiro: Temos a ficha "A, B, D, F". O consolidado e também as FAAC.

Agente Administrativa: Quando eu for digitar no computador tenho que ter todas estas fichas preenchidas.

Enfermeiro: Não, você só precisa da ficha "D".

Agente Administrativa: Não, preciso de todas.

ACS: E esta ficha, deve ser preenchida todo o dia.

Enfermeiro: É para TRO (tratamento para reposição hidroeletrólítica).

ACS: É só colocar o total?

Agente Administrativa: Sim. Tem também a tua e a do médico.

Mestrando: Vocês estão percebendo de longa data o quanto é difícil satisfazer as normas e diretrizes do PSF e o quanto de trabalho ocupa no dia-a-dia. Vejo também que houve mudanças no preenchimento destes documentos. Agora se percebe que as queixas em relação ao excesso de normatizações têm fundamento lógico. Já se passaram mais de um ano e meio desde a sua implantação e até agora estes documentos ainda causam confusão.

Enfermeiro: Isso acontece porque é demais os documentos a serem preenchidos. As carteirinhas para os habitantes das áreas de cobertura do PSF já estão sendo encaminhadas. Após a implantação, o indivíduo deverá apresentar esta carteirinha para ser atendido. Faremos também um prontuário familiar. Na carteirinha e também no prontuário serão escritos todos os problemas e orientações aos pacientes.

Mestrando: E os que não tiverem esta carteirinha, como serão atendidos?

**Enfermeiro:** *Serão atendidos por outro médico. Um dos que também trabalham aqui.*

**Mestrando:** *Acho que vocês terão problemas. Vocês não estão com medo de provocar exclusões como a que ocorreu antes da universalização do acesso aos serviços de saúde, contrariando inclusive a constituição? A universalidade é uma conquista social que foi iniciada oficialmente em 1976 com a carta de Alma-Ata. Seguiram-se outras Conferências como a Declaração de Adelaide (1986), Declaração de Sandswal e especificamente para a América Latina a carta do Bogotá. Através destes documentos ficou expresso e formalizado pela primeira vez, na história da evolução humana, a garantia do acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde e que devem ser de boa qualidade e com boa resolutividade.*

*Podemos incorrer no erro cometido nas décadas de 70 e 80 onde o serviço ainda não era universalizado, prometia um atendimento universalizado, porém não efetuou investimentos e não preparou técnicos para atuarem em outra filosofia de trabalho. O que ocorreu de excepcional nestas décadas? Um aumento progressivo do acesso aos serviços públicos de saúde e como este era insuficiente, a sociedade e os profissionais encarregaram-se em efetuar a limitação do acesso a eles. Isto é chamado de exclusão também de "iniqüidade".*

*Neste período, o que caracterizava o acesso era a obtenção do documento, sendo que através deste o indivíduo tinha direito a ser atendido, chamado de "carteirinha". Através da constituição de 1988, nos seus artigos 196-200 ficou assegurado o acesso aos serviços de saúde de forma universalizada. A Constituição, neste sentido, contemplou com poucos vetos, a VIII Conferência Nacional de Saúde que foi um fóro legítimo com representação de praticamente todos os segmentos sociais. Deve-se também dizer que estes documentos e estas conquistas não são obra de classes dominantes, e sim, antes de tudo, movimentos contra hegemônicos.*

**Médico:** *Esta mudança deverá ser feita lenta e gradativamente e com ampla divulgação. Podemos fazer com que os ACS divulguem esta idéia e daqui a uns seis meses ou um ano teríamos a implantação definitiva desta idéia. Não pretendemos a adesão de todos imediatamente.*

**Enfermeiro:** *Nós já temos bons exemplos, neste caso, dos hipertensos que já possuem carteirinha há algum tempo. Quando eles vêm consultar, trazem-na consigo.*

**ACS:** *É, alguns realmente trazem sua carteirinha, outros a esquecem e outros a perdem. Eu tenho um exemplo de uma família que tem três crianças desnutridas, a mãe só dá balas para chuparem e com isso haverá fome. Acho que o problema é a mãe. Acho difícil que uma mãe deste tipo realmente se lembre de trazer a carteirinha para consultar.*

**Mestrando:** *Mudanças de concepções culturais são difíceis de acontecer em todas as classes sociais. Pode-se perceber claramente na área da saúde o que aconteceu após a aprovação da constituição de 1988. Antes da aprovação da lei todos atribuíam o mau atendimento no serviço públicos em virtude da inexistência de lei condizente com aquilo que era preconizado pelos técnicos, gestores e governantes. Com o advento da universalização conquistada em lei, logo a sociedade e os técnicos em saúde encarregaram-se em fazer segmentações impondo dificuldades de acesso através da limitação do número de atendimentos por profissional bem como pelo não cumprimento dos contratos de trabalho entre o sistema de saúde e os profissionais. Outra forma de*

*segmentação mais refinada foi obra somente dos técnicos que passaram a oferecer um atendimento pobre e com baixos resultados a população advinda do sistema público sendo que em contrapartida prestavam um bom atendimento a pacientes de outros convênios.*

*Na tentativa de reorganizar o sistema de saúde surge uma nova proposta chamada de PREV-SAÚDE que não chegou a ser implantado na sua totalidade por motivos não inexplicados.*

*A partir de 1994, iniciou-se uma nova tentativa para reestruturar o SUS através de dois programas: O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Ambos possuem, na sua essência, novos pensares relativos às formas de fazer saúde, tentando implementar uma idéia ousada e que a primeira vista deveria ser recebida com bons olhos pela comunidade. Na prática nem sempre isto acontece. Então veremos, aquilo que deveria ser recebido de braços abertos porque é a melhor proposta até aqui concebida, em alguns aspectos é rejeitada, ignorado, pela população. Aos profissionais que sempre reclamaram muito do sistema, também coube parte do entrave das novas propostas, da nova idéia. O que eu quero que vocês entendam é que as mudanças de concepções culturais são difíceis de acontecer e por vezes impossíveis. Para podermos provocar mudanças de hábitos de vida devemos ter continuidade, insistência e poder de persuasão, e não nos abatermos com possíveis derrotas.*

*Enfermeiro: É, temos muito para fazer. Para encerrar, temos que conseguir uma internação para o fulano...*

*Mestrando: Eu fui convidado pelo Sr. Secretário de Saúde do vosso Município para falar algumas coisas relativas ao PSF e as possibilidades deste com os cuidados primários em saúde no dia 29 de novembro por ocasião da vossa Conferência Municipal de Saúde. Espero todos vocês lá. Vamos discutir mais sobre o PSF. Como não havia mais assuntos a reunião foi encerrada.*

Neste encontro houve a oportunidade de coordenar as atividades e observar as discussões e falas parece ter sido bastante proveitosa, visto também sob o aspecto da participação. O que se percebeu é que existe alguma vontade, pelo menos teórica, em tentar modificar a forma de atenção ao usuário do sistema de saúde. Porém, o ambiente físico, as disposições políticas, a cultura da população e a formação técnica, principalmente do médico e do enfermeiro, e em parte pelo aprisionamento do programa em normas e diretrizes, impedem a busca de novas formas de atenção para obter resultados expressivos em um curto espaço de tempo. Também se percebe a acomodação dos profissionais dentro daquilo que o mercado de trabalho espera bem como a tentativa de culpar o sistema para justificar aquilo que seria preconizado e que não está sendo alcançado.

Durante os encontros realizados até o presente momento procurou-se delinear o trabalho naquilo que fora estabelecido pelos objetivos. Mesmo havendo algum retrocesso em relação a metodologia proposta, acreditou-se que boa parte dos objetivos foram alcançados. Se com a discussão e reflexão das atividades diárias da equipe, norteadas por

um referencial teórico, poderão produzir efeitos que possam, ao longo do tempo, produzir mudanças de atitude contribuindo decisivamente para a reorientação do modelo assistencial, permanece como incógnita. Porém, julgou-se que as minhas intervenções possam ter oferecido a cada um dos componentes da equipe, subsídios e, que estes possam oferecer melhorias na qualidade da assistência prestada.

Na percepção do grupo, crêem que a nossa presença neste período estimulou a busca de novos caminhos e novos métodos de trabalho e que, com estes, sejam vislumbrados melhores resultados para o futuro.

A nosso ver, a proposta de trabalho foi adequada para a realidade existente. Quanto à metodologia aplicada, houve algumas deficiências relativas ao local e horário dos encontros. Aquilo que inicialmente parecia fácil, ou seja, realizar os encontros no local de trabalho e, nos dias das reuniões, foi pouco produtivo porque sempre havia necessidades advindas do trabalho do grupo. Por outro lado, realizar encontros em outro local e horário, seria bastante dispendioso e com perda de mais meio turno de trabalho porque principalmente os ACS não trabalham perto da Unidade Básica de Saúde. Adicionado à isto a produção de trabalho destes, fica restrita às visitas domiciliares que, se não forem realizadas a sua produção fica aquém do esperado.

As reuniões formais, para o desenvolvimento da prática assistencial, junto à equipe do PSF, estão sendo encerradas neste dia, haja vista que de agora em diante começará o período de férias também dos componentes da equipe e as reuniões serão suspensas até março do ano que vem.

### **6.7 – Palestra**

A convite do Sr. Secretário Municipal de Saúde do Município..., proferiu-se palestra relativa a cuidados primários em saúde e às possibilidades do Programa de Saúde da Família nesta área. Esta intervenção fez parte da Conferência Municipal de Saúde onde participaram, além do Secretário Municipal de Saúde, o Sr. Prefeito Municipal, vereadores, membros do Conselho Municipal de Saúde, equipe do PSF e o diretor da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre. O evento foi realizado no anfiteatro da Prefeitura Municipal e fizeram-se presentes aproximadamente cem pessoas.

Assuntos abordados:

- Origens formais da promoção da saúde;
- O que é promoção da saúde;
- Estruturas do Sistema único de Saúde;
- O Programa de saúde da Família, sua filosofia, normas, diretrizes e objetivos;
- As possibilidades do Programa de Saúde da Família relativas aos cuidados primários em saúde e a promoção de saúde.

Alguns questionamentos feitos pelos participantes:

- *Como é feito o financiamento do PSF?*

*Mestrando: O financiamento a este programa é feito de fundo a fundo (Ministério para o Município), sendo de responsabilidade do gestor municipal a aplicação destes recursos.*

- *Quem controla o serviço da equipe do PSF?*

*Mestrando: A equipe está subordinada a Secretaria Municipal de Saúde e em última instância o Conselho Municipal de Saúde pode atuar redefinindo políticas e estratégias a este grupo de profissionais.*

- *Quem paga estes profissionais?*

*Mestrando: A Prefeitura Municipal, através do seu pessoal.*

Não há previsão do quanto esta intervenção pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pela equipe do PSF. Porém, há satisfação e até certo ponto sentimo-nos recompensados por este convite. Preferimos acreditar que esta minha participação é o reflexo da permanência durante o período da prática assistencial e talvez seja o reconhecimento, por parte do município, da contribuição e empenho na tentativa de oferecer a possibilidade de uma discussão aberta com todos os segmentos da sociedade que possuam algum interesse para a melhoria da assistência à saúde prestado pelo mesmo.

## **7. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DA FILOSOFIA À PRÁTICA**

Eleito para reestruturar o sistema de saúde pública, o PSF está envolto por uma filosofia que lhe confere algumas peculiaridades distintas de todas as ações e serviços já implantados como programas governamentais. Por este motivo torna-se relevante uma análise da sua implantação e implementação para que possa ser alvo de críticas, e que o sistema possa retroalimentar-se possibilitando a correção de equívocos ocorridos ao longo de todo o processo de trabalho.

### **7.1 - Da estratégia de estruturação da equipe, implantação e implementação**

O referido programa está estruturado conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelas Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família, no que se refere à constituição da equipe. Está constituída por um médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Em relação à estratégia e implementação, as atividades são desenvolvidas em vários bairros pobres, elencados arbitrariamente pelos gestores municipais. Neste sentido não foram observadas, na íntegra, as Normas e Diretrizes que preconizam a discussão prévia com a comunidade. A participação popular ainda é incipiente e as atividades desenvolvidas são planejadas pela equipe que desenvolve as ações em saúde. Não se evidencia um bom sistema de referência e contra-referência e quando funciona é feito principalmente às custas do empenho pessoal dos elementos da equipe por não existir orientação única em relação ao sistema de saúde municipal. Concordando com os mentores do programa, crê-se que a discussão com a comunidade poderia melhorar as relações de trabalho da equipe de saúde e abrir um

caminho de diálogo para retroalimentar o sistema e com isso poder aproximar-se mais da realidade do indivíduo e da sua família.

No plano das atividades diárias relacionadas com a estratégia de implementação não se evidencia um apoio político e econômico contínuo e claro, para que a equipe possa fazer frente às atividades diárias de visitas domiciliares, encaminhamentos, bem como aquelas relacionadas ao espaço físico. Estes detalhes também contrariam o que é preconizado pelas normas e diretrizes do programa, que enfatiza a necessidade de “(...) *criar condições técnicas e políticas (...)*” (Brasil, 1997, p.27), para que a equipe possa, de fato, exercer seu papel na reestruturação do serviço de saúde. Existe uma dificuldade muito grande, mesmo com o esforço de toda a equipe, para reorganizar a prática assistencial por estarem sediados em uma Unidade Básica de Saúde onde concomitantemente desenvolvem-se atividades tradicionais juntamente com as do Programa de Saúde da Família. Não havendo uma melhoria no apoio político e econômico, uma real redefinição das atividades gerais em saúde desenvolvidas pelo município, o que ocorrerá é uma ação pobre, direcionada para pobres, similar a assistência que já vem sendo prestada pelas Unidades Básicas de Saúde.

A composição da equipe já foi descrita e satisfaz plenamente ao que é preconizado pelas Normas e Diretrizes do programa. As suas atividades diárias também contemplam boa parte das recomendações condizentes ao seu funcionamento.

Evidencia-se um ponto importante em relação ao seu funcionamento que é relacionado com a equipe de saúde. As reuniões semanais para a discussão dos problemas e determinação de novos rumos são bastante proveitosas e democráticas, sendo de pedagogia horizontal, onde todos têm voz e vez. Porém, ainda permanece a hegemonia do médico e do seu saber, percebido através do processo decisório e talvez por isso, parecem “perder-se” no processo receita-medicação.

Ainda que exista orientação, através das normas e diretrizes do programa, a área de implantação desta nova modalidade de trabalho foi feita através da escolha arbitrária pelos gestores de saúde, sem uma prévia discussão com a comunidade. Segundo Berlinguer (1987) “*A participação popular foi exigência básica na reforma sanitária italiana. A*

*população dos Municípios debate crítica participa da gestão dos serviços*". Talvez por não haver esta forma participativa é que os moradores adstritos destas áreas, muitas vezes não sabem quais são as ações executadas pela equipe de saúde. Não podemos exigir da população aquilo que ela jamais teve permissão e nem foi estimulada a exercer, que é relativa a tomar parte do processo decisório, porque historicamente este direito lhe foi negado.

A recomendação para a implantação seria: "(1) *Discutir previamente com a comunidade a possibilidade de implantação, atribuições da equipe, deveres e direitos da comunidade relativa a estas atividades;* (2) *As equipes de saúde devem, de fato, trabalharem junto à comunidade;* (3) *Todo o sistema de saúde municipal deve seguir a mesma filosofia de trabalho*" (Brasil, 1997, p.27). Para que o sistema funcione, deve existir, um mínimo de entrosamento e cooperação entre eles.

## **7.2 - Da prática assistencial**

As ações são definidas pela equipe do Programa de Saúde da Família, de forma vertical, expostas claramente no transcurso das reuniões, "*população e critérios para o atendimento médico*", estando estas em consonância com as normas e diretrizes Ministeriais, tanto quanto possível.

As atividades diárias são uma mescla das ações curativas, preventivas e de promoção da saúde. Parece-nos de suma importância discorrer sobre esta prática, cujos resultados ainda não são os desejados. A atividade do médico é via de regra, restrita ao atendimento da doença e da sintomatologia. Mesmo as visitas domiciliares deste profissional, estão direcionadas ao diagnóstico e ao tratamento, similar ao que já vinha sendo feito em todas as Unidades Básicas de Saúde, somente acrescidas do deslocamento do profissional até a residência do necessitado. Outra diferença importante, no recente programa implantado, é que o profissional permanece aproximadamente oito horas diárias em função das atividades deste programa. Segundo o Ministério da Saúde o trabalho deste profissional deve estar direcionado para:

*"- Atuar no cadastramento:*

*- Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade;*



- Valorizar a relação médico-paciente como parte de um processo terapêutico e de confiança;
- Oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspectos preventivos e de educação sanitária;
- Empenhar-se em manter seus clientes saudáveis, quer venham às consultas ou não;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em área de sua abrangência;
- Executar as ações de assistência nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, realizando também atendimento de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, entre outros;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;
- Discutir de forma permanente – junto à equipe de trabalho e comunidade – o conceito de cidadania, enfatizando os direitos legais que os legitimam;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família” (Brasil, 1997, p.15).

O trabalho do Enfermeiro fica diluído entre as práticas de visitas domiciliares, organização de atividades da equipe, atendimento na Unidade Básica de Saúde, organização de grupos e algumas reuniões comunitárias. A crítica neste sentido é a de que havendo excesso de diluição de atividades, perde-se o real objetivo do trabalho do enfermeiro podendo passar despercebido, como se ele inexistisse. Este trabalho de “meio de campo” apesar de necessário, geralmente não marca “gols” e nem defende. Deve-se ter clareza destas atividades e nem se perder em meio às excessivas exigências do sistema. Segundo o Manual do PSF, este profissional deve direcionar suas atividades para:

- “ - Executar o cadastramento de famílias;
- Executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- Desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- Oportunizar os contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável;

- *Discutir de forma permanente, junto a equipe de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;*
- *Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família” (Brasil, 1997, p.16).*

O profissional técnico em enfermagem executa, basicamente, aquilo que lhe é facultado pela lei do exercício profissional. É elemento importante, pois a partir dele são executados vários procedimentos necessários no dia-a-dia, como o controle de pressão arterial, curativos, aplicações de medicamentos, dentro da Unidade Básica de Saúde. Segundo o Manual do PSF, constituem-se como atribuições:

- “ - *Desenvolver com os ACS, atividades de identificação das famílias de risco;*
- *Contribuir, quando solicitado, com o trabalho dos ACS no que se refere às visitas domiciliares;*
- *Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando garantir uma melhor monitoria de suas condições e saúde;*
- *Executar, segundo a qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle da tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas;*
- *Participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde” (Brasil, 1997, p. 17).*

Aos Agentes Comunitários de Saúde cabe uma tarefa primordial que é a de percorrer as áreas adstritas ao seu trabalho, procurando levar informações, tentar solucionar problemas, sendo o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da qual fazem parte. De todos os elementos da equipe o Agente Comunitário de Saúde é o mais “puro”, aquele que ainda não foi fortemente afetado pelo sistema e pela academia. Estes estão posicionados entre as necessidades e as exigências sociais, as imposições da hegemonia - do saber do médico e do enfermeiro - e as necessidades do cumprimento daquilo que é necessário no aspecto administrativo. O Ministério da Saúde, através do Manual do PSF, preconiza aos profissionais, o desenvolvimento de ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades, sendo suas atribuições básicas:

- “ - Realizar mapeamento de sua área de atuação;*
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;*
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;*
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;*
- Desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;*
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;*
- Incentivar a formação dos conselhos locais de saúde;*
- Orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;*
- Informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;*
- Participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas a superação dos problemas identificados” (Brasil, 1997, p.17).*

Como podemos ver, os profissionais que compõem a equipe do PSF possuem um leque enorme de atribuições e possibilidades e que dificilmente alguma atividade diária fique excluída deste elenco. O problema, provavelmente, não está nas possibilidades, e sim na falta de preparo para a execução de trabalhos comunitários, e na tradição acumulada de atendimento à demanda, na centralização do trabalho no médico, na espera por parte do usuário, para obter uma receita e no velho problema de saúde que é o assistencialismo.

### **7.3 - Da cobertura**

Ainda que o programa tenha a pretensão de reorientar o modelo assistencial, encontram sérias dificuldades porque não existe uma orientação única nas políticas de saúde desenvolvidas no Município.

Em relação à área territorial coberta pelo programa pode-se dizer que é significativa por atender aproximadamente um quarto da população do Município (aproximadamente 4.000 pessoas). Porém esta é uma cobertura “simbólica” porque o programa não atende nas vinte e quatro horas do dia, nem nos finais de semana ou feriados tendo presente que

muitos casos não podem ser atendidos pela equipe, por falta de estrutura. Outros procuram diretamente, profissionais e instituições para tentar ou solucionar seus problemas. A adstrição da clientela é similar à recomendada pelas Normas e Diretrizes do PSF que é de *“600 a 1000 famílias com um limite máximo de 4500 pessoas”* (Brasil, 1997, p. 12).

Para que haja uma boa cobertura, todo o sistema de saúde do Município deveria estar organizado para o trabalho dentro desta filosofia, como é o caso de Cuba, onde o *“(...) programa é de abrangência nacional e com cobertura para toda a população”* (Cuba, 1975, p. 6). Ao que parece o Programa de Saúde da Família trabalha de forma isolada dos demais serviços de saúde existentes no Município. O serviço de referência e contra-referência só funciona às custas da influência pessoal dos elementos da equipe e não por existir orientações interinstitucionais que possam premiar tal conduta.

Um aspecto importante vivenciado na prática assistencial é a segmentação (dificultar) o acesso da população ao serviço de saúde, materializado através da confecção de *“carteirinha”* ou *“e os demais deverão ficar na fila para tirar ficha”*. A prática assistencial permanece presa principalmente ao modelo saúde/doença, sendo razoavelmente conhecida a técnica de intervenção na doença e muito pouco na promoção da saúde.

#### **7.4 - Do poder de resolução**

Com as discussões registradas nos capítulos anteriores, evidencia-se a necessidade, e as normas e diretrizes do programa recomendam que o PSF atue como a porta de entrada do Sistema de Saúde e que toda a organização dos serviços e as políticas de saúde do Município devem atuarem com o mesmo propósito. Quando nos referimos ao aumento do poder de resolução, referimo-nos, especificamente a possibilidade que a equipe tem de ampliar o seu espaço social, onde possam encaminhar pacientes para níveis mais complexos de tratamento, recebê-los de volta com as orientações para a seqüência do mesmo, ter apoio político e financeiro do gestor municipal para que a população adstrita à área de atuação da equipe disponha de drogas para o tratamento de doenças. Não nos parece que seria possível, neste momento, para o gestor municipal, oferecer condições

ideais que vislumbrem a melhoria dos conhecimentos técnicos relativos aos processos saúde/doença e tratamento.

Outra possibilidade para esta melhoria deveria surgir também do gestor municipal possibilitando a implantação desta forma de atenção à saúde a toda a população do município. A partir de tal medida, todas as ações de saúde seguiriam o mesmo padrão e seriam evitadas possíveis exclusões e poderiam proporcionar mais um passo em direção à equidade.

A solução de problemas ainda está restrita ao saber individual do profissional e do seu poder de influência social. Isto, com certeza, não é o que o Programa de Saúde da Família preconiza. Esta forma de trabalho na saúde pública já vem sendo empregada há muito tempo com maus resultados. A reorientação dos serviços de saúde proposta por este programa “(...) *deve abranger todas as instituições públicas ou comunitárias para que juntas possam fazer frente a problemática dos serviços de saúde*” (Brasil, 1997, p.12).

#### **7.5 - Dos papéis desempenhados pela equipe multiprofissional**

Até onde podemos observar, os componentes da equipe têm clareza do seu papel no aspecto técnico. Porém, cremos que ainda não há clareza suficiente no que se refere à função social de cada um. Isto é devido, provavelmente, ao fato de inexistir diálogo com a comunidade. Esta afirmativa é reforçada pelas falas da equipe: *quando vou fazer uma visita domiciliar vem gente de todo o lugar querendo consulta; tinha várias pessoas na porta da minha casa no domingo de manhã, para que eu as atendesse; a população deve saber quais são as atividades do Programa de Saúde da Família*. Acho que esta equipe ainda não pode ser considerada apta para desenvolver trabalhos comunitários porque usa, via de regra, o modelo de saúde tradicional e técnicas pedagógicas diretivas. Também, ainda não há muitas reflexões sobre as práticas em saúde adotadas e seus resultados. A prática constitui-se, então, como arbitrária.

Em seguida faremos uma análise crítica de alguns conceitos do referencial teórico e do Sistema Único de Saúde que foram mais marcantes durante estas atividades e que

também foram discutidos com os componentes da equipe de trabalho. Para este fim foram utilizados recortes das falas propiciadoras de fidelidade ao nosso objetivo.

## 8. IDENTIFICANDO OS CONCEITOS DO REFERENCIAL A PARTIR DA PRÁTICA

### **Eqüidade**

Um ponto importante pertinente a eqüidade e à participação social nas decisões relativas às ações de saúde implementadas pela equipe do PSF surge na fala do médico: *Quando chego ao local da visita domiciliar reúnem-se várias pessoas da casa e arredores para consultar, nem todas têm realmente necessidades.* Esta fala refere-se ao acúmulo de pessoas no local onde o médico faz a visita domiciliar. Porém, no dizer de Berlinguer apud Bobbio (1995, p. 24), *“As necessidades transformam-se em direitos quando se cria historicamente a possibilidade de satisfazê-las”*. Como até o momento toda a população foi condicionada ao assistencialismo e a não possibilidade de reivindicação, a lógica do pensamento é manter-se na mesma direção até que possamos mostrar outra forma de atuação ou outras possibilidades.

Este distúrbio é provavelmente consecutivo à falta de diálogo e entendimento entre a comunidade e a equipe que supostamente está lhe prestando assistência à saúde domiciliar. Havendo discussão com a comunidade haverá entendimento entre o discurso e a ação da equipe com a comunidade e todas saberão exatamente como deverão “portar-se” durante a consulta médica e também saberão o porquê alguns são visitados e outros não.

Não é este o único distúrbio relativo à eqüidade. O que pode ser percebido na prática diária de quase todos os serviços públicos de saúde, relativos à eqüidade, não se restringe às diferenças de acesso aos serviços, mas também na desigualdade dos resultados obtidos. Existe uma grande injustiça inicialmente relativa à distribuição dos recursos,

posteriormente um afinilamento do acesso à assistência e, finalmente, e que parece mais grave, uma diferença significativa dos resultados. No Brasil, um País pobre, poder-se-ia pensar em igualdade não como conceito de dar mais a quem mais precisa e menos a quem tem mais, “*Poder-se-ia distribuir melhor os recursos, de modo mais amplo (...)*” (Almeida, 1995, p.65). Desta forma, um maior número de pessoas seriam beneficiadas com as ações em saúde disponíveis em cada localidade.

A proposta do PSF coloca a equipe multidisciplinar frente a frente com a população. Possivelmente seja este mais um passo para a equidade. Além disso, se bem aplicado, cria uma relação de convivência solidária e empática, a equipe de saúde oferece seu conhecimento e sua habilidade em lidar com a promoção, prevenção e recuperação da saúde e a sociedade tem aquilo que precisa e com o passar do tempo pode usar com mais coerência e racionalidade o recurso da equipe e do sistema de saúde, não explorando e não indo além dos limites da ética, não solicitando um “atestado falso” para justificar sua ausência ao trabalho por motivos sociais, por exemplo. Neste caso cria um constrangimento ao profissional médico, porque não houve uma relação de respeito. Toda a relação de igualdade é uma relação de mão dupla, na qual ambos, cliente e equipe, estabelecem uma reciprocidade, indispensável para a solução de determinado problema, mas também podem, em conjunto estabelecer estratégias para melhor solucionar os agravos à saúde.

### **Universalidade**

Para um modelo universalizado de atenção à saúde e que preza o acesso igualitário aos serviços públicos, elaborar uma carteirinha significaria um retrocesso no modelo de assistência, algo que já foi abolido com o advento do Sistema Único de Saúde. Colocando esta idéia na prática estaríamos segmentando o acesso que passaria, seguindo práticas consagradas de diferenciação da assistência para alguns segmentos sociais. O retrocesso do sistema aparece com a fala do enfermeiro quando sugere a adoção de uma *carteirinha* para supostamente disciplinar o atendimento à população. A universalidade é uma conquista expressa em lei e estimulada Pelas Normas e Diretrizes do PSF como uma atribuição de trabalho. Portanto, até onde nossa percepção se estende, seria um retrocesso injustificável partirmos para um processo de discriminação para o atendimento, semelhante a outras



formas que pertenceram ao passado, ainda que exista uma justificativa, que a primeira vista, seria para disciplinar o sistema de atendimento.

O programa, por si só, já é discriminativo “(...) *clientela adstrita* (...)” (Brasil, 1997, p. 11), enquanto não for disponível a toda a população. Na medida em que criarmos um novo instrumento estabelecendo normas para o acesso estaremos automaticamente criando dificuldades, empecilhos à população. Se esta nova modalidade de atendimento realmente for boa, encarada como uma alternativa viável, deve-se criar mecanismos para que possa ser oferecida a toda a comunidade e não somente a uma área “privilegiada”.

O sistema de obtenção de senha (ficha) para o atendimento à saúde mostra a perpetuação do modelo tradicionalmente empregado pelo Sistema Público como “ferramenta eficiente de trabalho”, que caracteriza bem o processo de inclusão/exclusão, manutenção do status social principalmente da classe médica, onde o acesso é dificultado sob vários aspectos que poderá ser pela impossibilidade do cliente em permanecer numa fila pela sua limitação física, pelo tempo de permanência necessário para o atendimento, pelo número de “fichas” distribuídas para cada profissional, pela falta de profissional especializado em determinadas áreas do conhecimento e, em alguns aspectos, a falta de equipamento ou o sucateamento dos mesmos.

*As pessoas me atacam na rua e querem que eu arrume os remédios que eles precisam.* Esta frase dita por um ACS faz parte da cultura de grande parte da nossa população. Isto é o resultado da soma de muitas décadas de ações de saúde onde o profissional era pago para tratar doenças, produzir diagnósticos de doenças e prestar atendimento caracterizado como “assistencialismo”. Também é o que colhemos quando o governo declara que existe universalidade no setor saúde e não investe o suficiente na expansão dos serviços e na qualificação profissional, para bancar os serviços que são de alto custo e de pouca resolubilidade. E também esta é a resposta que a população oferece ao governante que a subornou nas urnas prometendo-lhes o que não pode ser cumprido.

Alguns segmentos da população sabem que para conseguir atendimento devem pagar ou ter um bom plano de saúde. Outros, desprovidos de condições para fazer frente aos gastos em saúde, procuram extorquir dos trabalhadores em saúde aquilo que eles

consideram de necessidade imediata. Estão longe de imaginar que algum tipo de organização comunitária possa proporcionar a solução de parte dos seus problemas. O PSF preconiza a “(...) *participação popular na organização e execução dos serviços de saúde* (...)” (Brasil, 1997, p.23). O controle social já vem sendo apregoado como ferramenta básica para a melhoria das condições de saúde da população e para que as ações destes profissionais venham ao encontro das reais necessidades da população, bem antes das leis orgânicas relativas a saúde brasileira. Estas orientações são advindas dos principais movimentos internacionais relativos à saúde e publicados no Brasil, através do Ministério da Saúde, num documento denominado “*Promoção da Saúde*” (Brasil 1, 1996).

Por outro lado, o sistema público já, de longa data vem se mostrando insuficiente no atendimento dos problemas de saúde da população. Ora, se a história mostra que o sistema não é digno de confiança, como é que agora, em curto espaço de tempo nós queremos que a população passe a acreditar em nossa proposta? Só porque hoje somos nós os que estão pregando esta idéia? Antes de nós, vários “homens de bem” prometeram coisas ainda melhores e até sem grandes esforços, porém pouco foi cumprido. Hoje, somos nós os homens de bem, com excelentes idéias, novas estratégias, ainda que, munidos apenas de discurso convincente e prática ineficiente.

A filosofia proposta para a atenção a famílias e/ou comunidade só faz sentido dentro de um “(...) *contexto assistencial amplo* (...)” (Brasil, 1997). Uma equipe de saúde bem treinada e que de fato tenha “vontade técnica”, pode atuar na melhoria da qualidade de saúde, mas também implementar a universalidade com equidade sem necessidade de recomendar exclusões assistenciais como processo de enfrentamento de uma tendência de custos crescentes. A equipe pode dar uma resposta através da alteração da dinâmica assistencial a um problema básico, sem um aumento substancial de gastos.

Para podermos proporcionar atendimento à saúde e, para que o cidadão possa ter acesso a este serviço com universalidade, equidade e integralidade é indispensável à mudança no método de abordagem. Quase toda a nossa história da “saúde” foi alicerçada através do “(...) *método clínico* (...)” (Almeida, 1995), muito conhecido por fracionar em partes ou em aparelhos e sistemas o ser humano. Este método mostrou-se eficiente e seguramente não deverá ser excluído de nenhum modelo assistencial, intra nosocomial. O

uso indiscriminado desta metodologia proporcionou “(...) *la mercantilización de los servicios de salud*” (Laurell, 1995, p. 33). Porém, se pretendemos atuar fora dos muros das instituições de saúde, devemos sair de trás do birô, esquecer um pouco o bisturi, despojarmo-nos da paramentação, manter o ser humano com as suas indumentárias, falar uma linguagem compreensível, conhecer a realidade da comunidade onde vivemos, da sua família, do seu ambiente de trabalho, das relações intrafamiliares, dos gostos e desgostos, o que congrega e o que dissipa e as forças que atuam e interferem em cada sociedade. Para que isso aconteça, é preciso mobilizar esforços para que se torne efetivo e acessível a todos. É preciso gerar um mercado de trabalho efetivo nesta direção, que forçará a modificação do sistema e que este poderá influenciar os currículos das escolas de formação.

Com certeza não será um detalhe ou um procedimento administrativo que modificará de forma definitiva o modelo assistencial brasileiro. Deve-se, gradativamente modificar a forma de pensar e agir dos profissionais de saúde existentes “(...) *educación continuada (...)*” (Brasil, 1997), e imediatamente atuar nos currículos universitários, para que tenhamos em espaço de tempo, relativamente curto, outra mentalidade e outra conduta, seguramente mais abrangente, mais eficaz e também mais humana.

### **Integralidade**

A integralidade é um dos conceitos usados pelo sistema público de saúde bem como pelo PSF para acabar com a “(...) *dicotomia entre o que é preventivo e o curativo (...)*” (Brasil, 1988). Mas não é exatamente este o conceito evidenciado em um recorte de uma das falas, durante uma reunião: *População e critérios para visita domiciliar: impossibilitados, famílias que tem muitos membros e principalmente crianças, seqüelados de AVC, insuficiência respiratória crônica, cardiopatas ou que possuam impossibilidade para deslocar-se ao posto por qualquer natureza*. Logicamente, em qualquer serviço, deve haver uma certa organização, mas fica claro nestas passagens, a segmentação da população como critério de inclusão e exclusão do sistema de atendimento, bem como a manutenção da dicotomia preventivo-curativo. Em um sistema teoricamente universalizado e que preconiza a integralidade, a conduta é desaconselhável. Evidentemente que há uma demanda reprimida e que deverá ser sanada. Porém, a equipe do PSF deverá encontrar

meios juntamente com a comunidade para que isso tenha um fim, “(...) *participação comunitária (...)*” (Brasil 3, 1990). Em se mantendo este ritmo toda a equipe perpetuará o modelo tradicional de atenção à saúde, que é de baixa eficácia, impregnado de discrepâncias e que é insatisfatório tanto aos usuários, aos técnicos bem como aos governantes. Com esta atitude também estão perdendo um espaço que segundo o programa deveria ser usado para estimular a “(...) *organização popular (...)*” (Brasil, 1997).

### **Políticas de Saúde**

Mesmo que as políticas de saúde não façam parte do nosso referencial teórico, a sua relevância na questão da organização dos serviços e no direcionamento de recursos, são necessários alguns comentários, sendo que estes estão relacionados às atividades diárias da equipe de saúde. Em relação à resposta do médico: *as pessoas devem conhecer como o sistema funciona*, parece-nos que deveria ser feita uma pergunta bastante oportuna neste momento. Quem deveria informar a população em relação à forma de atendimento, objetivos e estratégias do programa? A resposta a esta pergunta é bastante simples. Cabe a equipe do PSF através de reuniões e discussões, até que se chegue a um consenso, entre as necessidades reais da comunidade e as possibilidades em oferecer assistência pela equipe de saúde. Não é possível conceber este programa sem que haja “(...) *vínculo com a comunidade*” (Brasil, 1997). Esta vinculação só é criada à medida que a comunidade souber exatamente do que ela necessita, a equipe de saúde souber o que pode e deve oferecer e o quanto pode oferecer. Também os laços podem ser criados à medida que a equipe e a comunidade perceberem-se como interdependentes. Enquanto o cliente é visto como um “estorvo”, como mais um que está na fila aguardando o atendimento, como aquele que é um “chato” e que por isso precisa ser atendido rápido para que não cause tumulto, enquanto a percepção for de alívio quando o médico atende *rapidinho*, esvazia a sala levando a alimentar o ócio: este é o modelo vigente, caótico, criticado por todos e já conhecido como produtor e perpetuador de péssimos resultados. Portanto, a tomada da iniciativa em relação ao esclarecimento de quais ações serão desenvolvidas é da equipe do PSF. A população continuará fazendo o seu papel, buscando as maneiras mais fáceis ou as maneiras possíveis e conhecidas de acesso ao sistema de saúde.

Um dos entraves encontrados junto aos técnicos, que forçam a manutenção do modelo clínico e a inobservância do contexto geral que os rodeia e que neste está incluída a política de saúde, diz respeito a sua formação extremamente tecnicista, voltada quase que exclusivamente para o biológico, criteriosamente observando o que é normal e o patológico, ao nível da doença individual. Quando passamos a trabalhar com comunidades, grupos de pessoas, bairros, Municípios, outros componentes do saber entram em cena, fazendo parte deste elenco a “(...) *educação em saúde, o social, o político, a ecologia(...)*”, para desta forma entendermos melhor o processo saúde-doença e com isso proporcionar uma vida mais saudável (Almeida, 1997).

Para mudar é preciso empenho em modificar atitudes não só da população, mas principalmente dos técnicos, para que com o passar do tempo esta nova modalidade de atenção seja reconhecida. A consecução dos objetivos reside mostrar à população um bom grau de resolutividade onde as ações não são direcionadas aos mais necessitados economicamente. O pronunciamento do Sr. José Serra, Ministro da Saúde, proferida no I Seminário Internacional de Experiências em Saúde da Família, “(...) *alertava que este programa não deve ser visto como atividade tipicamente rural ou voltada exclusivamente para a pobreza*” (Serra, 1999, p. 16). Talvez seja este o maior desafio a ser enfrentado, dentre àqueles que o programa, possivelmente, venha a se deparar, para que passe a ter credibilidade.

Pode-se também perceber que há poucas intervenções do profissional médico na reunião e também que as suas decisões dificilmente são contestadas. Este comportamento é típico da centralização do trabalho no profissional médico. Deve-se tomar cuidado com este tipo de estrutura hierárquica porque haverá um aprisionamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas, aprisionando um processo de trabalho e enrijecendo as estruturas onde se privilegia técnica. Deve-se trabalhar mais sob a ótica do “cuidado” que além da interação possibilita a abertura e que cada um use seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

O PSF surge no Brasil como uma “(...) *nova estratégia que tenta aproximar a população dos serviços de saúde*” (Brasil, 1997, p. 8), oferecendo a possibilidade de uma reorganização nas políticas de saúde, contemplando uma permeabilidade dos serviços e

oportunizando a possibilidade de um controle social. Também já se poderia discutir uma mudança no perfil de formação acadêmica dos futuros profissionais de saúde através de uma reorganização curricular. Talvez seja este o caminho para chegarmos a uma nova visão da vigilância à saúde, que está contemplada na base de implantação do SUS.

Dentro deste contexto político a estratégia inicial seria a de criar vínculos com a comunidade e destes com o sistema de saúde. Portanto, o PSF funcionaria como “(...) *porta de entrada do sistema (...)*” (Brasil, 1997, p. 11). Paralelo a isto é preciso oferecer prioridade nos aspectos de promoção e proteção da saúde, especialmente visando a construção de um modelo de vigilância à saúde, atuando na vigilância sanitária e reduzindo os riscos sob o ponto de vista do controle das doenças. Existindo, ainda, uma rede de serviços institucionalizada e atuante, a equipe do PSF não deverá estabelecer concorrência com este serviço. A atenção domiciliar deve direcionar seu foco de atenção para pacientes com muitas “(...) *dificuldades de locomoção (...)*” (Brasil, 1997). Neste caso é importante poder assegurar a continuidade do tratamento. Existem atividades que são mais propícias para serem executadas dentro de uma unidade de saúde, como o pré-natal. Porém, todas as ações devem ser voltadas para manter o vínculo social do serviço de saúde com a comunidade.

Em relação às visitas domiciliares do médico e do enfermeiro, que também são um importante elo para o vínculo social, não significa a obrigatoriedade na regularidade desta prática. Isto talvez seja a utopia do programa. Estas “(...) *visitas rotineiras são de competência dos ACS, que devem identificar situações em que há necessidade da intervenção de um profissional com maior amplitude de conhecimento e que eticamente possa aplicá-los*” (Brasil, 1997, p. 17).

Com as discussões que vem sendo levantadas pré e pós-implantação do PSF, percebe-se claramente que um dos grandes entraves é a formação profissional que irá, de fato, implementar as ações em saúde. Neste caso, retornamos novamente ao ponto crucial que é o questionamento da política educacional tanto no aspecto da graduação, quanto da educação continuada. Se existe dificuldade com as instituições de ensino que não têm responsabilidade com a saúde quando formam profissionais, cabe ao Ministério da Saúde

tomar algumas iniciativas para redirecionar as políticas educacionais, articulando-as com o MEC.

A título de sugestão, todo o acadêmico que utiliza o crédito educativo poderia saldar este empréstimo com o seu trabalho profissional após a conclusão do curso em horas de trabalho dentro do serviço público. A política de redirecionar os currículos de graduação é bem vinda. Porém, será bastante difícil convencer um futuro profissional, principalmente médico, para que abandone a idéia de ser especialista e poder com isso conquistar um excelente espaço de trabalho como autônomo, em centro urbano, para ser generalista, assalariado, atuar em uma comunidade de preferência pobre, e ser sujeito a ações das políticas partidárias. Segundo Laurell (1995, p. 33) “(...) *la posibilidad de los médicos de manter su lugar privilegiado y con ello la de expropiar para si una parte importante de los fondos de salud, depende más de organización gremial que de su control sobre el acto médico*”. Se o sistema político é globalizado, numa clara tendência neoliberal, a mudança não pode ocorrer somente na escola, mas também no sistema, que possa oferecer atrativos para a profissão e remuneração atraente aos futuros profissionais.

A desumanização no serviço público de saúde é gritante e, atribuída às políticas de saúde, empregadas pelos gestores das três esferas de governo, e em parte aos técnicos que implementam as atividades neste setor. É só observarmos as longas e intermináveis filas de espera para uma “consulta” médica. Filas que se iniciam na madrugada e às vezes no dia anterior sendo que muitos destes quando chegam ao balcão, após horas de espera recebem como resposta da recepcionista “que as fichas” acabaram e que neste caso o paciente deve retornar outro dia. Também é desumano retirar a cadeira do paciente em frente ao birô do médico para que o cliente fique em pé e assim possa sair mais rápido do consultório. Nos hospitais públicos acumulam-se pacientes nos corredores e nas macas à espera de atendimento ou de um leito.

Estas são imagens que, com certeza, levaremos muito tempo para desfazer até porque ainda não conseguimos sequer mostrar outra. O PSF tem esta proposta. Porém, da proposta a ação, da idéia do programa a sua real implementação, muitos obstáculos deverão ser vencidos, muitos anos terão transcorrido. Humanizar-se é do que necessitam os programas de saúde, com certeza isso não será conseguido em pouco espaço de tempo. Para

humanizar é preciso fazer uma cirurgia radical e asséptica. Provocar mudanças de atitude não é tarefa fácil. São necessários: tempo, paciência, insistência e muita sensibilidade.

### **Promoção da saúde**

Assim como a família já foi erroneamente conceituada como sendo somente receptora de influências e informações externas, a promoção da saúde também parece ser somente a prevenção da doença. Na verdade, a promoção da saúde pode ser aplicada em todos os níveis de atenção. A saúde pode ser promovida quando no processo social houver uma divisão igualitária e porque não dizer decente, dos recursos existentes, tais como a “(...) posse das terras, acesso ao trabalho, educação, recreação, respeito ao meio ambiente e ao próprio ser humano quando nos referimos ao setor saúde” (Brasil, 1986).

Se nós, técnicos em saúde, pudéssemos parar e observar o que foi priorizado até o presente momento, na área da saúde, perceberíamos que muitos dos esforços dizem respeito à organização dos cuidados médicos, quando “(...) percebe-se que as razões da morbi-mortalidade são pertinentes a biologia humana, ao meio ambiente e ao estilo de vida” (Almeida, 1996, p. 56). Usando estas constatações como fio condutor e, ao refletirmos sobre o que já foi feito na área da saúde, percebe-se que, quase todo o nosso trabalho, os recursos financeiros dispendidos, e a organização das escolas de formação, foram gastos na tentativa de tratar as doenças existentes e não para preveni-las ou para potencializar os recursos humanos e sociais para que o ser humano possa desenvolver todo o seu potencial de saúde e, por conseguinte, de vida.

Pelo conhecimento atual a promoção da saúde passa pela mudança de “modus vivendi” e de comportamento, as ações de promoção à saúde devem sempre considerar a família, pois é nela onde as pessoas estão inseridas, sendo este o “(...) espaço para a formação do caráter e comportamento” (Gomes, 1987, p. 23), consecutivamente onde adquirimos os bons e os maus hábitos.

Para este fim, a participação social nas decisões e no estabelecimento de objetivos é de fundamental importância. A participação popular torna possível certas ações que coloca os técnicos “detentores do saber”, a um nível de trabalho com e sobre a população, sendo que, desta forma, estabelecem uma dinâmica de trocas de conhecimentos, uma



uniformidade relativa de pensamento e ação, um meio termo entre o que os técnicos querem e os anseios sociais. Neste campo, pode-se trocar saberes, discutir opiniões relativas às políticas de saúde, propor procedimentos técnicos e com isso poder dar um maior proveito aos recursos humanos e financeiros existentes em cada localidade.

O envolvimento comunitário propicia também, entre outros aspectos, o “(...) desenvolvimento de habilidades pessoais, extremamente necessárias não só para a atenção à saúde mas também para o gozo pleno da cidadania” (Almeida, 1995, p. 67). Seria uma utopia crer que, com a participação comunitária, estaríamos eliminando todos os fatores básicos e conhecidos que desequilibram no sentido negativo o processo saúde/doença, como o hábito de fumar, ingerir álcool, usar outras drogas. O trabalho da equipe multidisciplinar pode “(...) orientar os indivíduos juntamente com as suas famílias para uma conduta mais saudável, melhorando a autoestima, reduzir a alienação, melhorar os conhecimentos para permitir ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de escolher livre e conscientemente como portar-se no meio social onde vive” (Almeida, 1995, p. 86). De posse destas informações, compreendendo os principais processos causadores de doenças e de distúrbios sociais, o indivíduo tem discernimento suficiente para pedir ajuda e ter a capacidade em definir a saúde ou a doença no seio da família.

Até a formulação dos principais documentos internacionais relativos à saúde, como a Carta de Ottawa e mesmo após esta, quando ouviu-se a referência de que o meio ambiente também é um determinante para a promoção da saúde, a concepção é somente relativa ao ambiente físico, ou seja, saneamento básico (água potável, esgoto, etc.). O aumento populacional, gerou um “inchaço” das cidades e todas as suas conseqüências já evidenciadas. Quando nos referimos à promoção da saúde, o conceito de ambiente deve ser ampliado, visto que, as organizações sociais, a política, a economia, o ambiente de trabalho, os poluentes causados pelas transformações industriais e a cultura de cada localidade também são determinantes para a melhoria das condições dos potenciais orgânicos que determinam padrões de salubridade social.

Os serviços de saúde existentes têm e ainda oferecerão um importante papel na intervenção no processo saúde/doença, oferecendo cuidados no diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. Se até o presente momento os técnicos mostraram-se eficientes

nestes aspectos, outros desafios estão sendo impostos, com novas possibilidades para estimular as comunidades em todos os setores sociais em defesa da promoção da saúde como condição para que todos tenham acesso aos serviços existentes e com as mesmas condições de resultados. Neste sentido, parece-nos que, como técnicos, permanecemos extremamente condicionados aos conhecimentos adquiridos. Pouco do que foi aprendido de fato foi socializado. Se isso não fosse uma verdade, não estaríamos, neste instante, “queimando fosfato” para tentarmos eleger caminhos que sejam desejáveis aos técnicos e aos usuários dos serviços de saúde. Se aceitarmos a idéia de que os indivíduos nascem, de um modo geral em uma família, e à medida que crescem são socializados de acordo com a cultura de cada sociedade onde vivem, tornam-se adultos, reproduzem-se, envelhecem e morrem, sendo que neste transcurso são sujeitos a mudanças de várias fontes, então devemos ser inteligentes o suficiente para compreendermos estes processos, inserindo-nos no meio social e nele provocar as mudanças “desejáveis”, sob uma ótica construída compartilhadamente.

A promoção da saúde pode ser justificada sob vários pontos, onde podemos incluir: “A progressiva responsabilidade dos Estados para com a saúde, vista como um direito constitucional da sua população; a inexistência de recursos financeiros de cunho público que possa fazer frente aos custos crescentes da assistência médico-hospitalar a toda a população; o envelhecimento progressivo da população, tornando-se dependente do sistema de saúde pelo desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas; o ‘fracasso’ do sistema sanitário (revolução sanitária/ movimento sanitário) em poder de fato ‘modificar’ certas realidades no setor saúde, visto que ficou” “(...) *preso ao modelo clínico, epidemiológico e a administração de recursos*” (Almeida, 1995, p. 48). Todas estas instâncias e investimentos foram insuficientes, em determinados povos, para promover a saúde, mesmo com a destinação orçamentária (para a saúde) “adequada”. Já há algum tempo, governos de vários países tem direcionado esforços no sentido de reverter o modelo, impondo novas responsabilidades aos técnicos e também à comunidade.

A promoção da saúde pode, em alguns aspectos, não oferecer um resultado tão imediato como os encontrados no modelo clínico e individual. Porém, seguramente os resultados serão mais duradouros e com custos reduzidos.

Sem dúvida a promoção da saúde é uma atividade pertinente à atenção básica e que é função também da equipe do PSF nas suas atividades diárias: *A escola está jogando para nós o cuidado com a saúde bucal*. Esta frase dita por um ACS pode ter vários significados. E também fica claro que isto só ocorre porque a comunidade não tem consciência do quanto é vital este tipo de cuidado. Por outro lado, as famílias deveriam ser capacitadas para esta atividade e para a equipe de saúde o trabalho deveria ser feito mais como uma “monitoração”, para não oferecer um cunho de “policiatório”.

Vista sob o aspecto técnico, a promoção da saúde é o “procedimento” mais complexo que um técnico tem que executar, e via de regra, esta tarefa é atribuída a quem tem “menos” qualificação que é o ACS. Aqui o “doente” não está doente. Ele não apresenta aqueles sintomas clássicos das doenças. Não refere sentir dor nem distúrbios orgânicos. Como convencer alguém que com sua atual conduta de vida irá adoecer, sofrer, causar transtornos à família e à sociedade e possivelmente morrer em detrimento das atitudes pessoais do momento? Todo o desenrolar das atividades de promoção da saúde estão adstritas dentro desta atmosfera. Como podemos fazer proposições para mudanças específicas de hábitos de vida relacionadas com fatores como a dieta, uso de tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual? Se pensarmos que a doença pode ser advinda do ambiente de trabalho também é extremamente complexo porque talvez seja a única fonte de sustento da família. Progredindo com o raciocínio, nos deparamos com ambientes familiares<sup>o</sup> completamente desprovidos das condições mínimas e indispensáveis relativas ao saneamento básico, higiene doméstica e espaço físico inadequado para que o potencial individual de vida encontre as mínimas condições para desenvolver-se. Dentro deste quadro, torna-se extremamente complexo o trabalho de quem pretende, através do diálogo, modificar a conduta de vida de uma família ou de um indivíduo.

Por este motivo é que a promoção da saúde não pode ser uma prioridade somente da equipe do PSF e nem ser atribuída a quem tem “menos” preparo técnico. Esta deve atuar juntamente com uma política global de saúde, que contemple o conceito ampliado da mesma, e que os gestores tenham sobriedade suficiente para compreender que atitudes isoladas não surtem efeito nesta área.

## **Família**

A escolha da família como foco principal das ações do PSF é uma boa estratégia. Tira aquela impressão do modelo tradicional centrado no indivíduo e na ação do médico. *Nos últimos módulos de capacitação foi enfatizado muito o trabalho com família e humanismo*, isto foi salientado pelo enfermeiro referindo-se ao treinamento para capacitação. Se eles estão, lá nos treinamentos, dando ênfase na família é porque todos nós pensamos conhecer o que é família. Na prática conhecemos a família tradicional, achando que todos os problemas podem ser resolvidos nela. Corre-se o risco ainda, ao abordarmos uma família, que alguns dos seus componentes possam considerar-se “(...) *espionados pelo Estado (...)*” (Donzelot, 1986, p. 50), sendo a equipe de saúde o instrumento utilizado por este. Existirão ainda, aqueles que podem considerar a intervenção do estado dentro do reduto considerado de poder e arbítrio somente dos componentes da família, sendo que estes jamais aceitarão qualquer orientação cuja origem não sejam as suas próprias convicções.

Em relação ao humanismo, supostamente apregoado provavelmente seja outra estratégia voltada para a abordagem da família, já que, por várias experiências o sistema mostrou-se extremamente desumano.

O quadro a seguir mostra de uma forma resumida os **conceitos** e as suas **definições** usados no marco conceitual e como foram relacionados com a **prática**.

Conceitos	Definições	Prática
Eqüidade	Relaciona-se ao acesso igualitário às ações de saúde com bons resultados.	. Quando chego ao local da visita, reúnem-se várias pessoas que também querem consultar.
Universalidade	Relaciona-se ao acesso a todos aos serviços de saúde.	. Vem gente de fora da área consultar; . E os demais devem tirar ficha; . Fazer uma carteirinha.
Políticas de Saúde	São todas as decisões individuais ao de um grupo que definem ou direcionam as ações em saúde.	. Não possuir veículo para visita domiciliar; . As urgências devem ser encaminhadas ao Pronto Socorro; . Para marcar consultas devem ficar na fila; . Há horas/Médico sobrando em outras Unidades Básicas de Saúde.
Participação Social	Espaço reservado para discutir com a comunidade as estratégias na assistência à saúde.	. As pessoas exigem consultas e remédios; . Marcar reuniões em bairros; . Moradores reclamem do esgoto a céu aberto; . Quem irá à reunião do Conselho Municipal de Saúde? . Tive que levar a fulana ao hospital; . Domingo tinha 5 pessoas na minha porta.
Saúde	É o resultado das condições de vida da população em determinado momento da história, devendo ser conquistado pela população nas suas lutas diárias.	. Atuação no modelo Saúde/Doença; . Centrado no procedimento e não no cuidado; . A equipe de saúde determina as ações; . O compromisso é com a estrutura e não com a comunidade.

Quadro 1 – Os conceitos do Referencial Teórico na prática

Esta quadro reflete o paradoxo dos principais conceitos e sua aplicação relativos à implementação das ações em saúde, do PSF e os principais conceitos utilizados pelo mesmo. É importante salientar que algumas falas transcritas na coluna da prática podem ser situadas em mais de um conceito em detrimento da sua abrangência. Observa-se também a permanência da atuação no atendimento à demanda e à dificuldade que a equipe encontra para tentar equacionar os problemas, principalmente, de ordem social e da organização das atividades.

## **9. PRINCIPAIS TEMAS EMERGENTES**

Durante os nossos encontros observou-se os principais temas que afetavam o trabalho da equipe. Os tópicos seguintes refletem as preocupações da equipe, bem como a do mestrando, sendo que nesta discussão buscou-se coordenar os dados relacionados ao cotidiano da equipe com o referencial teórico.

### **9.1 – Alto grau de normatizações**

Este foi um tema evidenciado, contudo criticado pela equipe de saúde. Todo o PSF, da forma com que foi concebido, e ainda que houvesse uma tentativa de fugir à regra, está revestido de características de programa governamental e que, por conseguinte, apresenta um alto grau de normatividade de procedimentos, de organização burocrática e do serviço de informação, senão vejamos: O modelo das equipes, as funções de cada profissional, a estrutura mínima para o seu funcionamento, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território de abrangência da equipe, o cadastro das famílias, a maneira como devem ser executados os procedimentos estão regulamentados pelo Ministério da Saúde, através das Normas e Diretrizes do PSF. Todos estes procedimentos normativos devem ser seguidos rigorosamente pelos Municípios para se adequarem nas normas ministeriais, para ficarem aptos ao financiamento oferecido pelo Governo Federal.

Tomando esta postura, o Ministério da Saúde impossibilita novos modelos ou alternativas, mesmo que tenham similaridade com as propostas do PSF. Estas obrigações imobilizam o próprio programa diante de realidades distintas, observadas em diferentes localidades do vasto território nacional. Quando analisamos a história da Saúde Pública

brasileira percebemos que a centralização de todos os atos referente às políticas de saúde é marca do Governo Federal do início ao final do século XX.

Podemos também pensar que este tipo de normatização é característica de programas verticais onde as normas são ditadas no nível central e simplesmente devem ser executadas por Estados e Municípios. Reflete também a interferência do modo com que o estado vem atuando na área da saúde, desde os primeiros passos da saúde pública, que teve início nas primeiras décadas do século que ora finda, mesmo que em documentos oficiais não seja esta a impressão que as autoridades desejam passar. Neste aspecto concordou-se com Hartz (1997, p.122) quando afirma que, “(...) o sistemicismo reduziu todas as atitudes em teorias matemáticas (...)” e é o que provavelmente estamos vivenciando também na área da saúde. Todas as normas e diretrizes acabam se transformando em números e estes alimentam o sistema, que justifica a aplicação dos recursos.

Muito embora o Programa de Saúde da Família ofereça e estimule as condições de discussões, inclusive com a comunidade há uma série de obrigações relativas ao preenchimento de documentos que alimentam todo um sistema de informações a nível nacional. Afinal, é necessário oferecer números para mostrar o que está sendo feito e se possível com resultados favoráveis que justifiquem a sua implantação, implementação e custeio.

O PSF não fugiu a regra. Ele é revestido de ações programáticas. Um programa “(...) na sua forma de plano é sempre uma proposição de natureza técnica, que também tem caráter prescritivo (...)” (Hartz, 1997, p.10). Todas estas fichas devem ser preenchidas, isto é uma prescrição. Trata-se de uma proposição de trabalho que será produzido por técnicos existentes nas comunidades, cidades ou estados. O programa está baseado em conhecimentos científicos, técnicos e em poucas oportunidades de experiências práticas. Um plano normalmente técnico não pode apresentar outro resultado que não seja a combinação do saber científico, técnico e prático. O plano presume algo técnico do início ao fim e constituído de propostas instrumentais. Ao passar do plano para a prática colocamos o programa em outras condições e com outros determinantes que devem ser experimentados por aqueles que realizam suas atividades cotidianas.

O Ministério da Saúde propõe, através do PSF, a realização de uma maneira nova de trabalhar em saúde, “(...) *adstrição de área, equipe multidisciplinar, participação social* (...)” (Brasil, 1997, p.12), mas com um modo técnico de intervir (instrumento antigo), supostamente produzindo algum tipo de cuidado, até então não tentado. Neste caso, é importante lembrarmos-nos de que os resultados também dependem da organização social, da produção e distribuição dos serviços e da riqueza gerada neste meio e, não somente, dos procedimentos executados pela equipe de saúde.

Sendo assim estruturado o PSF está inserido na área das políticas públicas de saúde, deve responder e suprir as necessidades da produção de serviços e que ofereça resultados em escala social. Deve-se considerar ainda a forma com que são produzidos os serviços em saúde, como este serviço é administrado e com que equipamentos estamos trabalhando.

Quando o plano (programa) passa para a prática, ele é submetido à aprovação social e dos técnicos que o executarem e, seguramente, haverá tensões e incertezas em várias esferas. Aqui entra tudo aquilo que normalmente não está preconizado pelo programa que diz respeito aos pontos de vista individuais ou coletivos, valores éticos, morais e técnicos que validam ou negam o modo como foi concebido, implantado ou executado determinado procedimento.

Quando a prática se evidencia, seguramente apontará as deficiências ou limitações. Neste caso, as falhas salientam-se, quando realizamos uma técnica ou determinado procedimento. Assim podemos perceber claramente suas insuficiências, limites e coisas impróprias naquele ato ou naquele momento.

Acredito que os técnicos do governo também pensam desta forma, e que com o andamento das atividades do programa possa haver ajustes onde forem necessários, o que provavelmente acontecerá com o passar do tempo, que chamamos de feedback, ou seja: as equipes do PSF, com as informações e experiências realimentarão o sistema, onde os dados serão avaliados, rechaçados, aceitos ou reformulados. O I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, realizado em Brasília (Brasil, 1999), pode ser enquadrado dentro desta proposta. Os acertos ou os erros sofrerão outra ação corretiva, sendo neste caso benéfica e construtiva. Para que isto aconteça, o sistema deve ter



sensibilidade suficiente para aceitar as informações oriundas da experiência do trabalho coletivo de todas as unidades dispostas em todo o território nacional.

Todos nós, cada vez que nos referimos ao programa, a forma com que foi concebido, implantado e implementado, estamos fazendo uma avaliação individual, fazendo vir à tona nossas experiências, cruzadas com o que é preconizado pelo programa. Esta conscientização expressa vai se consolidando, nos tornando críticos e lúcidos, oferecendo o que é necessário aos ajustes cabíveis.

O PSF, no seu plano, possibilita algo que nos parece pouco comum no Brasil, na área da Saúde Pública. Até então todos os técnicos colocavam-se fora do processo social, como se fossem imunes aos determinantes da saúde/doença, por comodidade, por falta de estruturação dos serviços e também por falta de conhecimento dos profissionais, a quem é atribuída a tarefa de cuidado. O PSF possibilita a “(...) atuação antes que os fenômenos aconteçam (...)”, tendo possibilidade da tomada de decisão e atitude de forma preventiva. O profissional de saúde no PSF não é meramente um executor de ato científico. Neste caso, ele deve adaptar seu conhecimento técnico com as necessidades locais, e “(...) também para fazer busca ativa, dos faltosos” (Brasil, 1997, p.13).

## 9.2 - A dinâmica do trabalho

“A mudança do modelo assistencial ocorre a partir da reorganização do processo de trabalho” (Brasil, 1997, p.19). O PSF parte de uma crítica ao atual modelo, que tem as ações e saberes centralizados no saber do médico. O PSF propõe um novo modelo de operar o trabalho em saúde. A alternativa foi estruturar o trabalho da assistência a partir de “(...) equipes multiprofissionais (...)” (Brasil, 1997). Seguramente os profissionais que atuam dentro deste programa percebem onde está o problema do modelo em que estão atuando, que provavelmente seja no processo de trabalho. Por vários motivos, inclusive por limitação ideológica do próprio grupo, pela forma com que foram formados (médico e enfermeiro), acabam fatalmente centrando-se na produção de procedimentos: *não tenho mais vagas para consulta*, e pouco na produção de cuidados. Isto pode ser evitado com uma ação reorganizadora principalmente do trabalho do médico e de enfermeiros, porque

os ACS os seguirão, atuando de acordo com os processos de decisão que ocorrem no ato da “produção da saúde”.

Para obter novos resultados deve-se implementar novos fazeres, novas práticas que devem materializar-se como “(...) *tecnologias de trabalho* (...)” (Almeida, 1995). Estas tecnologias devem ser compreendidas como o conjunto de conhecimentos aplicados na produção do cuidado ou da assistência. No caso específico da equipe do PSF pode-se pensar em “(...) *recursos técnicos ou técnicas e estruturas* (...)” (Almeida, 1995). Este conhecimento diluiu-se na experiência e modo fazer de cada profissional de saúde no momento em que executa o seu trabalho, ou na produção de relações. Buscar no espaço de trabalho, da produção de serviços de saúde, o lugar onde existe a matriz do conhecimento e a forma para potencializá-los, é essencial. Alcançar este estágio só pode ser concebido por política institucional que propicie que a trabalhador potencializar ao máximo, suas capacidades de trabalho para resolver os problemas de saúde.

Segundo Almeida (1995, p. 59) “(...) *tecnologias de trabalho não devem ser relegadas a um plano secundário porque possuem relevância no modelo assistencial que queremos seguir e que produzem serviços de saúde*”; que, por conseguinte, tem o poder de definir a capacidade de absorção da demanda, resolver problemas de forma efetiva, definir custos dos serviços. Nesta questão devemos considerar que o trabalho centrado no médico é determinado pelo uso de tecnologias que o torna não apenas de alto custo bem como pouco resolutivo, pondo o procedimento como foco de atenção. Esta linha metodológica se contrapõe ao que é recomendado pelo programa, que atribui o “(...) *cuidado à saúde a uma equipe multidisciplinar*” (Brasil, 1997, p.11). A nosso ver não restam muitas alternativas aos que militam neste programa: poderiam ignorar tudo o que é prescritivo e manter a lógica atual e correr os riscos, aceitar o que vem prescrito no pacote do programa desviando o foco de atenção que é o compromisso com o usuário e implementar novos conhecimentos ou poder-se-ia ignorar parcialmente as orientações advindas do programa e dedicar-se de forma mais criativa na melhoria das condições de vida da comunidade. Ao trabalhar exclusivamente com a comunidade corre-se certo risco, por que todos nós fomos formados para usufruir alguma ferramenta para a execução do trabalho. Optando-se para o trabalho exclusivo na comunidade significaria o abandono de parte das ferramentas utilizadas para a execução do serviço de saúde. Ignorar qualquer tipo

de prescrição ou receita neste caso é bastante complexo. Porque o PSF vem com receita do nível central.

Além das tecnologias de trabalho, o PSF deve funcionar como uma “(...) *porta de entrada para o sistema de Saúde*” (Brasil, 1997, p.11). Neste caso todo o Município deve assumir a mesma política. Já que, presumivelmente, teríamos dificuldade em oferecer uma formação adequada a todos os gestores de saúde, faz-se necessário uma reformulação dos currículos para a formação dos recursos humanos, ou seja, dos técnicos que irão implementar tais atividades. Urge adequar conteúdos escolares para que possam garantir a qualidade da atenção, apesar das dificuldades econômicas existentes. Tudo isso porque a obtenção de um serviço de qualidade é alcançado quando os recursos humanos estão suficientemente qualificados, sejam médicos, enfermeiros ou Agentes Comunitários de Saúde. O modelo de saúde cubano resolveu o problema da formação dos recursos humanos quando a “(...) *gerência na formação dos recursos humanos foi assumida pelo Ministério da Saúde Pública*” (Ares, 1999, p.38). Neste caso, todos atuam dentro do mesmo modelo, procurando melhorar o resultado final. A “(...) *eficácia, a efetividade de qualquer modelo depende de muitas coisas, mas quando se dispõe de recursos humanos qualificados, teremos, seguramente, um percentual elevado de capacidade resolutiva dos problemas de saúde evidenciados na população*” (Almeida, 1995, p.87).

Independentemente da filosofia adotada, o que é desejado, com o PSF, é que ele possa reestruturar o Sistema de Saúde. Este programa, também poderia adotar, em sua política, “(...) *a designação de responsabilidade (...)*” como é chamada em Cuba e no Reino Unido (Brasil, 1999), isto é, quem é responsável *pelo que* ou *por quem*. No caso brasileiro, da área da saúde e também de outros setores públicos, a impunidade é indiscutível e ninguém é responsabilizado pelo erro. A atribuição de responsabilidade passaria a ser um elemento central quando se pensa num sistema. Seria uma boa maneira de reverter o quadro de iniquidade no setor saúde. Outra maneira de responsabilizar pessoas ou entidades é na área do ensino. O Brasil é extremamente dicotomizado em relação ao seu ensino na área da saúde, ou seja, “(...) *quase todos os hospitais de ensino não pertencem ao setor público de saúde, mas ao setor educativo que tem pouca responsabilidade sobre a saúde e forma seus profissionais para realizarem procedimentos e incentiva as especializações não atuando como co-gestores do setor saúde*” (Almeida, 1995, p. 89).

### 9.3 - Os erros do programa

O espaço existente quanto a capacitação da comunidade, para que ela possa, com o passar do tempo, cuidar-se e para que o indivíduo possa desenvolver todo o seu potencial de vida e saúde, praticamente não existe. Os procedimentos alimentam o sistema de informações e este oferece os resultados. Ouve-se então: *“O Programa de Saúde da Família resolveu 100% das internações nas principais causas em crianças de 0-5 anos”* (Brasil, 1999, p.26), isto observado pelo número de internações hospitalares. Porém, estes índices poderiam ser alcançados por qualquer serviço razoavelmente estruturado, como os Cuidados Primários em Saúde, preconizados por Alma-Ata (1976). Evidentemente que existe mérito considerável nesta conquista, mas, com a estrutura e o custo dos serviços públicos de saúde já existentes, poderiam conseguir resultados similares se os recursos dispensados e a ação dos profissionais fosse eficiente. Neste caso não justificaria a implantação deste programa, nem a superposição de atividades no mesmo local. As ações de saúde devem ser voltadas para a produção do cuidado, em capacitar a comunidade, pois é nela que a saúde ou a doença ganha significado e dimensões. Existem também ações de promoção da saúde geralmente atribuídas aos Agentes Comunitários de Saúde direcionadas à saúde bucal nas escolas e grupos de gestantes.

A produção do procedimento é típica da hipertrofia do ambiente hospitalar que iniciou na década de 1950 e que tem tendências para agigantar-se, salvo por um único quesito, que é o custo *“(...) e pior é a mutilação, mais bem pago é o mutilador”* (Berlinguer, 1995, p. 23). Existem tendências em disseminar a idéia que devemos nos livrar do hospital, para então, podermos desenvolver a prática em função de um vínculo comunitário, chegando ao nível da população *“(...) esta transformación de la práctica requiere una inversión em instalaciones y equipo”* (Laurell, 1995, p.34). Se esta idéia fosse aplicada teríamos que promover uma verdadeira desinstitucionalização, semelhante a que foi utilizada nos hospitais psiquiátricos. A nosso ver o hospital é necessário, mas não deve cercear o acesso da equipe de saúde da família. Estes devem ter acesso livre à instituição, poder usufruir a *“(...) tecnologia existente, em beneficio da população”* (Brasil, 1997). A especialização deve existir, para a melhoria da qualidade da atenção que se

presta. A qualidade não deve ser um fenômeno isolado, é preciso associar a esta a relevância social, que é o sentido mais amplo do conceito de equidade.

O cuidado ultrapassa o sentido do procedimento, por que, às vezes, traz uma associação da complexidade do procedimento, com a compreensão e satisfação do usuário. O cuidado é, pois, um importante ponto que deve ser incorporado à visão do profissional de saúde da família, porque não é só um problema ao nível de serviço, mas também responsabilidade da própria comunidade que deverá, com o passar do tempo, ser “(...) *capacitada também para o autocuidado*” (Brasil, 1996).

Para que este novo método de trabalho seja incorporado pelos profissionais já existentes é necessária uma “(...) *educação permanente*” (Brasil, 1997). Aos futuros profissionais passa pelos currículos e a educação nas escolas de formação.

A idéia de modificar o paradigma clínico vem da reforma sanitária que após constituiu o SUS e deste o PSF. Propõe a adesão por parte dos profissionais de saúde e dos gestores, de uma nova forma de atuação, baseada num conceito ampliado de saúde, conforme o que foi promulgado pela Constituição de 1988. Formalizar o aspecto da descentralização e do controle social são meios que sozinhos são inócuos, “(...) *são necessários um novo conteúdo, uma nova prática, uma reorganização dos serviços de saúde*” (Brasil, 1997, p.8), e não somente fazer uma troca de nome para a mesma forma de agir.

#### **9.4 - Os compromissos do programa**

Quem está embrenhado nas atividades diárias do trabalho freqüentemente não tem a real percepção da extensão das atividades realizadas, tom pouco o que poderia fazer para aprimorar as suas atividades cotidianas.

Para que o programa exista e seja parcialmente financiado é necessário o cumprimento de uma série de normas e diretrizes operacionais, verticalmente impostas. Isto é traduzido sob o aspecto do preenchimento de documentos e fichas. Neste caso, antes de tudo, para que ele exista, deve ficar claro que os papéis vêm em primeiro lugar: *todas as fichas vão mudar; já entregaram as fichas do mês?* Esta é uma exigência do sistema de saúde. Como programa governamental, regido por critérios técnicos e com resultados técnicos, torna-se difícil direcionar o foco de atenção no usuário, porque o programa pode

funcionar baseado nas necessidades do usuário, mas não funcionaria sem um sistema de informações que o alimenta.

Cabe ao PSF proporcionar certo espaço para ajustes locais, sendo estes o resultado das conformações anatômicas de cada localidade consideradas sob o aspecto da cultura e da realidade de cada comunidade, já que, desvincular-se, do sistema de normas que o criou é extremamente complexo. Deixar de lado alguns entraves burocráticos e dedicar melhor o tempo na qualidade do atendimento. Seria este o primeiro princípio da justiça face a equidade, possivelmente de acesso “(...) e distribuição igualitários dos recursos de saúde a todo o conjunto da população” (Brasil, 1986, p. 382). Na área da saúde, é comum o uso do termo prioridade como sendo uma escolha dentre as tantas existentes. Na nossa realidade, este termo está bastante desgastado. A prioridade não pode ser vista somente pelo profissional para direcionar seu trabalho, mas também em termos de políticas e de alocação dos recursos.

#### **9.5 - O excesso de prescrições bitola e cerceia a criatividade**

A reflexão deste aspecto exige que forneçamos uma idéia precisa de como é estruturado todo o sistema único de saúde: Primeiramente os mentores do Sistema Único de Saúde foram influenciados, e porque não dizer, copiaram, idéias contidas em documentos não produzidos no Brasil. Esta foi a primeira prescrição. Estas e outras idéias constituíram a VIII Conferência Nacional de Saúde, contemplada com alguns vetos pela constituição de 1988.

A partir da carta constitucional procurou-se formas para que a mesma fosse viabilizada em todo o território nacional. A sua implementação veio através de programas. O PSF foi eleito para a “(...) reestruturação dos serviços de saúde” (Brasil, 1997). Programas são prescrições do começo ao fim. Para que os Estados e Municípios tenham financiamento nesta área devem cumprir aquilo que o programa estabelece, constituindo-se em outra prescrição.

Os Municípios, na tentativa e na esperança de obterem melhorias na qualidade de vida e saúde da população, celebram convênios com o Estado com vistas a lograr o tão esperado financiamento, este se constitui num pacote de condutas a serem seguidas, constituindo-se em outra prescrição.

Também devemos analisar a possibilidade de existirem prescrições não declaradas que são as “orientações” políticas dos gestores municipais e por último a onipotência do saber do médico que é traduzida como uma prescrição de condutas a serem seguidas. Então não há dúvida, estamos em meio a prescrições que bitolam, enrijecem, limitam e reduzem o poder de criação de qualquer um dos elementos do grupo de trabalho.

#### **9.6 - Permanece a onipotência do profissional (principalmente a do médico)**

Mesmo que durante uma reunião da equipe exista voz e vez a todos os componentes, num trânsito horizontal, o saber do médico não é discutido, muito menos a forma de direcionamento das suas atividades. Crê-se que o médico tem e terá seu lugar em qualquer equipe de trabalho na área da saúde, haja vista seu conhecimento e técnica. Porém para trabalharmos com a comunidade isto não se mostrou suficiente. Deve-se criar outras estratégias que não seja a técnica pela técnica. Deve-se usar “(...) *pedagogias problematizadoras e que partam da realidade das comunidades*” (Freire, 1994, p.45). Mantendo-se esta forma de atuação seguramente não alcançaremos melhores resultados dos que já conseguimos até então.

Também a solução para este problema passa pelo processo de formação acadêmica de cada profissional. As escolas que preparam estes profissionais não devem formar somente médicos e enfermeiros, mas sim, profissionais que tenham tropismo para a saúde comunitária e das famílias. A conduta profissional e muitas vezes particular dos docentes levam os alunos a crer ou colocarem-se em patamares extremamente superiores aos do cidadão comum. A população, chamada de “ignorante” reverencia o ato técnico como sendo obra sobrenatural e passa a ter uma conduta de subserviência ao profissional, que via de regra, usufrui deste status, seja ele financeiro ou social. Sendo financeiro, há espoliação monetária, aumentando cada vez mais o poder de compra e barganha que o dinheiro traz. O ganho social deve ser considerado como tendo poderes sobre a vida e a morte do seu cliente. É comum a expressão de impotência “deixei nas mãos de Deus e do médico”. Segundo Berlinguer (1995, p.23), “(...) *não é culpa dos médicos se os serviços da comunidade, assim como são oferecidos atualmente, constituem um absurdo homicida*”. Deve-se concordar, em parte, com este autor. Porém, o que podemos pensar de um profissional de saúde que está sendo pago para exercer sua atividade profissional e que a

executa parcialmente? O termo parcialmente refere-se tanto para o cumprimento do contrato de trabalho quanto para a qualidade do trabalho apresentado. Os técnicos também são responsáveis pelo resultado final deste. Estando no topo da hierarquia social, seguramente facilita a emissão de ordens que são executadas, via de regra, sem reflexão alguma. Neste sentido há de se concordar com a nova estratégia do PSF, que ao colocar em ação uma “(...) *equipe multidisciplinar*” (Brasil, 1997), provavelmente limitará o poder do profissional médico, se os outros elementos da equipe e a comunidade se posicionarem e puderem contribuir para este fim.

Logicamente que o resultado de tanto poder vem sendo acumulado ao longo dos tempos, como resultado do desenvolvimento de técnicas e de drogas, bem como com a incorporação de saberes populares, ante o desenvolvimento de um vocabulário incompreensível a um ser humano “comum”. Para Berlinguer (1995, p. 23) “(...) *devemos ter muito cuidado para que o enforcador e o demolidor não se tornem juizes dos seus atos*”. Logicamente que os erros destes profissionais foram relegados ou classificados de forma a não comprometer a continuidade das ações, permitindo que a possibilidade de erro fosse perpetuada ou melhorada às custas de experimentos não autorizados.

Sem dúvida nenhuma, o fato de podermos prestar algum tipo de assistência à saúde fora do hospital ou do consultório, reduz significativamente o poder dos profissionais. Aqui é necessário conquistar o cliente, ter boas relações, falar uma linguagem onde ambos consigam entendimento. Porém, é necessário que a população seja mais esclarecida e que os profissionais se disponham a descer do seu pedestal.

#### **9.7 - Falta de credibilidade e suas implicações**

A falta de credibilidade não é uma exclusividade deste programa. Quase todas as ações em saúde pública são vistas com olhos de descrédito e com o estigma de ser estruturado para pobres. O Programa de Saúde da Família, por ser um programa governamental, impregnado de normas e diretrizes, ainda não provou e não disse a que veio. Ainda não conseguiu mostrar outra face que não seja aquela que já conhecemos e que é marca registrada das ações em saúde pública. O fato de ter uma equipe estruturada para o trabalho e que faça visitas domiciliares, não significa uma mudança no bom sentido, uma nova forma de pensar e fazer saúde.



Não podemos nos esquecer de que boa parte dos termos empregados (reorganização, reestruturação), já foram tentados na saúde pública com o PREV-SAÚDE, que ficou restrito ao papel. Programas semelhantes ao nosso Programa de Saúde da Família, já foram implantados e estão em funcionamento em outros países, bem como no Brasil. Oferecendo uma comparação entre o PSF e o programa similar no Reino Unido é que lá o “(...) atendimento é feito nas 24 horas do dia, 365 dias por ano e as visitas domiciliares foram reduzidas de 20 para 10% em 10 anos” (Allen, 1999, p. 35). Segundo o mesmo autor há uma rede hierarquizada de serviços semelhante a que o Ministério da Saúde pretende implantar em nosso país. O fato de termos copiado idéias que não contemplam as peculiaridades do nosso povo, tanto no aspecto cultural quanto no educativo, seguramente trará dificuldades em apresentar bons resultados num curto espaço de tempo, em todo o território nacional. Não apresentando bons resultados, não tendo apoio político e econômico satisfatório e que todas as ações de saúde do município trabalhem dentro da nova filosofia o poder de resolução fica baixo, a credibilidade fica comprometida, as ações permanecem na esfera de demandas e não há progresso no sentido da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Mas porque a população não crê na nova proposta? Provavelmente é porque todos os que nos antecederam, em tese, também, prometeram resultados similares aos que hoje prometemos. A única diferença, neste caso, é que hoje somos nós os que estão prometendo. Também os outros eram pessoas bem intencionados, assim como nós hoje, e o que o povo recebeu foi um grande calote.

Mudanças de concepções culturais são difíceis de acontecer em todas as classes sociais. O PSF pretende contemplar as “(...) características culturais da população, estimulando a cidadania, considerada como expressão da qualidade de vida” (Brasil, 1997, p. 10). Pode-se perceber claramente na área da saúde o que ocorreu após a aprovação da Constituição de 1988 e esta cultura é devida aos profissionais de saúde. Antes da aprovação da lei todos atribuíam o mau atendimento no serviço públicos em virtude da inexistência de lei condizente com aquilo que era preconizado pelos técnicos, gestores e governantes.

Com o advento da “universalização conquistada em lei” (Brasil, 1998), logo a sociedade e os técnicos em saúde encarregaram-se em fazer segmentações impondo dificuldades de acesso através da limitação do número de atendimentos por profissional bem como pelo não cumprimento dos contratos de trabalho entre o sistema de saúde e os

profissionais. Outra forma de segmentação mais refinada foi obra somente dos técnicos que passaram a oferecer um atendimento pobre e com baixos resultados a população usuária do sistema público de saúde sendo que, em contrapartida, prestavam um bom atendimento a pacientes de outros convênios. Este talvez seja o motivo que justifica o aumento do número de usuários que procuram outros convênios de saúde, chegando “(...) aproximadamente 25% da população brasileira” (Giovanela, 1996, p. 14).

A partir de 1994, iniciou-se uma nova tentativa para reestruturar o SUS através de dois programas: O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Ambos possuem, na sua essência, novos pensares relativos às formas de fazer saúde, constituindo-se em uma idéia ousada, se considerarmos a organização dos serviços de saúde pública do Brasil até 1994, e que a primeira vista deveria ser recebida com bons olhos pela comunidade. Na prática nem sempre isto acontece. Então veremos, aquilo que deveria receber com aquiescência porque é a melhor proposta até então concebida, em alguns aspectos é rejeitada, ignorada, pela população. Aos profissionais que sempre reclamaram muito do sistema, também coube parte do entrave das novas propostas, desta nova idéia. O que eu quero dizer é que as mudanças de concepções culturais são difíceis de acontecer e por vezes impossíveis. Para podermos provocar mudanças de hábitos de vida devemos ter continuidade, persistência e mostrar que é possível modificar condutas para se ter uma vida melhor, e não nos abatermos com possíveis derrotas. Para o PSF estas mudanças ocorrerão no “(...) convívio com a comunidade” (Brasil, 1997, p.10) e desta com a equipe de saúde.

A credibilidade entre a equipe de saúde e o cliente ou comunidade pode ser alcançada quando ambos percebem a interdependência existente entre as necessidades do cliente de um lado e o conhecimento técnico-científico acumulado do outro e a carência de ajuda deste com a “(...) imperiosa necessidade em experimentar e de fato aplicar determinado conhecimento ou técnica” (Almeida, 1995, p. 76). Acredita-se que o resgate da credibilidade social só será conseguido à medida que a equipe de saúde apresentar-se sem “paramentação”, inclui-se aqui a máscara e o gorro, que ficou como uma marca registrada do ambiente hospitalar. Também no relacionamento social, deveremos esquecer o procedimento através de uma máquina, com a qual nos “relacionamos” com os clientes, transformando-nos em simples operador de aparelhos.

Não podemos ignorar que esta metodologia utilizada pode ser eficaz e necessária em um ambiente segregador e impessoal como o existente em determinadas áreas hospitalares, mas que o ser humano, no seu ambiente natural, dificilmente concordará com este método de trabalho. Estes obstáculos afetam toda a equipe de saúde na convivência com a comunidade.

Ao analisarmos os resultados de alguns setores da saúde pública brasileira, cumpre-nos concordar com a população em relação à credibilidade desta com o sistema. Deve ser questionado também se a equipe de saúde de fato acredita na sua capacidade em solucionar os agravos de saúde da população, dentro desta modalidade, sem ser “contaminada” pelo tecnicismo, estarem dispostos a abrir mão da condição social de auto-suficiência absoluta e da auto-atribuição de um saber incontestável.

#### **9.8 – A grande ausente**

O objeto do presente estudo (PSF) e o ano Internacional da Família surgem no ano de 1994. Podemos até supor que seja uma coincidência, mas provavelmente, existam razões para supor que houve um aproveitamento da idéia difundida em boa parte do mundo, relativa ao papel da família e com isso estimular, também no Brasil, a importância do papel da instituição familiar para a melhoria das condições sociais bem como das condições de saúde. Dentre os conceitos utilizados pelo (PSF), poderíamos imaginar que deveriam ser incluídos aqueles relativos à família, como os que já vinham sendo desenvolvidos por instituições como o UNICEF e a ONU. Porém, revendo as normas e diretrizes deste programa não encontramos alusão à instituição familiar, enquanto conceito a ser seguido para o desenvolvimento de ações em saúde. Durante o trabalho de campo, não se constatou a existência de alguma forma de trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar, relativa a ações que visassem a saúde da família. Antes de discorrermos sobre a família e o seu papel social, bem como das probabilidades de melhoria das condições de saúde e as possibilidades do programa, que é o objeto do estudo, devemos atentar para alguns conceitos que me parecem adequados a esta ocasião, para que, munidos destas ferramentas, passamos observar e avaliar com mais precisão a existência ou não de ações que de alguma forma possam contemplar o trabalho com famílias. Para Maurás e Kayayan, (2000. p. 9e10). *“O Brasil vem sendo afetado por várias*

*transformações sociais, econômicas, culturais, éticas e mesmo ao nível do comportamento humano. A atenção à família, através de políticas públicas adequadas, constitui-se sem dúvida, em um dos fatores condicionantes das transformações às quais a sociedade brasileira aspira". Para Ferrari e Kaloustian (2000, p.11), "a família é o espaço privilegiado de socialização de práticas de tolerância e divisão de responsabilidades, de buscar estratégias coletivas de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, desenvolvimento, proteção integral dos seus membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma com que vem se estruturando".*

Para Elsen et al (1994, p. 50) "*A enfermagem descobre que a família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu processo de viver*". Estes conceitos desenvolvidos por estudiosos que representam instituições como o UNICEF e o GAPEFAM podem perfeitamente ser aplicados ao trabalho da equipe multidisciplinar que implementa as atividades no Programa de Saúde da Família. Parece-nos que esta forma de pensar deveria estar sempre a frente de qualquer atividade, em saúde ou não, que evidenciasse alguma relação com a família, senão vejamos:

Quando uma determinada área de trabalho for eleita para o desenvolvimento de determinadas atividades em saúde "*(...) adstrição de área(...)*" (Brasil, 1997, p. 11), característica do PSF, é porque consideramos que neste local há necessidade de uma mudança substancial nos modos de viver, no comportamento social e no meio ambiente. Via de regra, os programas governamentais são implantados sem discussão prévia com a comunidade. Mudanças de atitudes, para se colher resultados diferentes e de preferência melhores, no conceito dos técnicos, nem sempre serão bem aceitos por todo o grupo familiar ou por toda a sociedade onde pretendemos trabalhar, sendo que neste caso são ativadas forças contrárias ao que consideramos recomendável. Porém, o fato de que o PSF atua com adstrição de área, significa que a equipe possa através de um processo de "pressão" continuada, forçar a família a procurar novas formas de adaptação a um meio que freqüentemente esteja propondo mudanças. Este aspecto é reforçado por Macedo (1994, p. 66) quando afirma que a "*(...) família muda e se adapta às circunstâncias*

*históricos, sociais e econômicas, assumindo peculiaridades específicas a cada momento da sua evolução*". Neste caso, a equipe de trabalho deve estar sempre atenta para a maneira com que a família decodifica a informação e quais os caminhos que serão seguidos para a tentativa de ajuste.

Se considerarmos que na nossa realidade o PSF está implantado numa área relativamente carente, onde as famílias também foram e são vítimas dos vários ajustes na área econômica e encontram-se num processo de empobrecimento progressivo, muitos oriundos da migração, onde houve uma profunda alteração da estrutura familiar anterior, gerando um "*(...) estresse progressivo(...)*" (Macedo, 1994), bem como alteração dos papéis desempenhados por cada membro do grupo, é que se faz necessário uma dose substancial de capacidade comprensiva, principalmente em relação ao descrédito relativo a nossa proposta de trabalho. Esta afirmativa é reforçada por Maurás e Kayayan (2000, p. 9) quando afirmam que "*(...)o Brasil vem sendo afetado por várias transformações sociais, econômicas, culturais e éticas e mesmo a nível do comportamento humano*".

Nesta realidade e neste contexto, o indivíduo e as famílias já estão habituados a precários serviços públicos de saúde bem como de outros programas sociais. Não conseguindo atender na integridade as suas necessidades, principalmente às "*(...) custos dos baixos investimentos*" (Mendes, 1995, p. 54), há uma tentativa para mudar a lógica, sendo que nesta, a família deveria ser eleita como ponto central da atuação. Neste caso o papel dos profissionais da equipe de saúde passa a ter uma maior relevância pois de nada resultaria implantar uma atividade que contemplasse o trabalho com famílias se os profissionais não estivessem devidamente habilitados para enfrentar as dificuldades e os desafios encontrados na prática assistencial. Revendo o manual do PSF (Brasil, 1997), não encontramos clareza em relação à abordagem de famílias e nem como diferenciar uma família doente de outra sadia.

Todavia, mesmo com este pano escuro ao fundo, não devemos subestimar o poder social da família, seus mecanismos de defesa, seus recursos intrafamiliares e sua capacidade de cuidar, pois como já foi dito, a família "*(...) assume particularidades específicas em cada momento da evolução*" (Macedo, 1994, p. 66). A família, como um grupo social, possui habilidades articuladoras entre seus membros e com os de outras

famílias, possibilitando, desta forma, escolher o que consideram como sendo a melhor alternativa para o crescimento individual e grupal. Vale a pena salientar, neste aspecto, a compreensão necessária da equipe multidisciplinar, quando tenta impor sua forma de conduta, sua visão de mundo e possíveis alternativas para melhorar o ambiente que não é seu, impondo mudanças na atitude diária de todos os componentes da família. Quando se chega a este ponto, entra em ação os mecanismos de defesa que podem manifestar-se de várias formas: *você sabe a encrenca que eu tenho com aquela família*. Percebe-se pessoas e famílias que podem calar-se para que o assunto se esgote rapidamente e que tudo retorne como antes da visita. *Nós orientamos e no outro mês, quando retornamos, está tudo do mesmo jeito*. Como provavelmente não fomos bastante convincentes ou porque não consideramos também as possíveis alternativas que a família dispunha, por serem polidos, recusam-se a discutir a nossa estratégia de ação. Neste caso teremos dificuldade de adesão a nossa proposta.

Seguindo este raciocínio, encontramos aqueles que não nos recebem. Também aqui existem vários motivos: Antipatia pessoal entre a família com aquele que a visita, disputas políticas, diferenças socioeconômicas, etc. Em alguns casos, existem aquelas famílias que nos recebem mas não aceitam nossas orientações pois são vistas como imposições e uma forma de “(...) *regulação do Estado*(...)” (Donzelot, 1986, p. 49), também porque não consideram necessária uma alteração de conduta para permanecer no mesmo ambiente; não conseguem perceber que a melhoria da qualidade de vida é conquistada aos poucos, e principalmente com atitudes que dizem respeito a todos os seus componentes.

Por necessidade, pela tentativa de levar vantagem pessoal, ou da família quando tentamos modificar a conduta diária de um grupo coeso, muitas vezes somos levados a barganhar, *dar um jeitinho*, em certos pontos considerados importantes pela equipe de saúde. Como exemplo pode-se citar que somos muito bem recebidos quando conseguimos os medicamentos ou agradecidos quando conseguimos um atendimento extra, para um dos componentes da família. Não que esta seja uma barganha declarada do tipo “toma lá, dá cá”, mas podemos perceber claramente a diferença do “antes e do depois”.

A necessidade de autoproteção leva as famílias a promoverem o desenvolvimento de recursos interpessoais capazes de suprir boa parte dos problemas que têm sua gênese no

ambiente onde a família vive, pertinentes a aspectos biológicos, financeiros, “(...) *socioeconômicos e afetivos, que iniciou no século XVI com o advento da família burguesa*” (Macedo, 1994, p.64), desde que não haja interferências predatórias e decisivamente patológicas relacionadas com as mudanças na área política e da economia. Excluídos estes aspectos, as famílias, ao longo dos tempos, tem se mostrado capazes em manter a sua homeostasia. Quando, cronicamente, oferecemos uma receita pronta para quase todos os tipos de problemas, estamos subjugando a capacidade dos recursos intrafamiliares e desestimulando a possibilidade de que estes saberes e recursos se tornem cada vez mais fortes, mais eficazes e mais seguros.

Com o advento da ciência médica houve a possibilidade de solucionar muitos problemas na área da saúde, que vez por outra, produziam milhares de mortes num curto espaço de tempo. Estes resultados foram conseguidos principalmente às custas de imunizantes e com medidas sanitárias básicas, bem como com a melhoria da qualidade de vida da população em geral, e não com “(...) *procedimentos clínicos, exclusivamente*” (Almeida, 1995, p.62).

Na tentativa de solucionar algumas das doenças crônicas foram desenvolvidas modernas técnicas de transplantes de órgãos e drogas mais eficientes, mais específicas e também mais caras, que podem oferecer uma sobrevida considerável, em alguns casos. A população em geral, ainda que sabedora destes avanços, nada tem a ver com todo este conhecimento científico acumulado, a não ser quando de fato necessita desta tecnologia. Não houve uma socialização do conhecimento e mesmo que houvesse, não seria uma garantia de que este seria transformado em mudança de conduta do indivíduo ou da família

Durante todo o período da existência do saber médico, principalmente da metade do século XX em diante, onde o cientificismo proliferou em terreno fértil, sempre bem apoiado por políticas e incentivos, sendo técnicos e laboratórios farmacêuticos muito bem pagos pelo setor público e com o desembolso pessoal. De acordo com Berlinguer (1995, p. 23) “(...) *num regime de livre mercado, só recebem tratamento aqueles que podem ter assistência sanitária ou aqueles que recebem benevolente*”. Me parece que esta citação também retrata como o setor público implementa suas ações para tentar resolver os

agravos de saúde da população dependente deste sistema. Neste período a capacidade da família em cuidar dos seus membros foi deixada de lado. De várias formas ficou provado que quem dominava o saber naquilo que concerne a saúde, doença e tratamento eram os médicos e não a família. Este conceito, ao longo do tempo, hipertrofiou o conhecimento médico, o atendimento individual e hospitalar e o poder dos laboratórios que produzem drogas e hipotrofiou, subjugou a capacidade da família como cuidadora. Se a família pode cuidar de quem está doente, também ela pode identificar o membro que está doente bem como fazer a promoção da saúde evitando que os seus conviveres adoçam. Por estes motivos é que a promoção da saúde está sendo “(...) estimulada e amparada em lei” (Brasil 3, 1990). Agora pretendemos fazer as duas coisas ao mesmo tempo: não queremos abandonar o cientificismo e ao mesmo tempo queremos que a família passe a assumir o seu verdadeiro papel no cuidado com a saúde, mas com os conceitos de saúde/doença desenvolvidos pela ciência médica. Será que seremos bem entendidos?

Idealizado para reestruturar a assistência à saúde pública o PSF oferece alternativas até então não praticadas, amplia e diversifica as atividades também da enfermagem relativas à família. Possibilita investimentos na promoção da saúde, e quiçá, para o futuro, a vigilância à saúde, como forma de implementar o conceito ampliado de saúde, conquistado na constituição de 1988.

Este programa também foi implantado para, possivelmente, reduzir os custos em saúde, visto que no mundo inteiro, já ficou provada a impossibilidade em abarcar com os “(...) crescentes custos da assistência hospitalar” (Almeida, 1995, p. 48). Neste sentido, vale a pena ressaltar que este programa não deve ser implantado apenas para a satisfação de uma tendência de boa parte do mundo, liderado por grandes potências, como parte de um conjunto de políticas que caracterizam o neoliberalismo ou para comemorar o ano internacional da família.

Quando falamos em Programa de Saúde da Família, pela sua denominação, o que supomos é um trabalho voltado principalmente para a família e sua saúde. Fazendo uma revisão bibliográfica o nome deste programa é repetidamente encontrado, mas nas normas de implementação (Brasil, 1997), pouco tem direcionado para a família. Na prática das atividades diárias pode-se perceber que não há, até o momento, um real trabalho com as



famílias. Aqui a família não passa de um rótulo embutido dentro do programa, revestido de normas e diretrizes programáticas.

Como podemos evidenciar também na prática assistencial, não há um conceito de família, nem de quais seriam os critérios para qualificar, “diagnosticar” a saúde ou a doença da família. Aquela que supostamente seria o alvo da atenção, na prática é a grande ausente. O testemunho desta afirmativa fica claro através de algumas falas da equipe multidisciplinar, de que um dos entraves encontrados nas atividades diárias é a dificuldade de relacionamento com a família, vejamos: *eu não vou na casa do fulano...; eles disseram que vão me dar um tiro; você sabe a encrenca que eu tenho com aquela família.*

## **10. POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DESTE TRABALHO**

O PSF se constitui num esforço do setor público de saúde para tentar resolver, em parte, uma crise que abate de longa data a sociedade brasileira. Muitas tentativas anteriores já se mostraram insuficientes para reestruturar o serviço, pois se defrontaram com obstáculos atribuídos à política de saúde, à cultura dos técnicos e principalmente por falta de recursos financeiros naquilo que concerne a formação de pessoal capacitando-os, a fazer frente às crescentes demandas geradas pelo aumento populacional, envelhecimento e a pobreza.

A contribuição deste capítulo resume-se em apontar algumas possibilidades para a melhoria das condições de trabalho da equipe multidisciplinar, para o ensino da enfermagem e medicina bem como para o desenvolvimento do conhecimento.

### **10.1 - Ao Programa de Saúde da Família**

#### **a) para a família**

A família vista em seu contexto natural e compreendida como o reduto onde podem ocorrer grande parte das condutas geradoras de graus variados de alterações da saúde, constitui-se em ponto crucial e o que se percebe na realidade da prática assistencial do PSF é que não há um entendimento correto do que seja o trabalho com famílias. Acredito que esta equipe deva procurar introduzir na sua capacitação, tópicos relativos à família e que inter-relacionem-se com a prática diária.

**b) para a promoção da saúde**

A promoção da saúde já vem sendo formalmente eleita, inclusive por técnicos em saúde, como o caminho mais seguro e duradouro há aproximadamente duas décadas. Neste período foram esboçados esforços teóricos neste sentido, mas na prática e, na nossa realidade, esta teoria restringiu-se ao papel. O PSF possui todos os pré-requisitos para que a promoção da saúde possa ser implementada. Porém urge que esta equipe adote um método de trabalho claro e que contemple, priorize, e torne exequível esta nova forma de trabalho.

**c) aos gestores**

Todos os gestores têm, ou pelo menos deveriam ter, preocupação com a aplicação dos recursos financeiros e com os resultados que os investimentos possam oferecer. A aplicação de recursos financeiros neste programa ainda não mostrou ter oferecido impacto significativo na saúde ou na doença, em todo o território nacional, observado pelos indicadores de saúde existentes. Existe ainda muita insegurança relativa ao poder de resolução que deixa os dirigentes de saúde inquietos. É imperativo que se tenha um controle, no mínimo do processo saúde/doença, nas áreas cobertas pelo programa. Para isso o gestor deve oferecer apoio político e econômico com vistas à implantação deste mecanismo que, pelo menos em tese, possa medir a qualidade da assistência prestada. A estes cidadãos, eleitos ou indicados, cabe reestruturar a política de saúde que contemple a filosofia que será adotada por todos os profissionais que atuam na área da saúde do Município. Ao gestor também cabe implementar serviços que possam quantificar o custo efetivo do serviço de saúde bem como promover a participação e o controle social.

**10.2 - Para o ensino de enfermagem e medicina****a) para as escolas de formação**

As instituições educacionais precisam responder às necessidades emergentes e às tendências de uma nova saúde pública, reorientando os seus currículos existentes no sentido de melhorar as habilidades em capacitação em defesa desta. Também as Escolas de Enfermagem e de Medicina devem oferecer apoio técnico e eventos que permitam a troca

de experiências a nível local, nacional e internacional. As escolas de formação devem buscar junto às equipes do PSF subsídios para estruturar seus currículos bem como oferecer oportunidades aos alunos para desenvolver estágios curriculares e extracurriculares nestas unidades.

b) aos profissionais já formados

Para estes, caso desejem inserir-se na nova proposta de trabalho, devem procurar consistência profissional junto aos pólos de capacitação, antes de ingressar nesta nova tendência de mercado.

### **10.3- Para o desenvolvimento do conhecimento**

Nesta área haveria benefícios porque poder-se-ia, no futuro, inserir novos elementos de trabalho na prática diária da equipe do PSF. Também abriria espaços relativos a novos métodos de trabalho (ferramentas) que elevam a qualidade do atendimento à população bem como levantar problemas para que futuros pesquisadores pudessem dar continuidade a este processo. Para isso elencamos alguns tópicos: (1) Para melhorar o atendimento e a satisfação da população a equipe deverá, de fato, trabalhar com e na comunidade. (2) Um grande desafio para o conhecimento é a busca de instrumentos eficientes de avaliação do programa e as mudanças ocorridas referentes aos métodos de trabalho da equipe de saúde e o impacto que estes possam oferecer para a melhoria da saúde da comunidade. (3) Outro desafio semelhante impõe-se no desenvolvimento ferramentas eficientes naquilo que tange a vigilância à saúde, como forma de contemplar esta prerrogativa, eleita pelo programa como possibilidade a ser desenvolvida ao longo da implantação e implementação das ações deste programa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Justin. Experiências em saúde da família do Reino Unido. In: 1ª MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. nº1, 1999, Brasília. *Experiências internacionais em saúde da família*. Brasília. p. 33-36.

ALMEIDA, Célia Maria. *As Reformas Sanitárias dos anos 80: Crise ou Transição*. Rio de Janeiro, 1995, 178p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

ARES, Filiberto Pérez. Experiências em saúde da família de Cuba. In: 1ª mostra nacional de produção em saúde da família. nº1, 1999, Brasília. *Experiências internacionais em saúde da família*. Brasília. p. 37-39.

BERLINGUER, Giovani. A reforma sanitária na Itália. *Saúde em Debate*, n. 1, mar. 1987, (encarte especial).

BERLINGUER, Giovani. 15 anos errando pela América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. *Política de Saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, mar. 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Título VIII – da Ordem Social, Seção II – da Saúde. Promulgada em 05 de Outubro de 1988, Brasília.

BRASIL 1. Decreto-Lei nº 99.438. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL 2. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.

BRASIL 3. \_\_\_\_\_ nº8.142, de 28 dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação popular da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde e dá outras providências. Brasília.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS. Brasília, 1994.
- BRASIL 1. \_\_\_\_\_. *Promoção da Saúde* in: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sandswall, Santa fé de Bogotá. Brasília, 1996.
- BRASIL 2. \_\_\_\_\_. Portaria nº2.203, de 06 novembro de 1996. Aprova nos termos do texto anexo, a Norma Operacional Básica - NOB 01/96 do SUS. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]* Seção 1, p. 5.423, Brasília.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*, 1997.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Manual para a Organização da Atenção Básica*, 1998.
- CORDEIRO, Julio. Médico em Casa. *Zero Hora*, Porto Alegre, 27 mai. 1999. Caderno Vida, p. central.
- CUBA. Ministério de La Salud . Programa de Atencion Medica Integral a la Familia. 1975.
- DONZELOT, Jaques. *A policia das Famílias*. 2 ed. Rio de Janeiro : Graal, 1986.
- ELSEN, Ingrid et al. (Orgs). *Saúde familiar: a trajetória de um grupo*. In: \_\_\_\_\_. *Marcos para a prática de enfermagem com Famílias*. Florianópolis : UFSC, 1994. 195p. p. 19-60.
- ELSEN, Ingrid et al. (Orgs). *Desafios da enfermagem no cuidado de famílias*. In: \_\_\_\_\_. *Marcos para a prática de enfermagem com Famílias*. Florianópolis : UFSC, 1994. 195p. p. 61-77.
- FERRARI, Mário, KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. *A importância da Família. Família brasileira a base de tudo*. São Paulo : Cortez, 2000.
- FREIRE, Paulo. *Cartas a Cristina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.
- GIOVANELLA, Ligia et al. *Equidade no Brasil. Saúde em Debate*. n. 40-50, dez. 95 - mar. 1996.
- GOMES, José Carlos Vitor. *Manual de Psicoterapia Familiar*. Rio de Janeiro : Vozes, 1987.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde*. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 13p.

- KADT, Emanuel de, TASCA, Renato. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo-Salvador : Hucitec, 1993.
- LAURELL, Asa Cristina. As políticas de articulações entre serviços públicos e privados na América Latina: Aspectos Políticos, Econômicos e de Integração com a População e as clientelas. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. *Política de Saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MACEDO, Rosa Maria. Família do Ponto de Vista Psicológico: Lugar Seguro para Crescer. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, n. 91, p.62-68, nov. 1994.
- MARTINEZ, José Antonio Morales. O sistema nacional de saúde de Cuba: uma proposta para o logro da equidade. *Nursing*, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 6-7, mai. 1999.
- KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.) Apresentação. In: AMURAS, Marta, Kayayan Agop. *Família brasileira a base de tudo*. 4 ed. São Paulo : Cortez, DF : UNICEF: 2000.
- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. 3 ed. cap. 1, São Paulo-Rio : Hucitec- Abrasco, 1995. 91p.
- MOURA, Demócrito. *Saúde não se dá: conquista-se*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- NETO, Eleutério Rodrigues. Experiências internacionais em saúde da Família. In: 1ª *Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família*. n. 1, 1999, Brasília. p. 45-49.
- ONU. *Declaração universal dos direitos humanos*. Disponível na internet. <http://www.culturabrasil.pro.br.b.html>. 21 agosto 2000.
- PAIXÃO, Waleska. *História da Enfermagem*. 5 ed. Rio de Janeiro, 1979.
- PERRAULT, Michael. Os desafios para as Enfermeiras em Quebec. *Nursing*, v. 2. n. 1-2. abr./set. 1998.
- POSSAS, Cristina de A. A articulação público-privado e o cuidado com a saúde dos pobres: implicações das políticas de ajuste estrutural na América Latina. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. *Política de Saúde: O público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- THÉORÊT, Johanne. *Experiência do programa saúde da família no Quebec*. Exposição proferida em Seminário de Experiências em saúde da família em Brasília. 13-16 jul. 1998.
- SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Sistema único de saúde: realizando a utopia sem perder a utopia. *Saúde em Debate*, n. 43, jun. 1994.

SERRA, José. Pronunciamento do Ministro de Estado da saúde. In: *1ª mostra nacional de produção em saúde da família*. nº1, 1999, Brasília. *Experiências internacionais em saúde da família*. Brasília. p. 16-17.

TRAD, Leny Alves Bonfim, BASTOS, Ana Cecília de Souza. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família: uma proposta de avaliação. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr./jun. 1998.

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, abr./jun. 1997.



## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A enfermagem e as Políticas de Saúde. *Enfermagem*, Rio de Janeiro, n. 1, jun. 1997.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de, ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *O Saber de Enfermagem em Sua Dimensão Prática*. 2 ed. São Paulo : Cortez, 1989.
- BRASIL. Manual do Consumidor e Código de Defesa do Consumidor, 1990.
- JARDANOVSKI, Elio, GUIMARÃES, Paulo Cezar Vaz. Equidade e modelos de saúde: subsídios para a discussão do caso brasileiro. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 42, 1994.

**ANEXO**

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Através deste, nós, abaixo assinados, concordamos que o mestrando Irany Achilles Denti, desenvolva suas atividades dentro do referido curso. Estamos cientes de que não fomos coagidos ou pressionados em aceitar estas atividades entre o nosso grupo de trabalho.

Por outro lado, o mestrando acima referido compromete-se em não divulgar nomes, localidades ou qualquer outro dado que possa comprometer de qualquer forma o grupo que ora o está acolhendo para estas atividades. Também se compromete em atuar dentro da ética e da moral vigente.

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ assinatura \_\_\_\_\_