

“FAZEM UM PSF LÁ DE CIMA...”: UM ESTUDO DE CASO¹

Martha Traverso-Yépez*
Jhoseanne Magalhães Bernardino#
Lílian Oliveira Gomes#

RESUMO. O presente trabalho objetiva mapear a implantação da mais recente unidade do Programa Saúde da Família de um bairro da periferia de Natal, aprofundando-se nos problemas e dificuldades identificados junto aos membros das quatro equipes que a conformam. Por meio da observação participante, do diálogo direto e de grupos focais com os membros das equipes, tem sido possível a criação de um espaço de construção conjunta de conhecimentos. Orientadas pela perspectiva da Psicologia Social, entendida como uma ferramenta de reflexão crítica e principalmente autocrítica sobre o universo simbólico que permeia as práticas de saúde, mostraremos e discutiremos ações e posicionamentos que são verdadeiros dilemas no dia-a-dia, tentando destacar a teia de interdependências envolvida. Esperamos contribuir para uma melhor compreensão da complexidade que envolve a atenção primária à saúde no Brasil, bem como propiciar possibilidades de formas de ação diferenciadas nesse campo.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, implantação, Psicologia Social e Saúde.

“FAMILY HEALTH PROGRAMS MADE FROM THE TOP”: A CASE STUDY

ABSTRACT. The establishment of a recently inaugurated health unit on the outskirts of Natal RN, Brazil, is analyzed by outlining the problems and difficulties, identified and discussed with professionals of four health teams working at the unit. A space of joint construction of knowledge has been introduced by participant observation, direct dialogue and focal groups with team members. Through the perspective a social psychology, considered as critical and self-critical reflective tool with regard to the symbolic structure of health practices, the activities and positioning concerning dilemmas and difficulties faced by health professionals in their daily work will be shown. Interdependency network involved will be thus highlighted. A better comprehension on the complexity that involves primary health care in Brazil and alternative possibilities of action in the field are expected through current contribution.

Key words: Family health program, establishment, interface between Social Psychology and Health.

“SE HACE UN PSF DESDE ARRIBA...”: ESTUDIO DE CASO

RESUMEN. El presente trabajo tiene como objetivo mapear la implantación de la más reciente unidad del “Programa Saúde da Família” de un barrio de la periferia de Natal (capital del estado brasileño de Río Grande del Norte), profundizándose en los problemas y dificultades identificados junto a los miembros de los cuatro equipos que la conforman. Por medio de la observación participante, del diálogo directo y de grupos focales con los miembros de los equipos, fue posible la creación de un espacio de construcción conjunta de conocimientos. Orientadas por la perspectiva de la Psicología Social, entendida como una herramienta de reflexión crítica y principalmente autocrítica sobre el universo simbólico que permea tales prácticas, mostraremos y discutiremos acciones y posicionamientos que son verdaderos dilemas en el día a día, buscando destacar la red de interdependencias envuelta. Esperamos contribuir para una mejor comprensión de la complejidad que envuelve la atención primaria a la salud en el Brasil, como propiciar posibilidades de formas de acción diferenciadas en ese campo.

Palabras-clave: “Programa Saúde da Família”, implantación, Psicología Social y Salud.

¹ Apoio: CNPq.

* Doutora em Psicologia Social. Professora da graduação e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFRN, Natal.

Bacharel em Psicologia, bolsista de Iniciação Científica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Desde que apareceu como proposta em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) apresentou-se como uma estratégia alternativa para melhorar o atendimento na área da atenção primária em nosso país (Brasil, 1997; Conill, 2002; Departamento de Atenção Básica, 2000; Ministério da Saúde, 2004; Natal, 1997). Contudo, a implantação do Programa não tem sido um processo uniforme e contínuo, variando muito de acordo com a conjuntura de lugar e momento.

O presente artigo se configura, assim, como um estudo de caso sobre a dinâmica de implementação da mais recente Unidade do PSF em Felipe Camarão, bairro periférico localizado na Zona Oeste da cidade de Natal (RN). Trata-se de um recorte de nossa pesquisa "*Saúde em contexto: Encontros e desencontros nos discursos dos diferentes atores sociais do PSF num bairro periférico de Natal, RN*", desenvolvida nas três unidades existentes no bairro, objetivando investigar o processo de implantação do PSF através dos discursos dos principais atores envolvidos: gestores dos diversos níveis da instituição, profissionais e usuários do serviço.

Felipe Camarão tem uma extensão de aproximadamente 663 hectares e sua população é de mais de 50.000 habitantes, evidenciando um alto índice de população flutuante (IBGE, 2000). O bairro caracteriza-se por abrigar uma população de baixo poder aquisitivo, com 73% dos chefes de domicílio recebendo até dois salários-mínimos por mês, prevalecendo condições precárias de moradia, serviços públicos deficitários, e problemas sociais como desemprego, violência e consumo de drogas.

A atenção à saúde do bairro está centrada, basicamente, nas três unidades públicas de saúde: um centro de saúde, uma unidade mista e a denominada Unidade de Saúde III. A estratégia do PSF foi iniciada nas duas unidades já existentes no ano de 1999, contando a primeira com quatro equipes e a segunda com seis. A terceira unidade começou a funcionar em junho de 2004, com a finalidade de comportar quatro novas equipes de saúde da família para uma área com cerca de 4.500 famílias (12 mil habitantes aproximadamente) que ficou descoberta nos cinco anos de PSF no bairro.

Na nova unidade foram identificados aspectos problemáticos no próprio processo de implantação/operacionalização do Programa, que se repetem em outros espaços da saúde pública do Nordeste. Acredita-se que através desse espaço de reflexão e de construção conjunta de conhecimento, gerado pelos profissionais das quatro equipes existentes na unidade, estaremos propiciando

posicionamentos mais conscientes dos atores sociais envolvidos, nós, pesquisadores, incluídos.

O PSF E A PRODUÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE ENTRE AS CLASSES MENOS FAVORECIDAS

Evidencia-se que o PSF tem se configurado desde o início como um desafio que vai além dos limites da biomedicina, incluindo aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e psicossociais, normalmente negligenciados. Esses aspectos definem cenários e possibilidades de ação diferenciadas para o desenvolvimento do Programa em cada Estado, em cada região e em cada município (Magalhães & Senna, 2006). Observa-se que a dificuldade em lidar com essa complexidade talvez seja o maior empecilho nos permanentes desencontros entre a proposta dos documentos oficiais e a realidade cotidiana nos serviços de atendimento à população (Vasconcelos, 1999).

O próprio Ministério da Saúde avalia criticamente que as diferentes iniciativas e propostas de mudanças no SUS (Brasil, 1997), até então, apresentam avanços e retrocessos, e que seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, já que não ocorreram as desejadas mudanças no modelo assistencial.

Os princípios de promoção da saúde e de "saúde para todos", bem como o sucesso da experiência em Cuba com o modelo de atenção primária baseado no médico da família, influenciaram a nova proposta do PSF. Contudo, tende-se a desconsiderar o fato de que a saúde pública é, além de um campo técnico-assistencial de cuidados, um campo político-econômico e socioinstitucional (Merhy, 1997; Paim & Almeida Filho, 1998), e está permeado, portanto, por embates e contradições típicas das relações de poder que perpassam toda instituição e o contexto mais amplo do qual faz parte.

Assim, no campo técnico assistencial da saúde pública no Brasil identifica-se a biomedicina tradicional como modelo hegemônico de produção de cuidado, caracterizado por uma prática de atenção à saúde voltada para a doença, o diagnóstico e tratamento. A maioria dos profissionais, até por limitações de tempo e de espaço, ou por falta de formação ou de disposição, ou ainda pela ditadura da rotina, tendem a se preocupar apenas em definir, na maior brevidade de tempo, o diagnóstico e tratamento para uma patologia que dê conta dos sintomas, negligenciando o caráter multifacetado e complexo do processo saúde-doença. A população, por outro lado, tão condicionada ao processo de medicalização

vigente, tende também a estar preocupada apenas com a doença, submetendo-se, assim, ao mandato do médico e à ditadura dos medicamentos (Nogueira, 2001).

No campo econômico, esquece-se que a atenção primária na saúde pública, desde seu início, foi implementada para atender a saúde da grande maioria da população carente de recursos devido à falta estrutural de ocupações produtivas. O PSF se insere, assim, nas políticas públicas de saúde, para acontecer preferencialmente nas áreas socioeconômicas mais desprovidas ou de grupos sociais mais vulneráveis. Concorde-se, portanto, com autores que definem o PSF como uma simplificação da atenção à saúde, por ser dirigida para os pobres (Senna, 2002; Traverso-Yépez, 2001).

No campo político, o princípio da descentralização, a partir da municipalização e da consolidação de sistemas locais, deixa de lado o peso negativo de uma tradição no Brasil assentada no clientelismo e na politicagem (Senna, 2002). Isso contribui para a configuração de um PSF dependente do grau de honestidade e transparência do setor político responsável, tanto na Secretaria do Estado quanto na Prefeitura, tornando-se, em muitos casos, um mecanismo de barganha política.

SITUANDO NOSSO ESTUDO NA INTERFACE PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE

Nossa pesquisa alinha-se com uma psicologia social crítica, considerada como ferramenta de estudo e reflexão sobre as formas de ação e intervenção em saúde, perpassadas pelas racionalidades e materialidades institucionais. Propõe-se, portanto, um aprofundamento na forma como os costumes ou usos sociais corriqueiros, considerados como “textos” na conotação da etnografia institucional, coordenam as ações e práticas das pessoas envolvidas no cotidiano dos serviços públicos de saúde, geralmente de forma não reflexiva (Campbell & Gregor, 2002; DeVault & McCoy, 2002).

Deve-se destacar que essa concepção coincide com a perspectiva discursiva, ao considerar metaforicamente o mundo social como sistemas de textos ou discursos que podem ser “lidos” pelo pesquisador. Segundo Parker (1996), essa leitura deixa entrever o universo simbólico do senso comum, tendo a vantagem “de manter em primeiro plano a idéia de que os sistemas de significados são estruturas relativamente constantes que organizam a subjetividade” (p.79). Em outras palavras, nossas formas corriqueiras de agir e de nos relacionar são, ao

mesmo tempo, expressão e definição de nossa subjetividade.

Acredita-se que todo trabalho em saúde é um encontro de subjetividades diferenciadas em função de histórias e contextos de vidas diferentes, que definem valores, idéias e concepções diversas. Como todo encontro num espaço institucional, este não acontece num vácuo, mas está perpassado por práticas técnico-assistenciais, bem como aspectos sociais, econômicos, culturais, ideológicos, e pelos correspondentes processos de significação e geração de sentido.

Nossa proposta é que a reflexão sobre essas práticas no processo da pesquisa traga à tona novos processos de significação e subjetivação, e com isso, possibilidades de mudanças (Traverso-Yépez, 2002). Coincidentemente, Campos (2003), com uma orientação filosófico-marxista, fala dos processos de intersubjetivação ou de constituição de sujeitos como Método Paidéia, insistindo em seu potencial pedagógico e terapêutico.

Na perspectiva da psicologia social mais crítica, sabe-se que o tipo de “reorientação” proposto por Campos (2003) implica mudanças na forma de ver as coisas. Isso não é fácil, especialmente por se fundamentar numa perspectiva de preocupação pelo outro que está em oposição à tradicional perspectiva individualista e egocêntrica do sistema socioeconômico vigente. Entretanto, acredita-se que, se em lugar de esperar as mudanças nos outros, começarmos com as mudanças em nossas próprias práticas, através da dinâmica de intersubjetivação, viabilizam-se possibilidades de mudanças, tornando-nos assim “facilitadores de contextos de ressignificação” (Traverso-Yépez, 2002).

A ABORDAGEM METODOLÓGICA

O processo de investigação desenvolveu-se de maio a dezembro de 2005, e além de visitas e conversas informais no processo de observação participante, realizaram-se três grupos focais. Em cada encontro foi gerado um processo de reflexão. Assim, no primeiro, esse processo foi gerado a partir da lista das atribuições da equipe enquadradas na proposta oficial do PSF (Natal, 1997). Já para o segundo encontro, preparamos um breve questionário com perguntas abertas para que fossem identificadas três das principais dificuldades que esses servidores estavam encontrando na prática cotidiana de trabalho, e que fossem apontados, também, os aspectos positivos de suas práticas. As respostas foram classificadas em termos de porcentagem pelo número de vezes que aparecem nos questionários.

Em novembro, realizamos mais um grupo focal, visando à reconstrução e reelaboração das análises anteriores. Preparou-se uma síntese do que os membros das equipes identificaram previamente como aspectos positivos e negativos da implementação do PSF.

A fim de aprofundar um pouco mais as percepções pessoais e o tipo de relações estabelecidas no cotidiano institucional, foi solicitado que os participantes identificassem quais dos aspectos negativos apontados podiam ser mudados e como isso seria possível. Igualmente, solicitou-se que respondessem quais dos aspectos positivos apontados julgavam ser de maior importância para o desenvolvimento do programa e como poderiam manter ou aperfeiçoar o que já estava sendo realizado.

Ao longo dos encontros foi possível a análise crítica do que estava surgindo. Essa dinâmica permitiu uma construção conjunta, por parte dos participantes e pesquisadores, de argumentos para assegurar um melhor entendimento do cotidiano na Unidade. Destaque-se que, além de se contar com o consentimento informado para o desenvolvimento da pesquisa, segundo prescreve o Comitê de Ética, em todos os grupos focais foi solicitada a permissão para gravar, o que possibilitou um maior aprofundamento nas análises do material impresso que fomos construindo.

DISCURSOS SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA UNIDADE III

Nos grupos focais destaca-se em primeiro plano a questão política. É quase unânime entre os profissionais a compreensão de que o PSF naquela parte do bairro acabou sendo implantado de forma “atropelada”, não permitindo um planejamento adequado das novas estratégias de atuação que o Programa abarca. Atribuem isso ao fato de a implantação da referida Unidade ter ocorrido em período de campanha eleitoral. Nas palavras de uma participante: “...por que começa-se o atendimento? [...] por causa de uma eleição [...] Se você não atendia, o paciente dizia ‘ah, isso é uma porcaria’, chegava com mil e um palavrões com a gente e isso a gente tinha que aturar.”

Os participantes não parecem levar em consideração o fato de que toda essa população passou mais de cinco anos aguardando por uma melhor assistência à saúde, sofrendo filas e acumulando frustrações na congestionada Unidade Mista do bairro. Os profissionais ainda apontam que precisaram “lutar” contra a própria comunidade, que desconfiava

de seus trabalhos e acreditava se tratar apenas de “enganar o povo” e que, logo após a eleição, a Unidade em questão seria extinta. Por isso, os membros do PSF sentiram-se pressionados a “correr para mostrar serviço”.

Um segundo problema foi a questão do espaço físico no qual funciona a Unidade: uma casa alugada, onde a maior complicação foi o atendimento começar antes de ser reformada. Somente ao final da eleição de 2004 foi que se deu início as obras de reforma, sem, no entanto, as equipes pararem seus trabalhos, uma vez que a SMS “não queria dar margem para o povo falar”. A previsão era que as obras durassem até dezembro, mas foi apenas em meados de março de 2005 que a reforma foi concluída.

Apesar de os profissionais estarem trabalhando no “quintal das obras em andamento”, os responsáveis pela reforma não escutavam as suas reivindicações, argumentando “não estar no orçamento”, sendo isto fonte permanente de atrito. Eles interpretam isso como mais uma expressão da verticalidade das ações no sistema:

“Um projeto que não corresponde a nossa realidade. Quando ele chegou, de cima pra baixo, não pediram a nossa opinião. A gente se queixou e tudo, mas assim [...] ninguém levou em conta nada do que a gente disse.”

Destarte, os espaços físicos ficaram super-reduzidos. A própria sala de espera é uma ampliação do corredor onde foram construídos bancos de cimento para os usuários aguardarem o atendimento, comprometendo a circulação das pessoas que transitam pela Unidade. As quatro salas de atendimento das equipes possuem no máximo cinco metros quadrados e as salas de vacina, de preparo e de arquivo são ainda menores. A sala da direção tem menos de quatro metros quadrados.

Na dinâmica de observação participante, além de alguma mudança com relação ao planejamento original, outros dos problemas identificados com relação ao espaço físico foram: a) não há possibilidade de se usar a sala de espera para atividades educativas com a população, pois o espaço, além de ser mínimo, possui iluminação e ventilação inadequadas; b) falta uma central de esterilização, dependendo da Unidade Mista e da disponibilidade do transporte para realizar esse processo; c) falta também um espaço para reuniões entre as equipes, que, quando necessário, acabam usando o consultório odontológico ou a sombra de uma árvore no quintal da casa; d) os agentes de saúde não têm nenhum lugar na Unidade. Quanto a esse último aspecto, a Secretaria justifica

que “*estes profissionais devem estar em campo*”, mas é evidente a necessidade de um espaço para que eles articulem e planejem as atividades do dia.

Ainda sobre o momento de implantação do Programa, ressalta-se também o fato de as equipes de saúde não estarem completas, iniciando o serviço apenas com dois médicos, que atendiam baseados ainda no atendimento tradicional. Embora até janeiro de 2005 os outros profissionais tenham sido gradativamente incorporados no cotidiano do serviço, devido ao alto índice de rotatividade do pessoal, as equipes dificilmente estão completas².

Outro aspecto destacado relaciona-se à falta de preparação adequada das equipes. Os profissionais reclamam que não foram realizados treinamentos introdutórios satisfatórios sobre o PSF, apesar de saberem que muitos dos profissionais vieram de outras áreas de atendimento. Segundo relatos, estes profissionais receberam apenas uma apresentação sobre as normas e as atribuições das equipes, ressaltando queixas do tipo: “*agora senta na mesa... atrás da mesa dentro do consultório... que você vai ver que isso não existe. Isso é utopia...*” Ficam, assim, em evidência as limitações dos profissionais para operacionalizar aquilo que está no papel, diante das condições de vida e das demandas da população assistida.

Desde o início, a forma de trabalho foi delineada no sentido de dividir os dias da semana para marcação de consultas por equipe, sendo que dezesseis fichas de consultas diárias são marcadas e quatro ficam reservadas para uma demanda espontânea. Porém se observa que, devido a essa demanda ser elevada, o número de atendimento é maior. Igualmente, apesar das limitações do espaço físico, desde o início são desenvolvidas na Unidade intervenções em grupos - tais como de gestantes, hipertensos e diabéticos - objetivando basicamente passar as informações e ter o controle mensal dos pacientes cadastrados.

A carga horária de trabalho dos profissionais é de quarenta horas semanais, sendo que nas sextas-feiras há interrupção dos atendimentos para as reuniões das equipes, objetivando o planejamento das atividades e transmissão de informações. Contudo, percebem-se graus variáveis de motivação, interesse e compromisso em todas as tarefas, tanto no cumprimento dos horários quanto na forma de envolvimento nas ações cotidianas.

² De acordo com a proposta do PSF, cada equipe, teoricamente, está formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001). Inclui também um odontólogo e seu respectivo auxiliar

POSICIONAMENTOS E RELATOS DOS GRUPOS FOCAIS

A sistematização das respostas ao questionário permitiu identificar os aspectos negativos mais destacados pelos membros das equipes (Tabela 1), gerando processos de argumentação e posicionamentos que serão caracterizados a seguir:

Tabela 1. Aspectos Negativos Apontados nas Práticas Cotidianas de Trabalho de Profissionais do PSF- Unidade III.

Aspectos negativos: categorias	%
Problemas na infra-estrutura física da Unidade.	17,1
Precariedade do serviço e das condições de trabalho.	15,8
Problemas sociais da comunidade.	10,5
Difícil acesso aos usuários, casas fechadas e periculosidade.	10,5
Dificuldades com a SMS, problemas de gerenciamento e acompanhamento das ações.	8
Problemas de comunicação entre membros da equipe e entre equipe e comunidade.	7,9
Falta de profissionais em função da grande demanda.	6,6
Problemas de relacionamento entre profissionais e usuários (vínculo).	5,3
Resultados não satisfatórios quanto à educação em saúde.	5,3
Problemas nos encaminhamentos (referências e contra-referência)	2,6
Problemas de agendamento e entrega de poucas fichas	2,6
Deficiência na dinâmica intersetorial	2,6
Limitados trabalhos preventivos ou de promoção à saúde.	1,3
Dificuldades na formação e preparo dos profissionais	1,3
Ausência de profissionais de outras especialidades, chamados “de apoio”.	1,3
Falta de “compreensão da comunidade – aceitação da realidade das condições de saúde”.	1,3
<i>Total de respostas</i>	100%

Como já mencionado, observou-se que uma das queixas mais reiteradas relaciona-se à infra-estrutura física da Unidade (17,1%), bem como à precariedade das condições de trabalho e do serviço (15,8%), que se expressam de múltiplas formas. Uma delas é a falta da farmácia, que foi planejada, mas “*resolveram depois que a gente não teria...*”.

Dois tipos de argumentação permeiam os discursos sobre essa necessidade. O primeiro diz respeito ao fato de que, por não possuírem farmácia nem serviço de urgência, eles sentem que fracassam em dar conta da demanda espontânea que surge na unidade. Assim é apontado que “*nem dipirona a gente não tem, certo? (...) Chegou uma criança aqui já*

quase cinco horas da tarde, com 39º, (a mãe) não tinha dinheiro pra medicação, não tinha medicação em casa nem podia ir pro pronto-socorro. Veio só olhar pra mim.”

Essa problemática se estende inclusive para os usuários que compõem os grupos de diabéticos e hipertensos. Segundo os participantes, a instituição poderia evitar gastos desnecessários. Assim, como expressado por um participante: “[...] *uma pessoa chega aqui com a pressão alta, um pico hipertensivo, se a gente tem um “captropil”, põe embaixo da língua e ele fica aqui mesmo. Muitas vezes, economizou-se o quê? A gasolina da SAMU... a SAMU”*

Considera-se que isso atrapalha a premissa principal do PSF, isto é, a de ter sido planejado para se tornar a porta de entrada para níveis de atenção mais complexos, porém, devido às limitações dos serviços, não atinge as expectativas iniciais e ainda sufoca outros níveis de atenção, tais como pronto-socorro e hospitais.

Uma segunda questão enfatizada é a distribuição insuficiente de medicamentos para os usuários cadastrados nos programas de diabéticos e hipertensos. Acrescente-se que, pela distribuição insuficiente generalizada, os pacientes fazem “viagem perdida” até a Unidade Mista, muitas vezes a pé, por não terem dinheiro para o transporte “*e quando chegam lá, não tem a medicação para eles [...] Está havendo uma coisa errada. A gente manda, aliás, é passado 60 comprimidos e só dão 10. Que programa é esse? [...] qual é o direito a pessoa da farmácia cortar 40 ou 20 comprimidos?”*

A falta de organização quanto à distribuição dos medicamentos e aos aspectos burocráticos se revela também nos incessantes recadastramentos solicitados cada vez que é cobrada a medicação que falta:

“A gente faz o cadastro, a medicação vai toda lá pra baixo... o que tá acontecendo é que tem que fazer o cadastro novamente, o que já fizemos, já enviamos pra Secretaria... (...) na minha equipe já enviamos duas vezes a mesma coisa.”

As ações dos gestores são assim criticadas por não considerarem as necessidades da população³, sendo o profissional quem deve assistir às reclamações

³ No encontro com os gestores foi comentado que as limitações nas quantidades de medicamentos distribuídos “foi um problema já superado”, porque o que aconteceu foi decorrente da demora burocrática na licitação, forçando a “racionalização” na distribuição.

e ao sofrimento dos usuários, e até ver os riscos dos pacientes de ficarem sem o medicamento ou “*reaproveitando as seringas descartáveis*”.

Igualmente, alguns profissionais são concordes ao comentarem sobre a falta total da dinâmica de intersectorialidade estabelecida nos documentos oficiais do PSF. Existe a queixa de não existirem subsídios para uma atenção integral à saúde:

Eu imaginava assim, quando a gente detectasse um problema, uma doença que acontecesse com uma certa frequência, a gente ia na microárea, fazia um estudo, fazia um relatório. Esse relatório iria pra alguém e iria ser avaliado e aquele problema seria resolvido. Então se a gente detectasse[...] naquela casa... teria esgoto e teria lixo... de acordo com nosso relatório viria uma solução pra aquilo, mas não vem, isso não funciona. Entendeu?

Fica claro que à precariedade das condições de trabalho e do serviço somam-se os problemas socioeconômicos da população (10,5%), identificados pelos profissionais com diferentes expressões, tais como, “*falta de emprego*”, “*precariedade de ingressos*”, “*desinformação*”, “*baixo nível educacional e analfabetismo*”, “*agressividade*”, “*dificuldade de mudança de hábitos e descaso pelos problemas de saúde*”:

[...] a gente fica... orienta, medica, orienta, “medica... e assim, nunca consegue acabar certas doenças. Quer dizer a gente tem criança que sempre faz tratamento de verminose e todas as vezes que a criança vem... está com verminose. Aí a gente vai ver o que é, é lixo, é esgoto, é péssimas condições de moradia, e etc...”

Os membros das equipes sugerem que “*um PSF para ser implantado deveria ter uma avaliação prévia das condições dessa comunidade*”. Enfatizam, ainda, quanto todo o investimento e esforços deles são inúteis se não existirem melhorias socioambientais, considerando que muitas das doenças são geradas ou agravadas pelas péssimas condições de vida. Um agente de saúde comenta ter toda uma família com problemas de asma:

“é uma família que mora [...] em cima do morro[...] eles cozinham com resto de madeirite que eles pegam, então não tem condição uma pessoa que é asmática conviver toda hora na fumaça.”

A miséria existencial definida pela falta de recursos se reflete também nas limitadas possibilidades de sucesso da tradicional educação em saúde evidente nos depoimentos dos profissionais. Os profissionais argumentam que existem limites quanto às orientações dadas à comunidade, visto que esta possui tão-somente as condições mínimas de vida. Um dos profissionais refere que os gestores e as pessoas em geral não parecem ter noção do grau de pobreza existente no bairro todo:

[...] a gente orienta e a pessoa diz: ‘mas aqui não têm água todos os dias, como é que a gente vai tomar banho todo dia? Mas aqui não tem sabão, o sabão que tem a gente tem que economizar pra lavar a louça e a roupa’. Entendeu como é que é?...”

Características da população são ainda apontadas para fazer referência a resultados não satisfatórios quanto à educação em saúde (5,3%), como “*peças não aparecem à unidade após o encaminhamento*” ou “*mães que se recusam a vacinar os filhos*”. Pode-se também somar aos problemas anteriores uma outra categoria, destacando-se “*problemas de relacionamento entre profissionais e usuários*” (5,3%), o que enfatiza claramente como as diferenças socioculturais geram verdadeiras barreiras na comunicação (Briceño-León, 1996).

Os participantes da pesquisa ressaltam também a falta de informação e compreensão por parte da população acerca do que é o PSF. Destacam que a população tem uma imagem distorcida do programa, centrada no modelo médico-assistencial e medicalizador. Contudo, não percebem que os usuários simplesmente têm “incorporado” o único tipo de práticas que eles conhecem, sendo isso consequência do pouco esclarecimento da própria equipe quanto aos princípios e fundamentos do PSF.

Percebe-se que a tendência das equipes é não se responsabilizar por essa “*imagem distorcida da população*”, apesar de em outros momentos, como na Oficina de Planejamento, terem reconhecido a necessidade de discussão sobre o que é o PSF para eles mesmos, em processos de educação continuada.

Considera-se que as dificuldades nas relações com a SMS (8%) estariam perpassando e/ou agravando todos esses entraves descritos até o presente momento. À queixa de “*falta de incentivos e de apoio institucional dos gestores*” somam-se outras como “*problemas no planejamento e acompanhamento das ações*”, que se expressam corriqueiramente nessa dinâmica de improvisações e verticalidade nas práticas e que tendem a ser resumidas pelos participantes como

“*problemas de comunicação*”. Esses problemas dificultam a prática cotidiana na Unidade, uma vez que as equipes acabam não dando continuidade às ações programadas, porque outras ordens chegam de “*pára-quedas pra gente em cima da hora*”.

Foram, ainda, mencionadas duas categorias, que estão mais focalizadas nos membros das equipes. A primeira agrupa os problemas de comunicação entre estes profissionais e técnicos (7,9%) e inclui argumentos como “*burocracia e verticalidade*”, “*falta de espírito de equipe*”, “*fluxo de informação caótica*”, “*consultas canceladas em cima da hora*”. Em algumas equipes é sentida a falta de entrosamento entre os membros, especialmente nos casos em que fica evidente a ausência de profissionais, ou a falta de comprometimento de alguns deles, que acaba contagiando e gerando uma dinâmica de desarticulação e de falta de compromisso entre todos e cada um dos seus membros.

A segunda enfatiza a carência de profissionais em função da demanda (6,6%). Devido à ênfase no aspecto curativo e medicalizador e às próprias limitações da Unidade, os profissionais não conseguem dar conta de atender devidamente a população que ali chega. Contudo, deve-se destacar que, apesar dos entraves, alguns profissionais tomam iniciativas pessoais a fim de dar respostas às necessidades dos usuários que procuram o serviço, revelando maior comprometimento com seus trabalhos:

“Às vezes quando eu tenho paciente meu hipertenso, com diabetes, tá muito descompensado, minha irmã é nutricionista, eu mando pra ela. **Ela trabalha em outro bairro** [grifo nosso], aí eu falo com ela antes, algum horário dela ela tá reservando pra alguns pacientes meus daqui que vão pra lá, porque eles vão praqui e não tem acesso [...]”

É de lamentar que o PSF nesse contexto local se configure apenas com a equipe mínima de profissionais da área biomédica, apesar da proposta da concepção ampliada de saúde e de existirem as demandas da população por ações de outros profissionais considerados indispensáveis ao serviço, tais como nutricionista, assistente social e psicólogo, entre outros:

“Quando precisa, a gente tá mandando (...) procurar o Paif que tem assistente social e psicólogo. E o psicólogo... muitas vezes não estamos mandando pra Paif, manda pra Mista. No caso da Mista não tá atendendo

psicólogo, aí já se manda pra Nazaré, eu peço que vá a Nazaré que tem dois psicólogos, um manhã e um à tarde. E também nutricionista que a gente manda pra Mista...”

Outro aspecto que é debatido nos encontros e aparece também nos questionários são os “problemas nos encaminhamentos” (2,6%). A marcação de referências e as contra-referências simplesmente não funcionam de forma eficiente, o que alguns dos participantes associam também com as questões gerenciais da saúde pública.

Colocações feitas de forma isolada nos questionários também foram consideradas por revelarem outros aspectos importantes discutidos nos encontros, como condições limitadas para trabalhos de prevenção ou de promoção à saúde e a falta de formação continuada dos profissionais e dos técnicos. Não faltou quem comentasse que “os usuários tinham que se conformar com o precário do atendimento”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: REFLETINDO SOBRE ESSA COMPLEXIDADE

Com a experiência da sua recente implementação, o trabalho na Unidade III tem sido significativamente valioso para a compreensão dos problemas com que a saúde pública se depara, de forma geral. Como já colocado, nosso ânimo não foi fazer críticas, mas sistematizar as informações compartilhadas ao longo da pesquisa para estudar as relações de poder vigentes e as interdependências de umas queixas com outras.

Observa-se que os discursos dos participantes deixam entrever relações sociais nas quais a verticalidade e a burocracia das ações são o pano de fundo que configurou a implementação do programa na unidade. Esse delineamento descompassado entre os “*de cima*” e os que estão “*aqui em baixo*”, usando a fala dos atores sociais, serve também para justificar a verticalidade das ações dentro das próprias equipes, como expresso em depoimento de um agente de saúde: “*elas [ordens] são dadas e cumpridas. É a mesma cobrança... se a gente não fizer...*”.

Entende-se que essa verticalidade é fruto da normalização preestabelecida pela dinâmica tradicional na sociedade como um todo, caracterizada por profundas desigualdades e hierarquias socioeconômicas. Tende a existir uma banalização das desigualdades, tanto entre os gestores quanto entre os profissionais de forma geral, produzindo uma falta de sensibilidade e senso autocrítico com relação às dificuldades de implementação das políticas públicas,

especialmente se elas são dirigidas à população na base da pirâmide social.

Além da verticalidade das ações e sua reprodução nas práticas cotidianas, outro aspecto que se deve apontar é a forma como os usos sociais corriqueiros tendem a reproduzir o foco na doença, deixando de lado os aspectos socioambientais, que nesses setores estão influenciando marcadamente as condições de saúde da população; e mesmo com o foco na doença, a dinâmica da integralidade, tão destacada entre os princípios do SUS, deixa a desejar. Assim, são permanentes as queixas sobre a burocracia e a ineficiência dos serviços de referência e contra-referência.

A questão da intersetorialidade também fica restrita ao papel, no momento em que, na inserção dos profissionais, são deixadas de lado outras especialidades das ciências sociais e da saúde que poderiam dar o apoio logístico para manter uma verdadeira dinâmica de atenção integral à saúde. Observa-se que os profissionais na equipe mínima do Programa ficam restritos à área biomédica e sentem-se impotentes para dar conta dos outros problemas, já que não têm nem tempo nem a preparação e/ou disposição para atender a essas outras necessidades.

Percebe-se, também, uma situação similar de limitações para o desenvolvimento de trabalhos de prevenção e especialmente de promoção da saúde, embora eles sejam tão centrais na proposta do PSF. Deve-se destacar, assim, a ênfase dada à dinâmica de avaliação quantitativa epidemiológica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que restringe a possibilidade de ações qualitativas de promoção da saúde, por não ter o reconhecimento adequado de produtividade econômica.

Nas práticas dos gestores fica implícita a idéia de que, com a implementação do PSF, a demanda espontânea deveria automaticamente diminuir, o que é impossível se considerarmos que as pessoas continuam morando nas mesmas condições de miséria existencial que geram as doenças. Como enfaticamente destacam os profissionais, “*adianta dar medicamento hoje, se eles (os usuários) continuam usando essa água contaminada para tudo o que precisar?*”

Deve-se assinalar que a Prefeitura de Natal, por meio da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS), implementou recentemente o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) no bairro, porém com um orçamento reduzido para pagamento dos profissionais contratados como trabalhadores temporários, sem vínculo empregatício. Mais negativo é, ainda, o fato de não ter

gerado nenhuma ponte de complementação entre esses profissionais e os da Saúde da Família. Como destacado por um participante, eventualmente os membros da Unidade procuram os profissionais do PAIF para algum problema específico, mas não existe uma relação consistente entre as duas instituições. Nos grupos focais foi enfatizada a necessidade do fortalecimento dessas iniciativas para um trabalho mais integrado.

Observa-se nas avaliações pessoais dos profissionais e gestores sobre o serviço, que a tendência tradicional é culpar “os outros”. Embora os participantes na pesquisa apontem claramente os problemas, tendem a responsabilizar as outras instâncias pelo descaso na qualidade dos serviços. Assim, os profissionais tendem a cobrar dos gestores e até dos usuários, e os gestores cobram dos profissionais. Contudo, negligencia-se a teia de interdependências envolvida. Aos empecilhos destacados anteriormente, deve-se acrescentar a vigência do modelo liberal-privatista existente em nossa sociedade. Concordamos com Merhy (1997), quando fala desse modelo como premente nos processos de subjetivação entre os profissionais de saúde, “capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro – inclusive os próprios trabalhadores entre si – de uma maneira impessoal, objetivante e descompromissada” (p. 118). A mesma dinâmica acontece entre muitos dos gestores.

Observa-se que políticos e gestores, nas esferas da administração, bem como a grande maioria dos profissionais do serviço, pertencem à classe média, portanto não usam o serviço público, tornando-se-lhes difícil compreender as penalidades de um sistema que vêem apenas de longe e que não sofrem na própria pele. Igualmente, os valores vigentes de individualismo e competição parecem contribuir para essa falta de sensibilidade, limitando significativamente as possibilidades dessas pessoas de se colocarem no lugar do outro.

Desconsidera-se, também, que no referente à precariedade na infra-estrutura, bem como à precariedade do serviço, nem sempre a responsabilidade está restrita ao âmbito local municipal mais imediato, levando em consideração as complexas relações de poder derivadas das práticas políticas corriqueiras. Existe uma complexa burocracia na alocação das verbas federais, estaduais e municipais, que são sempre limitadas e insuficientes, considerando-se que o total constitui apenas 3,2% do PIB, para um sistema que prega universalidade e integralidade nas suas ações (Marques & Mendes, 2003).

Todas essas questões e posicionamentos apresentados ao longo deste texto mostram que a dinâmica do PSF na Unidade III, analisada à luz das

diretrizes do PSF, no momento de desenvolvimento da pesquisa deixa a desejar, acarretando desgaste e frustração às pessoas envolvidas. Contudo, o conceito de “relação social textualmente mediada” da etnografia institucional (Campbell & Gregor, 2002), que faz referência a esse uso dos textos ou parâmetros estabelecidos socialmente que usamos na vida cotidiana de forma não reflexiva, ajuda a esclarecer a pouca consciência de nossa co-participação na reprodução da organização social vigente.

Daí acredita-se que os piores empecilhos são decorrentes de problemas institucionais e sócio-ideológicos. Em qualquer processo institucional, os problemas e dificuldades vivenciados pelas pessoas envolvidas no cotidiano das suas práticas sociais, seja como gestores, seja como profissionais, técnicos ou usuários do serviço, tornam-se de difícil resolução de forma restrita ao campo imediato de ação (Campbell & Gregor, 2002). Esses problemas acabam, portanto, sendo banalizados como aquilo que está fora de controle, e, aceitos como insuperáveis, contribuem para gerar mais dificuldades e empecilhos, configurando o profundo hiato entre os direitos constitucionalmente garantidos e a efetiva implementação dos serviços públicos a eles associados.

Não obstante, qualquer prática social é um processo, e um relato/recorte desse processo dificilmente dá conta dessa dinâmica, a qual continua sempre em desenvolvimento. Algumas coisas na Unidade, com certeza, têm melhorado e outros novos problemas podem ter aparecido; porém, a mensagem que tentamos deixar é que, na perspectiva da Psicologia Social crítica, tanto pela ação quanto pela omissão, somos, sim, em maior ou menor grau, co-participantes nessa dinâmica social. Isso demanda consciência e reflexão autocrítica permanente sobre o que é possível ser feito, significando uma grande diferença na qualidade do “cuidar”, não só nas práticas em saúde, mas em todos os níveis do serviço, desde o auxiliar de serviços gerais da Unidade, passando por todos os outros trabalhadores, gestores, políticos no Ministério da Saúde e chegando mesmo até o topo da escada social.

REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Recuperado em 17 de janeiro de 2003, de <http://www.geocities.com/Area51/Station/8089/psf/apresentacao.htm>.

- Brasil, Ministério da Saúde (2001). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Recuperado em 15 de fevereiro de 2006, de <http://www.psfbrasil.com.br/modules.php?name=Sections&op=listarticles&secid=8>.
- Briceño-León, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(1), 7-30.
- Campbell, M. L. & Gregor, F. (2002). *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Canadá: Garamond.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Conill, E. M. (2002). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suplemento), 191-202.
- Departamento de atenção básica - Secretaria de políticas de saúde (2000). Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 34(3), 316-319.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography: Using interviews to investigate ruling relations. In F. J. Gubrium & J. A. Holteins (Eds.), *Handbook of Interview Research* (pp. 751-776). Thousand Oaks/London: Sage
- IBGE (2000). Censo demográfico de 2000. Recuperado em 20 de fevereiro de 2006, de <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/territorio/infounit.asp?codunit=23921&z=t&o=3&i=P%20>.
- Magalhães, R. & Senna, M. de C. M. (2006). Local implementation of the Family Health Program in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(12), 2549-2559.
- Marques, R. M. & Mendes, A. (2003). Atenção Básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e de financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 403-15.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). Em L. C. Cecílio (Org.), *Inventando a mudança na saúde* (pp. 117-160). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica (2004). *Dez anos de saúde da família no Brasil*. Recuperado em 12 de junho de 2005, de www.saude.gov.br.
- Natal (1997). *Projeto de implantação do Programa de Saúde da Família - PSF - no município de Natal*. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. Recuperado em 17 de janeiro de 2003, de www.geocities.com/area51/station8089.
- Nogueira, R. P. (2001). Higiomania, a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. Em E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde* (pp. 63-72). São Paulo: Hucitec.
- Paim, J. S. P. & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revistas de Saúde Pública*, 32(4), 299-316.
- Parker, I. (1996). Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. En A. J. Gordo-López & J. L. Linaza (Orgs.), *Psicologias, discursos y poder (PDP)* (pp. 79-92). Madrid: Visor.
- Senna, M. de C. M. (2002). Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suplemento), 203-211.
- Traverso-Yépez, M., (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- Traverso-Yépez, M. (2002). Influencia del modelo biomédico en las prácticas de salud. *Revista de Psicología Universidad de Valparaíso*, 2(2), 122-132.
- Vasconcelos, E. M. (1999). *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Recebido em 25/04/2006
Aceito em 14/11/2006

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos profissionais participantes da pesquisa

Endereço para correspondência: Martha Traverso-Yépez. Rua Ind. João Motta, 1637, ap. 1003, Capim Macio, CEP 59082-410, Natal-RN. E-mail: traverso@ufrnet.br