

Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN)

Family health: changing practices?
A case study in the city of Natal (RN), Brazil

Marize Barros de Souza Araújo¹
Paulo de Medeiros Rocha²

Abstract *This article presents a qualitative case study where the unit of analysis was the Family Health Program team of Natal city, Rio Grande do Norte State, Brazil. The objectives were to analyze the conceptualizations of the professionals regarding teamwork as well as to identify in these practices the elements that contribute to an effective change in the hegemonic health model. The study was based on the Peduzzi (1998) typology and definition of health team and was conducted in six family health units in the North and East health districts selected by a pre-established criteria. Data were collected using a semi-structured interview applied in family health teams, which were analyzed using the Collective Subject Discourse proposed by Lefèvre and Lefèvre (2003). The results indicate a predominance of an integrated team type, and also that teamwork is an essential element for the development of the Family Health Strategy.*

Key words *Teamwork, Family health, Assistential model, Collective subject discourse*

Resumo *Este trabalho, representa um estudo de caso qualitativo, cuja unidade de análise é a equipe de Saúde do Programa Saúde da Família do município de Natal (RN). Tem como objetivos analisar as concepções dos profissionais sobre a prática do trabalho em equipe e reconhecer nessas práticas elementos que contribuam para a efetiva mudança do modelo de saúde hegemônico. Partiu-se da definição e tipologia de equipe de saúde elaborada por Peduzzi (1998), como principal fundamentação teórica. O estudo foi realizado em seis unidades de saúde da família, nos distritos sanitários Norte e Oeste. Esses serviços foram selecionados de acordo com critérios preestabelecidos. Foi utilizada como método para coleta dos dados empíricos a entrevista semi-estruturada com as equipes de saúde da família. Para análise do material empírico, utilizou-se o discurso do sujeito coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003). Os resultados apontam para um domínio da equipe do tipo integração. O trabalho em equipe surge como elemento essencial para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Palavras-chave Trabalho em equipe, Saúde da família, Modelo assistencial*

¹Secretaria Municipal de Saúde do Natal (RN). Rua Industrial João Motta 1541/ d 102, Capim Macio. 59082-410 Natal RN. marizern@bol.com.br

²Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

Observa-se nas últimas décadas uma crise de âmbito global, resultante da nova ordem mundial que surgiu com a expansão do capitalismo. O desenvolvimento científico e tecnológico conquistado pelo homem parece não dar conta de solucionar os graves problemas da humanidade (a poluição do meio ambiente, a degradação da natureza, a pobreza, a miséria, a fome, os distúrbios de comportamento, a criminalidade, a violência e o desemprego). Trata-se de uma crise paradigmática, que infringe os direitos humanos e ameaça a qualidade de vida da população¹.

As repercussões dessa crise impactam diretamente os Estados nacionais e suas políticas sociais, a saúde aí incluída, com severas restrições no campo do seu financiamento e profundas modificações na organização das suas práticas e nas atividades de trabalho dos gestores e profissionais^{2,3}.

No campo da saúde, a crise coloca à prova o modelo médico hegemônico baseado no paradigma flexneriano, que tem demonstrado limitações em responder de forma positiva às necessidades sociais geradas pela complexidade do processo saúde-doença⁴.

Nesse cenário, no Brasil, amplia-se o debate sobre as formas de redefinição do modelo assistencial e discute-se a necessidade de construção de novos paradigmas que reordenem as práticas, no sentido de ampliar e enriquecer o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição Brasileira de 1988 possibilitou o desenvolvimento de ações e estratégias na perspectiva de promoção da saúde e qualidade de vida. Os princípios do SUS, doutrinários (universalização, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, participação popular)⁵, são potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde.

É importante lembrar, que “romper com os paradigmas vigentes não significa recusa pura e simples, impõe movimento de crítica, elaboração e superação”⁶. Trata-se de uma reconstrução tanto no plano epistemológico, quanto no âmbito da práxis, ao mesmo tempo em que se mobilizam vontades para alimentar o pensamento e a ação.

No contexto da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) vem se apresentando como uma importante estratégia de mudança das práticas assistenciais, historicamente caracterizadas pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde, enfoque prioritário das ações curativo-hospitalares, reduzido vínculo equipe/usuário e baixa resoluti-

vidade nas ações de saúde. Na expectativa de oferecer uma outra lógica de assistência, adota um conceito ampliado de saúde/doença e orienta as práticas não apenas pelo enfoque da doença, mas também pelos problemas de saúde da população, riscos e determinantes.

Segundo o Ministério da Saúde⁷, é orientada pela lógica da territorialização, vinculação, responsabilização e pelo olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridos os indivíduos e as famílias. Pelo seu potencial orientador do modelo de atenção vigente, necessita incorporar em suas práticas o conceito positivo de saúde, a integralidade da atenção à saúde e a perspectiva de troca de saberes e fazeres com a comunidade a qual está vinculada.

Dessa forma, evolui das características iniciais de “programa verticalizado” para o sentido de “estratégia”, com caráter substitutivo do modelo assistencial vigente. Nessa perspectiva, o “novo modelo” teria que atentar para as necessidades de saúde da população, num dado território. Isto significa uma reorientação da demanda identificada a partir dos problemas, o que possibilita definir e organizar a oferta do cuidado no nível local, além da avaliação de impacto que essas mudanças teriam sobre a saúde da população.

Na realidade, o que se busca é a transição de um modelo voltado para a doença, para outro que tenha na saúde e qualidade de vida seus eixos norteadores com integralidade das práticas, em que co-existam mecanismos de comunicação e integração entre os profissionais que prestam o cuidado. Nessa transição, as mudanças deverão ocorrer tanto no nível conceitual ou político, quanto, e essencialmente, no campo das práticas, como no fazer cotidiano das relações de trabalho dos atores envolvidos diretamente nesse processo.

A importância do trabalho em equipe na ESF (Estratégia de Saúde da Família) é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde. A abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares⁷. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem sobre o processo saúde-doença. É sempre bom lembrar que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais no PSF (Programa Saúde da Família), por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada; para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional⁸. Há que se identificar, nessas equipes, os elementos que configurar-

am uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde.

Nesse sentido, o perfil dos recursos humanos em saúde deve alterar-se. Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade⁹. Sendo necessário, portanto, o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos¹⁰.

O interesse pelo tema reside no fato de que, ao longo de uma experiência profissional na Secretaria Municipal de Saúde do Natal, podemos observar que as diversas categorias profissionais que compunham a tradicional equipe multiprofissional de saúde apresentavam dificuldade de articulação nas relações interpessoais; descontinuidade do atendimento; indefinição sobre os objetivos de trabalho; as ações de saúde eram realizadas no cotidiano de maneira desorganizada e sem planejamento prévio; priorização das metas de produtividade para as ações individuais e curativas, em detrimento das ações de caráter coletivo de promoção da saúde e prevenção das doenças; indefinição de atribuições de cada profissional na equipe, dificuldade na troca de saberes para a construção conjunta das práticas de saúde. Pode-se mencionar ainda o forte predomínio da abordagem curativa presente na ação desses profissionais. Esse contexto é favorável às relações de poder articuladas e estabelecidas de forma hierarquizada entre os profissionais de nível superior e destes em relação aos de nível médio e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dessa forma, as dificuldades enfrentadas na prática cotidiana são, na maioria das vezes, problemas oriundos dessa desarticulação no trabalho em equipe. Em Natal, observam-se no cotidiano da unidade de saúde da família (USF) algumas inovações nas práticas assistenciais (acolhimento, consulta no puerpério, busca ativa de doenças crônico-degenerativas, implantação da terapia de reidratação oral e da visita domiciliar). Entretanto, no que diz respeito ao trabalho em equipe, este não demonstra ter incorporado mudanças ou inovações significativas no seu dia-a-dia. Na prática diária, alguns profissionais realizam suas atividades de maneira autônoma e isolada, reproduzindo ações próprias da unidade de saúde tradicional, agora sob um novo cenário: o domicílio e a família. As observações e reflexões cotidianas, fruto de uma convivência direta como membro de uma equipe de Saúde da Família, possibilitaram identificar limitações e dificuldades nessas práticas. Essencialmente, o entendimento de que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de mudança nos conduziu ao presente trabalho de análise crítica dessa realidade assistencial. Para que a Estratégia

de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

Nesse sentido, se destaca a importância de estudos e pesquisas que tenham como objeto central de investigação a avaliação de políticas e de programas sociais. Em pesquisa promovida pela OPAS¹¹, constata-se que a produção científica sobre as políticas de saúde no Brasil, no período de 1974 a 2000, era centrada na formulação e implantação/implementação, ocupando a avaliação um lugar pouco expressivo, embora esta faça parte do ciclo da política.

Ainda muito incipientes na realidade brasileira, nos últimos dez anos começam a surgir vários esforços de sistematização de concepções e metodologias e sua utilização torna-se indispensável na área da saúde, notadamente na formação de uma cultura avaliativa, com análises de impactos e efeitos. Na sua grande maioria, esses estudos enfatizam as dificuldades e os desafios que se colocam na realização de pesquisas dessa natureza (*policy oriented*, avaliativas, sobre impactos/efeitos de programas sociais). Assume-se o pressuposto de que a avaliação em saúde deve ter um caráter inclusivo e participativo dos atores implicados no processo de conversão do modelo, além do caráter de medição do impacto e desempenho do sistema, da descrição de formas e processos organizativos e políticos institucionais, e do modo de produzir cuidado¹².

Nesta perspectiva, esses tipos de estudos avaliativos são fundamentais, estabelecendo parâmetros ou marcadores iniciais da intervenção, possibilitando sua comparabilidade, *a posteriori*. Consequentemente, como objetivos específicos, favorecendo a institucionalização da política de avaliação e de monitoramento das ações e serviços pactuados entre os entes federados, com a co-participação de instituições de ensino e serviço (rede de centros colaboradores), da população usuária e da comunidade. A política de monitoramento e avaliação da atenção básica, que vem sendo implementada nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, aponta para a necessidade de adoção de processos sustentáveis de mudanças, bem como de ferramentas permanentes e sensíveis, capazes de captá-las, identificando os avanços e as dificuldades nas diversas dimensões que compõem os sistemas municipais de saúde.

Neste estudo, busca-se refletir sobre a equipe de saúde no contexto da ESF como objeto de investigação. Alguns questionamentos no que se refere às estratégias do trabalho em equipe foram os elementos iniciais que desencadearam a pesquisa:

1. Como funciona o trabalho em equipe dentro da ESF?
2. Qual a concepção de trabalho em equipe que permeia o fazer cotidiano desses profissionais?
3. Existe mudança nas práticas no dia-a-dia da ESF?
4. Qual a relação desse trabalho em equipe com a melhoria da saúde da população?

Diante dessas inquietações, sentiu-se a necessidade de conhecer amiúde como está se desenvolvendo o trabalho das equipes de saúde da família do município de Natal, buscando identificar e compreender a lógica dessas atividades, seus limites e possibilidades, na direção do modelo inovador proposto pela ESF. No contexto do estudo realizado, entende-se por mudança a alteração no processo de trabalho, nas relações entre os agentes e nos conteúdos que norteiam as práticas de saúde.

Com base em estudo realizado por Almeida¹³, as mudanças nos processos consideradas de caráter quantitativo estão relacionadas às relações técnicas, as atividades e aos meios; no nível das relações, as mudanças possuem um caráter mais qualitativo e dizem respeito às relações sociais - aqui se encontram a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação popular; o nível dos conteúdos envolve a essência do processo de produção de conhecimento, a construção de novos paradigmas e os determinantes históricos-sociais - nesse nível encontram-se a intersetorialidade, a articulação biopsicossocial e o controle social. O autor classifica essas mudanças em inovações (processos), reformas (relações) e transformação (conteúdos e paradigmas).

Adotou-se como referência teórica de conceito de equipe de saúde a tipologia proposta por Peduzzi^{14,15}, que se refere a duas modalidades de equipe: a integração e o agrupamento. A primeira está caracterizada pela articulação consoante a proposta da integralidade das ações de saúde e a segunda, pela fragmentação das práticas.

Atualmente, a ESF se encontra no centro dos debates das políticas de saúde no Brasil. Cada vez mais necessita de estudos que analisem sua efetiva implementação nas realidades municipais, em especial as atividades referentes à prática em equipe. A escassez de estudos locais sobre esse tema, a necessidade de responder a uma inquietação pessoal no intuito de contribuir com a construção e efetivação dessa proposta e a crença na relevância do

tema para subsidiar o trabalho das equipes justificaram a realização desta investigação.

O presente estudo situa-se no campo das políticas de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), focalizando o trabalho em equipe, por entender que este representa um dos pilares de sustentação dessa proposta, e no pressuposto de que, para uma efetiva mudança do modelo assistencial, se faz necessária uma mudança no agir dos atores envolvidos no processo.

Para tanto, essa pesquisa teve como objetivos:

1. Conhecer as concepções dos profissionais de saúde sobre a prática do trabalho em equipe na ESF;
2. Identificar se nas práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF existem elementos inovadores que apontem para a integralidade no cuidado com a saúde e que conduzam a uma efetiva mudança do modelo assistencial.

Metodologia

A presente investigação inscreve-se na linha de pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Dada a natureza do objeto, optou-se por desenvolver um estudo de caso descritivo.

O estudo tem como principal “unidade de análise”¹⁶, as equipes de PSF em Natal, no ano de 2003. A escolha do município de Natal para o desenvolvimento do estudo justifica-se por: a) tempo de implantação do PSF, que possibilita o acúmulo de experiências, pelos profissionais; b) existência de estudos sobre a implantação e desenvolvimento do programa em Natal; c) experiências anteriores de modelos com enfoque familiar: os municípios de Mossoró e Natal desenvolveram como projeto piloto o Programa de Médico de Família no início dos anos oitenta; d) facilidade de inserção da pesquisadora no campo de pesquisa; e) por constituir-se em local de trabalho da pesquisadora.

Para análise dos resultados empíricos, adotou-se o procedimento metodológico do discurso do sujeito coletivo (DSC)¹⁷, que como estratégia metodológica busca dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, buscando preservá-lo em todos os momentos da pesquisa. O DSC objetiva organizar os sentidos presentes no material empírico discursivo das pesquisas qualitativas de representação social.

A proposta do DSC como forma de conhecimento visa tornar mais clara uma representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário; assim, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se re-

duzem a uma categoria comum unificadora. No DSC, busca-se reconstruir, com pedaços de discursos individuais, um determinado pensar ou representação social sobre um dado fenômeno. O sujeito coletivo se expressa através de um discurso emitido na primeira pessoa (coletiva) do singular e sinaliza tanto a presença do sujeito individual, quanto de uma referência coletiva¹⁷.

A opção por essa metodologia do discurso do sujeito coletivo justifica-se pela grande quantidade de discursos recolhidos nas entrevistas, assim como pela riqueza de conteúdo. Especificidades desse procedimento metodológico serão apresentadas na análise do material.

Procedimentos iniciais/coleta de dados

A primeira fase de investigação compreendeu a revisão bibliográfica sobre as políticas de saúde no Brasil, PSF e o trabalho em equipe no PSF, numa tentativa de contextualizar e compreender esses fenômenos. As principais referências teóricas sobre o tema foram realizadas a partir das seguintes fontes: banco de dados LILACS, BIREME (BVS), sites de busca disponíveis na Internet (www.dedalus.usp.br; www.datasus.gov.br; www.saude.gov.br; [www.google](http://www.google.com); www.natal.rn.gov.br; www.opas.org.br), cobrindo o período de 1989 a 2003, os documentos específicos do PSF publicados pelo Ministério da Saúde, bem como artigos científicos na área de saúde pública. Realizou-se também análise de documentos oficiais e institucionais que descrevem o processo de adoção e implementação dessa política, no nível nacional e no município do Natal.

A segunda fase de coleta de dados compreendeu a realização de entrevistas com as equipes do PSF. Optou-se pela entrevista semi-estruturada, que permite captar o que está para além das aparências e atingir níveis mais profundos dos significados do objeto estudado¹⁸. As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro de questões. Na elaboração do roteiro da entrevista, foram considerados os seguintes aspectos: discussão detalhada dos objetivos da pesquisa para a adequada formulação das perguntas; exclusão de questões que possibilitassem a indução de respostas; as perguntas deveriam ser bem compreensíveis pelos entrevistados, possibilitando o máximo de clareza na descrição dos fenômenos Trivões¹⁹. O roteiro conta com dez questões semi-estruturadas, cujo princípio organizador foi o de permitir aos profissionais entrevistados discorrerem sobre suas concepções a respeito das finalidades de seu trabalho, sobre as relações deles com outros trabalhos dentro da equipe e com práticas anteriores ao trabalho no PSF, como tam-

bém de suas concepções sobre o trabalho em equipe e sobre as relações interpessoais dentro da equipe. Além desses temas, nucleares, alguns outros tinham o caráter contextualizador de forma a organizar a entrevista em um fluxo coerente. As dez questões foram agrupadas em torno de três temas centrais, investigados no decorrer de cada entrevista: a) a equipe de saúde no contexto do PSF - concepção dos atores; b) as características do trabalho em equipe no PSF e c) correlação com os princípios do SUS/mudança de práticas/impacto na saúde da população. Constataram ainda informações referentes à identificação, tais como categoria profissional, instituição formadora, tempo de formação, titulação, tempo de serviço na instituição e no PSF, que permitam caracterizar o perfil dos entrevistados.

A seleção das entrevistas correspondeu às equipes implantadas nos bairros de Lagoa Azul e Potengi (Distrito Norte) e Felipe Camarão, Guarapec, Cidade Nova e Nova Cidade (Distrito Oeste), por acreditarmos que essa amostra é significativa do universo pesquisado, permitindo identificar a variação dos padrões entre as equipes.

O critério de escolha para participação nas entrevistas está relacionado com dois aspectos principais: a) o tempo de implantação das equipes não deveria ser inferior a seis meses por acreditarmos ser esse o tempo mínimo necessário para se estabelecer um trabalho em equipe, b) as equipes tinham de estar completas na composição dos profissionais (a equipe formada por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde). No período da realização das entrevistas, as categorias profissionais dentista e auxiliar de consultório dentário não faziam parte das equipes do Distrito Sanitário Oeste.

Ao todo foram entrevistados vinte e cinco (25) profissionais, num total de seis equipes, sendo quatro no Distrito Sanitário Oeste e duas no Distrito Sanitário Norte. Quanto à categoria profissional dos entrevistados, temos a seguinte distribuição: 5 médicos, 5 enfermeiros, 2 dentistas, 6 agentes comunitários de saúde, 6 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de consultório dentário. Houve impossibilidade de entrevistar uma enfermeira que não se disponibilizou para a entrevista, uma ACD que se encontrava de licença médica e uma médica por motivo de afastamento para curso de capacitação. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora no período de julho a outubro de 2003. O registro das informações foi realizado mediante o uso de um gravador.

A transcrição e a organização das falas foram feitas pela pesquisadora, garantindo-se o anoni-

mato para o conjunto dos entrevistados. Na análise do material, os profissionais foram codificados de acordo com a ordem de entrevista e por categoria profissional. Por exemplo: M1 (Médico1), primeiro médico entrevistado. O tempo mínimo de cada entrevista foi de quinze minutos e o máximo de oitenta minutos, totalizando duzentas páginas de falas transcritas.

É importante lembrar que a análise qualitativa da entrevista semi-estruturada tem como finalidade explorar as diferentes representações sobre o objeto estudado.

Análise do material

As entrevistas foram organizadas por questões e analisadas isoladamente, isto é, inicialmente, analisou-se através de leitura flutuante a questão número um de todas as entrevistas, depois a número dois e assim sucessivamente.

Para a análise dos depoimentos, foram utilizadas as figuras metodológicas: expressões-chave (ECH), idéia central (IC) e discurso do sujeito coletivo (DSC). Assim, foram copiadas integralmente todas as respostas referentes às questões da entrevista no IAD1 (instrumento de análise do discurso 1), na coluna expressões-chave. Em seguida, procedeu-se a identificação com sublinhado das expressões-chave das idéias centrais.

A partir daí, identificaram-se as idéias centrais, colocando-as na coluna correspondente a elas. Procedeu-se então ao agrupamento das idéias centrais que possuíam o mesmo sentido, ou sentido equivalente, ou sentido complementar. O passo seguinte consistiu em denominar cada grupamento de idéia central em uma idéia central síntese. Feito isso, procedeu-se a construção do DSC para cada grupamento de idéia central. Finalmente, os discursos construídos foram organizados no IAD2 (instrumento de análise do discurso 2). Nessa etapa, foram eliminados os particularismos como sexo, idade, categoria profissional e as repetições de idéias¹⁷.

Resultados

A análise do material foi norteada pela intenção de investigar as concepções e práticas dos integrantes do PSF, com reconhecimento do padrão das equipes existentes (integração ou agrupamento), bem como de identificar se as práticas desenvolvidas favorecem a mudança do modelo assistencial hegemônico com impacto positivo na saúde da população, como preconiza a estratégia de saúde da família.

Os resultados da pesquisa, com equipes de saúde da família do município de Natal (RN), permitiram identificar três grandes áreas discursivas:

1) A equipe de saúde no contexto do PSF: concepção dos atores

Idéias centrais:

a) Sobre a Estratégia de Saúde da Família: o PSF é uma estratégia de mudança;

b) Sobre o trabalho no PSF: é um trabalho de mudança, é um modelo novo;

c) Diferencial do PSF para o modelo de saúde hegemônico: o atendimento melhor, a equipe completa, cuidar da pessoa e não da doença.

2) As características do trabalho em equipe no PSF

Idéias centrais:

a) Ação comum, trabalho coletivo, finalidades planos e objetivos;

b) Necessidade da equipe de se encontrar, ter diálogo, interagir, ter comunicação, integração, união;

c) Troca de saberes e conhecimentos;

d) Perfil para o trabalho/formação.

3) Correlação do trabalho da equipe com os princípios do SUS, impacto na saúde da população

Idéias centrais:

a) O PSF tem todos os princípios do SUS;

b) Impacto positivo, mas tem muito a fazer;

c) Falta apoio institucional.

Os DSC apresentados a seguir foram confeccionados com trechos (expressões-chave) selecionados literalmente dos depoimentos individuais, aos quais se acrescentaram conectivos, entre parágrafos, proporcionando dessa forma a coesão dos discursos. Foram eliminados as idéias repetidas, os erros mais grosseiros de ortografia e os particularismos que pudessem identificar os profissionais entrevistados. Assim, buscou-se dar clareza e coerência aos discursos construídos a partir do material empírico resultante das entrevistas.

1) A equipe de saúde no contexto do PSF: concepção dos atores

a) Sobre a Estratégia de Saúde da Família: o PSF é uma estratégia de mudança

DSC

O PSF é uma estratégia onde a equipe e a comunidade tem que ta junto, discutindo os problema e, as necessidades buscando parcerias de onde é que vai atuar. É uma estratégia que pode, que vai dar certo. Ela vai precisar de uma reorganização estrutural melhor da secretaria, do distrito de um modo geral das unidades, mas é preciso que a gente entenda que

hoje trabalhar no Programa Saúde da Família, você ter esta estratégia você vai mexer num campo, que é o domicílio que é você tá atuando, você tá vendo o indivíduo no domicílio, que é o coletivo e depois dentro de uma comunidade, onde tem toda uma questão da cultura. É uma estratégia que força você a ter uma mudança também enquanto pessoa, se você não tiver esse entendimento você vai fazer o mesmo pelo mesmo. O PSF é uma forma de você tentar mudar essa visão curativa da medicina de você tentar transformar o ato curativo no ato preventivo. É uma proposta boa de trabalho, um trabalho que veio para ajudar as famílias, onde não se vê a pessoa por partes, mas sim como um todo, não se vê a pessoa dividida, se assiste toda a família. É a família ter essa atenção no sentido mais amplo de saúde que a gente engloba, não só a questão curativa mais a questão que às vezes vai muito além do nosso poder de resolução. PSF eu acho muito importante porque tem esse lado de quando aquela pessoa entra na unidade se vê como um todo, se conhece, conhece sua família, e por esse lado eu acredito que pra todo mundo da equipe é muito mais fácil de se trabalhar. Assim, seria aquela referência que o paciente tem de acordo com cada profissional ela realmente ter a consciência de que é aquele profissional que ele precisa ter, que é aquele profissional que vai atendê-lo

b) Sobre o trabalho no PSF: é um trabalho de mudança, é um modelo novo

DSC

Nós fazemos o trabalho epidemiológico, o diagnóstico da área, é uma visita de um paciente mais grave que solicitou, é todo esse trabalho voltado para a detecção dos problemas. Tem uma parte mais curativa, onde agente pode ver as questões que interferem no processo saúde-doença, as questões mais gerais. A gente trabalha fazendo visitas domiciliares que também tem um caráter individual, onde a gente vê a questão do ambiente, do ambiente domiciliar, a família e dependendo da necessidade da família então eu oriento. A importância do trabalho ela está nesse conjunto, a informação do agente, de nossa tomada de decisão com a equipe. É planejamento das atividades. É um trabalho de mudança das atividades tanto da gente como profissional quanto numa unidade. A gente trabalha toda a parte preventiva pra diminuir essas consultas que agente tem aqui local, pra tirar o congestionamento dos hospitais. É um trabalho de orientação nas casas, toda a equipe junta. São as reuniões por rua, por equipe de cada agente de saúde. É um modelo novo que tem assim como objetivo a prevenção das doenças.

c) Diferencial do PSF para o modelo hegemônico atual: o atendimento melhor, a equipe completa, cuidar da pessoa e não da doença.

DSC

Muito diferente do que eu fazia, antes era atividade meramente curativa. A parte preventiva de promoção à saúde era muito assim esporádica, muito pontual uma vez ou outra. E no PSF a gente tem a oportunidade de realizar atividades educativas e de promoção e educação em saúde. Saúde da família te dá isso porque, você vê a pessoa um ser passível de doença mas, também, ela enquanto pessoa que tem afetividade, todo o conjunto de fatores que melhoram ou pioram a sua qualidade de vida. O diferencial do PSF pra o outro modelo é o atendimento melhor, a equipe completa, a preocupação que o PSF tem com o paciente, bem diferente você passa a ter uma afinidade com o paciente de você saber quem é aquela pessoa, de você conhecer os problemas que acontecem com a comunidade de participar de todo o trabalho de tudo que é desenvolvido tanto na comunidade quanto na unidade de saúde. Lá no outro quando eu trabalhava no PS eu não tinha vínculo nenhum com o paciente era aquela coisa técnica bem, não tinha aquele envolvimento emocional afetivo. A diferença é essa, basicamente é essa, no PS o paciente é tratado como uma coisa aqui é como gente, eu sinto essa diferença PSF é você cuidar da pessoa e não da doença. No atendimento ambulatorial é bem diferente, você tá atendendo só ali dentro e no PSF eu tô indo na casa do paciente descobrindo as coisas, eu tô vendo, a busca ativa é melhor de diagnóstico.. Eu vejo assim o PSF ele trouxe uma nova visão do trabalho em equipe porque o médico que antes era o centro da equipe, e os outros profissionais ao redor, hoje no PSF, pelo menos na minha visão não é assim, ele faz parte da equipe ele é muito importante, mas todos os outros também são muito importantes, cada um de acordo com suas atribuições, então eu acho que isso aí é um ganho do PSF.

2) As características do trabalho em equipe no PSF

a) Ação comum, trabalho coletivo, finalidades, planos e objetivos

DSC

Trabalhar em equipe é ter uma metodologia por igual. É trabalhar com a finalidade de promover a saúde. É compartilhar os problemas, traçar planos de enfrentamento, é uniformizar as condutas, é uma coisa que vai além da questão interpessoal, tem que dar prioridade à questão do que você tem como obje-

tivo do seu trabalho. A finalidade do trabalho em equipe é resolver os problemas da comunidade/família, é procurar fazer com que os problemas que acontecem sejam resolvidos. É também, melhorar a qualidade de vida da população, melhorar a situação de saúde. A gente tem uma função de educar as pessoas pro autocuidado, cuidado com a sua vida

b) Necessidade da equipe de se encontrar, ter diálogo, interagir, ter comunicação integração, união

DSC

No trabalho em equipe, há a necessidade da equipe se encontrar e discutir os problemas que estão acontecendo tanto com o paciente, quanto com a comunidade. É aceitar a opinião do outro e se houver divergências, sempre há é claro porque cada pessoa antes de trabalhar no PSF, de participar da equipe, trabalhou em outro modelo e vem com vícios, então a medida que a gente começou, os choques obviamente foram havendo, mas a gente tem contornado, porque não abrimos mão da nossa reunião, conversando, expondo no diálogo alguns pontos a serem resolvidos a gente vem trabalhando esses conflitos pra que a coisa ande. O relacionamento interpessoal depende do temperamento das pessoas. A equipe tem uma coisa interessante, ela provoca você a escutar o outro. O Programa Saúde da Família ele puxa, você a tá discutindo essas questões. Existe uma decisão final, um consenso como um todo. No trabalho em equipe tem que ter diálogo, tem que combinar. Um completa o outro no sentido de ajuda mútua. É trabalhar em conjunto, em união onde nunca se decide uma coisa sozinho. Onde todos tenham um pensamento só para resolver os problemas juntos. O trabalho em equipe tem que ser aquela coisa engrenada. Tem que haver um relacionamento bom, amizade, comunicação e sintonia entre os profissionais. É uma integração constante, logo, é uma construção juntos com integração de todos é se juntar antes para planejar, para ver as ações que serão desenvolvidas. É um ajuntamento de forças e saberes para que todos tenham o mesmo entendimento, e fiquem sabendo de tudo, para atender da melhor maneira possível. Unir as potencialidades. Cada um tem a sua contribuição para melhorar o serviço. É a soma desses saberes a parceria e a consolidação dessas forças. Eu acho que trabalho em equipe é você trabalhar cooperando com o outro, criando alternativas pra arranjar solução de determinadas coisas, mas todo mundo tem as suas especificidades, então todo mundo tem a sua importância.

c) Troca de saberes e conhecimentos

DSC

Trabalhar em equipe é juntar o que tá fazendo, nossas atividades. É uma troca de experiências e conhecimentos, é fazer essa coisa chamada interdisciplinaridade, enfim é um trabalho de saberes que se complementam. Não existe uma capacitação, onde a própria equipe esteja discutindo o que é ser equipe. A formação de cada um é uma barreira, cada um pensa de um jeito e também essa coisa da soberania de saberes sobre outros. Para tanto, a formação, necessária seria, eu acho toda a base de da saúde coletiva, todos os conhecimentos da saúde coletiva. E aí entra esses conhecimentos todos, mas esses mais tradicionais a gente já fala há anos é a epidemiologia, a educação em saúde, a vigilância como um todo, a vigilância à saúde de um modo geral e também essas noções a gente precisa discutir políticas de saúde. A determinação do processo saúde doença é fundamental pra todo mundo, ampliar essa visão porque senão agente não dá o pulo pra sair do modelo flexneriano mesmo, da ação curativa só porque ela, não que ela não seja importante, é super importante. Mas ela é como um polvo, ela enreda todo mundo, ela enlaça e quando você vê sobra tempo pra tudo, menos pra você sair da unidade. Eu acho que essa formação pode nos abrir mais essa possibilidade, até pra você dizer: Não isso aqui hoje eu não deixo o meu grupo por nada desse mundo, eu não deixo essa articulação com a escola. Enquanto PSF, você tem que tá sabendo, desconstruindo, construindo até entender como é que se dá, como é que a gente tá inserido nele, de que forma a gente pode tá discutindo, um dia a gente aprende.

d) Perfil para o trabalho/formação

DSC

A dificuldade maior é o perfil dos profissionais que entram no PSF. Para entrar no PSF precisa discutir, vir pra cá sabendo o que realmente é PSF. Às vezes a pessoa vem pro PSF mas tem aquela experiência hospitalar, então realmente quando ela vem pra o C.S. pra trabalhar como a gente trabalha assim, ela tem alguma dificuldade. Há uma dificuldade com o perfil do médico, no PSF o médico perde aquela posição de deus na área da saúde classicamente só vale o doutor porque o doutor é quem salva e no PSF você tem um trabalho todo de equipe, você vê que é só uma pecinha da engrenagem inteira. A formação do profissional médico ela é uma formação muito prepotente, eu não vejo isso em outras categorias. Então, o profissional que está no PSF e que não tem perfil, não se identifica, com certeza não vai fazer um trabalho bom. Precisa ter perfil realmente. O enfermeiro é aque-

la pessoa que tá dividindo as questões tanto mais. Eu acho que tá nas questões muito mais geral, ele tem uma visão muito melhor no sentido de controle e de organização dentro do processo de trabalho. A gente precisa ter uma ação mais coletiva e que ainda não tá incorporada toda a equipe, ela tá sempre na mão de um e esse um pra qualquer equipe é o enfermeiro. A enfermeira da minha equipe é muito boa, eu fui muito feliz até porque apesar de eu ter feito o curso de saúde pública ela que não fez sabe muito mais do que eu. Ela me ensina e assim eu talvez não conhecesse tanto o trabalho da enfermeira, eu acho fantástico o curso de vocês, a bagagem que vocês trazem assim, ensina muito agente. Eu nunca tive o hábito de chegar e falar num grupo, no meu curso não precisava disso, entendeu e ela foi me ensinando, me dando umas dicas. Uma enfermeira influi muito em conversar com o paciente, a enfermeira serve até pra psicólogo aqui na unidade, tem gente que vem pra enfermeira só pra conversar mesmo, só em conversar tá se sentindo bem. Porém na parte de prescrição a enfermeira está quase que obrigada à ação complementar do médico, eu coloco isso como uma restrição à sua autonomia em algumas ações.

3) Correlação do trabalho da equipe com os princípios do SUS, impacto na saúde da população

a) O PSF tem todos os princípios do SUS

DSC

Sim, é quando a gente vê a questão do acesso, eu acredito no acesso pelo PSF a partir do momento que você tem uma equipe de referência pra ela [comunidade]. Esse acesso a nível primário de atenção ela tem com certeza. Não conseguimos ainda desencadear isso nos outros níveis. E pelo que o usuário falou o acesso ao serviço de saúde é um fator protetor à saúde e eles estão bem mais confiantes ao serviço, tão mais conscientes de que eles têm que cuidar da saúde deles e também conscientes da importância deles como usuários na parte de fazer o controle social também, de reivindicar, de lutar junto com a gente. Acreditando ser o PSF a porta de entrada eu acredito ter esse princípio claro, vamos ver, se você abre e humaniza mais esse serviço, abre espaço para todas essas coisas que a estratégia PSF resgata no dia-a-dia se a gente conseguir fazer legal. Entretanto, um grande problema para nós hoje em dia, eu sinto assim, que o usuário sente uma grande dificuldade dessa questão, dessa referência. Ele ser atendido por igual não só no seu limite, não só na sua unidade de referência mas ele ser atendido em todo o sistema em toda rede pública. Eu tô fazendo saúde pública como eu devo, pra comunidade, mas pra uma quantidade

pequena de pessoas, o PSF disse que eu fico restrita a uma área, mas não diz que é universal? Sim, mas quem tem que pensar isso são as políticas públicas, de saúde, é ter estratégia para que tenha sua assistência, tenha a sua escola não sou eu, tá entendendo? E a gente precisa assim, sou eu sim, na medida em que a gente precisa se organizar pra tá buscando isso junto aos diferentes gestores, na política. Então, assim eu acho que os princípios que é uma coisa que agente precisa discutir eles mas, se a gente pegar eles em alguns conceitos, a gente vê que é uma estratégia (PSF) que pelo contrário ela obriga as instituições a repensar essa organização. Então, não importa sua condição sócio-econômica, todos têm direito à saúde, não era pra existir PSF só em área carente pobre, tudo bem que o SUS ele tem um mecanismo que você tem que dar prioridade a quem precisa mais, mas todos têm direito. Era pra ter todos o PSF. Eu era pra ter na minha área, na minha casa o PSF. Teoricamente todos teriam que ter assim. Agora isso não vai acontecer nunca porque isso vai entrar em choque com as grandes instituições privadas, com os planos de saúde que têm um poder político sobre os governos, governo, estaduais, federal e municipais, então se a saúde pública funcionasse a saúde privada não funcionaria. Pelo menos teoricamente eu acho que os princípios (do SUS) a gente tem tudo haver, a gente tem falado em integralidade, a gente tem que falar de equidade, até na nossa prática a gente tem que ser equânime. Porque eu tenho áreas e áreas e tem uma visão diferente que tem que ser diferente-mente olhada pra uma área ou outra e pra mim isso é equidade. Olhe! A gente ainda tem muito a fazer, a gente precisa de outras ações que vão além do setor saúde, a gente tem, muito, a questão das doenças diarreicas, a questão das parasitoses, a questão das doenças crônicas principalmente a hipertensão que tá ligada ao stress, à violência, ao desemprego. Então tem toda uma questão que vai além do setor de saúde e a gente pode estar junto com as pessoas, a população tentando espaço para essas ações intersetoriais. Acho que isso já está se processando aqui no bairro junto com aquele espaço da ONG que a gente tá tentando fazer alguma coisa nesse sentido.

b) Impacto positivo

DSC

Tá diminuindo a mortalidade infantil, diminuindo as internações hospitalares, as consequências das doenças crônicas degenerativas. E a prevenção tá sendo feita de uma forma mais simples e fácil, da saúde do trabalhador, da saúde de todos os níveis. Tem os indicadores, o aleitamento materno, fazer acompanhamento do pré-natal. Muitos dizem, hoje em dia, -

”meu médico, minha enfermeira, minha auxiliar”; entendeu? Meu agente de saúde, é o termo usado. Então, melhorou pra comunidade que praticamente era abandonada. E no que se trabalha a equipe com os agentes de saúde, o trabalho de enfermagem, o trabalho do médico, esse impacto essa resposta assim chega mais rápido. A comunidade tá vindo mais, existe o vínculo com a população, ela tá escutando mais, ela tá vindo até vem pras reuniões não só pra consulta médica pro remédio não, ela procura a gente. Tão vindo ao planejamento familiar, o puerpério já inicia o planejamento familiar, elas vêm pro grupo de gestantes. Eles [a comunidade] são acostumados com o modelo antigo, com assistencialismo e a gente não tá fazendo isso, a gente tá buscando e que eles venham, que eles vejam que tem força pra mudar alguma coisa, certo? Menciona-se ainda que quando a pessoa é de outro bairro que não teve acesso a informação. Mas, a gente vê aqui que as pessoas que são moradoras de onde tem PSF são bem mais integradas com saúde, agente pergunta uma coisa eles sabem responder, eles sabem. É diferente. É você se sentir útil, é fazer uma coisa nova, estamos fazendo medicina, estamos fazendo uma coisa diferente e isso é muito importante. Então, medir hoje eu sinceramente, porque se você em termos de pensar em dados a gente tem dados, assim, acho que essa coisa é meio um desafio que a gente tem porque não era hábito trabalhar com planejamento, planejamento a partir de quê? Do que eu tô vendo? Será que eles também tão sentindo isso? Será que é um problema uma necessidade pra eles e como é que a gente pode ir junto? Fica difícil dizer como mudou a forma das pessoas procurar, receber. Como é que essas pessoas chegam até você, como é que você consegue chegar a casa dessas pessoas.

c) Falta apoio institucional

DSC

Meu trabalho é assim é a base da ação preventiva, assim totalmente educativo numa ação de prevenir as doenças, é um trabalho que tenta ser mais preventivo do que curativo, às vezes ele não consegue, porque a secretaria, ela quer muito número, quer muita produção, mais do que prevenção. A própria instituição eu acho que ainda não se conscientizou do PSF em si, não um modelo de saúde como eles dizem, mesmo uma coisa política, mas uma estratégia mesmo de modificar a saúde vigente e eu acho que quando você coloca pra uma equipe uma responsabilidade de família x aí eu me sinto super responsável por essas famílias que estão na minha área, cada pessoa cada usuário é uma responsabilidade nossa. Mas, o apoio pra que a gente avance nesse modelo é muito pouco, não tem uma supervisão, não tem uma capacitação

adequada, os conflitos no nosso serviço estão por nossa conta. Nós estamos tipo “no vento” como se dizia “jogados ao vento” nesse sentido, temos que fazer do nosso, tirar do nosso bom senso, da nossa maturidade, experiência de tudo e fazer: Então, o que eu queria dizer era isso que a nossa ousadia precisa de apoio institucional. Num é que a gente esteja pedindo favor é que esse papel é dela. A instituição não tem esses mecanismos ela tem no papel, mas ela não conseguiu tirar ainda pra fazer. Eu acho que isso vai dificultar muito as nossas possibilidades, se o trabalho já é difícil se torna bem mais. Nós não tivemos a visita de nenhum gestor do Programa Saúde da Família, durante seis meses a unidade não foi visitada por ninguém da área central. Você dentro de uma sala na secretaria não tem como saber o que tá acontecendo no Oeste, na Zona Norte, aqui na unidade básica, você tem que ir lá você tem que tá conversando com as pessoas, com os usuários e com as pessoas pra você saber os dois lados da história, não pode só escutar a equipe tem que escutar também a população. É essa dicotomia, digamos assim, de quem trabalha na unidade, nas áreas e quem trabalha no central, essa dicotomia você divide totalmente, há uma pouca integração entre eles.

Discussão

As mudanças encontradas nas práticas das equipes foram sistematizadas para efeito de melhor compreensão:

- a) No processo de trabalho: carga horária integral, gratificação salarial de incentivo, as ações são desenvolvidas por uma equipe, trabalho coletivo, enfoque familiar, adscrição da clientela;
- b) Nas relações entre os agentes: comunicação, diálogo, busca do consenso, humanização, vínculo, objetivos comuns, participação da comunidade;
- c) Nos conteúdos: orientada pela promoção da saúde, concepção de integralidade das práticas, intersetorialidade.

Os resultados identificados neste estudo mostraram que a Estratégia de Saúde da Família é capaz de provocar mudanças nas práticas assistenciais, nas quais se observa impacto na saúde das famílias assistidas. Apesar disso, a adesão e o apoio institucional mostraram-se insatisfatórios, o que representa uma ameaça ao êxito dessa estratégia. Torna-se imprescindível, portanto, uma ação político-institucional mais efetiva no apoio às equipes para o fortalecimento e a consolidação dessa estratégia como política de saúde municipal.

Nesse sentido, foram observados fortes indícios do desenvolvimento de uma prática comunicati-

va em busca do consenso, para o alcance dos objetivos propostos. O trabalho em equipe “provoca a escuta do outro”, faz-se interação entre os agentes. Os conflitos presentes no dia-a-dia são mediados pela prática do diálogo nas reuniões de equipe como espaço privilegiado de encontro no ambiente de trabalho. É importante salientar que as dificuldades encontradas nesse processo de interação estão estritamente relacionadas às relações de trabalho ainda com poderes hierarquizados. Essas mudanças são processuais, não acontecem rapidamente, configuram elementos de *status*, responsabilidades e competências profissionais, posições de liderança.

Ao olhar para o cotidiano das USF, observa-se que o trabalho em equipe é considerado como uma construção coletiva das práticas. A complementaridade e a interdependência estão presentes e indicam uma ação integral na oferta do cuidado.

O trabalho está estruturado em uma abordagem de promoção de saúde e prevenção de doenças aliadas a uma prática curativa, demonstrando a globalidade das ações desenvolvidas. Destaca-se ainda a ênfase na ação conjunta dos profissionais.

As equipes trabalham em um território definido e têm a comunidade como referência. Existem objetivos claramente definidos e compartilhados pelos membros da equipe, quais sejam: a promoção da saúde e a qualidade de vida da população adscrita.

O processo de trabalho é instrumentalizado pelo planejamento estratégico. As informações produzidas são processadas em nível local, o que possibilita um movimento de constante avaliação das ações. Há por parte das equipes uma concepção ampliada da saúde, como resultante das condições de vida e da prática dos profissionais como ação, enquanto possibilidade de transformação da realidade vivida pela comunidade, através de uma ação conjunta comunidade-equipe para a conquista da cidadania.

Ao sinalizar a intersectorialidade, o DSC deixa claro o caráter substitutivo da ESF ao modelo hegemônico. O entendimento da complexidade da situação socio-sanitária dos espaços de atuação das equipes leva à busca de parcerias com diversos setores. A incorporação de novas tecnologias de trabalho (leves), como as reuniões com a comunidade, representa a criação de canais de comunicação (espaços coletivos) para discussão conjunta dos problemas, o que significa que se estabelece com a comunidade uma relação de interação. Isso reforça que estão se processando mudanças no fazer dessas equipes.

Considerações finais

A unidade de análise principal da pesquisa – equipe de saúde da família em Natal – permitiu ao final do estudo reconhecer os elementos que apontam para o tipo “equipe-integração” apresentado nos estudos de Peduzzi¹⁵ e que serviram de referencial teórico norteador do trabalho. Entretanto, diferentemente desses estudos anteriores sobre equipe de saúde multiprofissional, nas quais havia predominância da equipe-agrupamento sobre a equipe-integração, a presente pesquisa, inversamente, conclui pela predominância da equipe-integração nas práticas do PSF analisadas.

Contudo, é importante registrar que foram identificados elementos que diferenciam a equipe de saúde da família das equipes multiprofissionais existentes em grande parte dos serviços de saúde e que foram utilizadas por Peduzzi¹⁵. As diferenças observadas, entre as equipes de saúde da família e multiprofissionais, dizem respeito em primeiro lugar ao contexto histórico diferenciado do PSF ao surgir como uma proposta substitutiva das práticas de saúde atuais (biomédicas), ainda dominantes, na perspectiva da promoção da saúde.

Os elementos diferenciadores encontrados nesta pesquisa estão notadamente sinalizados e referem-se às características do Programa Saúde da Família, às especificidades desse trabalho e do seu diferencial para o modelo de saúde atual.

Nesse sentido, as principais diferenças entre essas equipes estão sintetizadas no Quadro 1.

O grande diferencial da ESF/Natal, em relação à prática tradicional de saúde, é o vínculo de responsabilização existente entre a comunidade e as equipes. A nova configuração do trabalho na perspectiva de equipe-interação rompe com a fragmentação existente no processo de trabalho dos profissionais envolvidos com a Estratégia de Saúde da Família.

Assim, pode-se identificar que a Estratégia de Saúde da Família representa um espaço favorável à construção de novas práticas, sendo capaz de redesenhar o conceito de equipe de saúde.

A partir dessas considerações, ressalta-se, nitidamente, a necessidade de novas pesquisas sobre equipe de saúde, mas agora aprofundando e especificando as análises sobre as equipes na ESF. Isso se justifica por suas características fortemente contextuais e de uniformização de concepções e práticas, com suas possibilidades, limitações e articulações, em microespaços concretos, específicos. Para tanto, reforçam-se os procedimentos metodológicos referentes aos estudos de caso sobre o tema.

Quadro 1. Elementos diferenciais entre a equipe de saúde da família e as equipes multiprofissionais do modelo biomédico.

Equipe de saúde da família	Equipe multiprofissional
<ul style="list-style-type: none"> • Orientada pela promoção da saúde • Prática centrada na saúde, dialógica • Enfoque familiar • Visão integral do indivíduo • Articulação das ações e interação dos agentes • Objetivos comuns definidos • Projeto assistencial comum • Assistência humanizada/vínculo • Adscrição de clientela • Assistência contínua • Intersetorial • Composição definida • Opera em nível de atenção definido • Relações horizontalizadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientada pela visão biologicista • Prática centrada na doença • Enfoque no indivíduo • Visão fragmentada • Justaposição das ações e agrupamento dos agentes • Indefinição de objetivos • Projetos individualizados • Impessoalidade na assistência • Livre demanda • Assistência ocasional • Unisetorial • Composição aberta • Opera em vários níveis • Relações hierarquizadas

Sobre as características do trabalho em equipe no PSF, constata-se a ocorrência de novos elementos definidores desse “núcleo duro” da pesquisa em acréscimo aos achados dos estudos anteriores. Nesse sentido, conclui-se que a ação comum (planos e objetivos), ao lado do trabalho coletivo e o perfil para o trabalho (formação), aparecem como elementos decisivos na caracterização da equipe de saúde da família, além dos elementos anteriores de comunicação/interação e da interdisciplinaridade.

Portanto, a presente pesquisa traz novos achados sobre o trabalho em equipe de saúde. Merecem registro especial o perfil dos profissionais e sua formação para o trabalho em equipe no PSF, em que aparece fortemente o papel do enfermeiro reconhecido como um novo profissional dotado de autonomia na sua prática²⁰.

A discussão das especificidades do trabalho em equipe no PSF está fortemente ligada aos prováveis impactos dessas ações sobre a saúde da população e para a consolidação do SUS. Dessa forma, em consonância com os objetivos da pesquisa, buscou-se ampliar a análise para além de suas próprias características internas (interação e trabalho) indo a direção das suas práticas de saúde.

Nesse sentido, verificou-se que há correlação do trabalho em equipe no PSF com a implementação dos princípios do SUS, notadamente com a integralidade nos cuidados de saúde.

Além disso, constataram-se impactos positivos sobre a saúde da população, resultantes desse novo trabalho em equipe. Ao mesmo tempo, aparecem

novos desafios aos profissionais para lidarem com a nova realidade das práticas. Esses desafios são oriundos das práticas anteriores, em que predominava a mera prestação de serviços. Vale salientar a necessidade de maior apoio institucional para o desenvolvimento da própria ESF – política de capacitação, maior adesão e integração gerencial, coordenação e acompanhamento das atividades, etc. Há um nítido hiato (descompasso) entre os desejos (arranjos institucionais) e a realidade (práticas de saúde), conforme evidencia a pesquisa.

O desafio que se coloca para os atores envolvidos e comprometidos com a mudança do modelo assistencial é desenvolver o seu processo de trabalho dentro do conceito de equipe, sob a égide de um novo paradigma pautado na humanização, na solidariedade, cooperação mútua, compreensão do núcleo familiar e que contemple o homem em seu espaço local.

Este estudo mostra que na ESF/Natal, as equipes de saúde vêm desenvolvendo práticas em saúde, sob a perspectiva da integralidade do cuidado, com capacidade de interferir na lógica da oferta e demanda, uma vez que impacta sobre a comunidade (no modo de adoecer e morrer, maneira de organização e percepção sobre a dimensão de suas necessidades), como também sobre os profissionais no sentido de repensar saberes e práticas que dêem conta das reais necessidades de sua clientela e que possibilitem a transição de modelos assistenciais.

A Estratégia de Saúde da Família representa uma proposta inovadora com fortes possibilida-

des de reestruturação das práticas assistenciais, aliçada pelos princípios do acesso, da qualidade, do vínculo social, da solidariedade e da humanização da atenção. Provoca mudanças tanto em nível estrutural dos serviços, como denuncia as contradições e falhas do sistema de saúde hegemônico e aponta para a necessidade da reorganização do processo de trabalho. Dessa forma, cria demandas antes não visualizadas.

A saúde da família guarda condições favoráveis para um trabalho com interação social, horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando autonomia e criatividade dos agentes e integração entre as equipes.

Colaboradores

MBS Araújo e PM Rocha participaram igualmente em todas as etapas de elaboração desse artigo.

Referências

1. Vilela EM, Mendes IJM. *Entre Newton e Einstein. desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos; 2000.
2. Rocha PM. *No Limiar do século XXI: globalização e saúde, desafios da proteção social no Brasil dos anos 90* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 1997.
3. Rocha PM. Limitações impostas pelo processo de globalização nas políticas sociais nacionais. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 1994; 104.
4. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In: Mendes EV, organizador. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999.
5. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: Campos FE, Oliveira Jr M, Tonon LM. *Planejamento e gestão em saúde*. Belo Horizonte: COOPMED; 1998.
6. Pain JS, Almeida FN. *A Crise na saúde pública e utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Franco TB, Merhy EE. *PSF: contradições e novos desafios* [acessado 2000 abr 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>
9. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface (Botucatu)* 2001; 9:133-141.
10. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface (Botucatu)* 2001; 9:150-153.
11. Levcovitz E, Baptista T, Uchoa A, Mariani M, Nespoli G. *Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)*. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS; 2003.
12. NESC/UFRN. Relatório Final: Estudo de Linha de Base (Pesquisa Avaliativa) – Lote 1 – Nordeste. Natal: UFRN; 2006. [Mimeo]

13. Almeida MJ. *Educação médica e saúde: possibilidade de mudança*. Londrina: UEL; 1999.
14. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
15. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saude Publica* 2001; 35(1):103-109.
16. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
17. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1992.
19. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
20. Araújo MB. *A Equipe de Saúde no PSF: mudando práticas? Estudo de Caso no município de Natal/RN* [dissertação]. Natal (RN): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.

Artigo apresentado em 19/10/2006

Aprovado em 01/02/2007

Versão final apresentada em 18/04/2007