

## PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REPRESENTAÇÕES E SUBJETIVIDADES<sup>1</sup>

PRACTICE OF PROFESSIONAL IN HEALTH PROGRAM OF FAMILY: REPRESENTATIONS AND  
SUBJECTIVITIES

LA PRÁCTICA DE PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA:  
REPRESENTACIONES Y SUBJETIVIDADES

Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>2</sup>  
Maria Salete Bessa Jorge<sup>3</sup>

---

**RESUMO:** O Programa Saúde da Família (PSF) é uma nova forma de pensar-fazer saúde, uma nova proposta que traz como questão básica o processo de humanização no atendimento aos usuários(as) do serviço de saúde. Os profissionais que o compõem são importantes para essa mudança. O artigo mostra, a partir de pressupostos da teoria das representações sociais, as opiniões elaboradas pelos profissionais do PSF, as quais dizem respeito à sua prática, visualizando tanto como eles se vêem como os outros os vêem, além da forma como a sociedade a representa no fazer. Essa prática é dimensionada entre os pólos positivo e negativo pelos que atuam no cotidiano do fazer.

**PALAVRAS-CHAVE:** prática, programa saúde da família, representações sociais

---

**ABSTRACT:** The Family Health Program ("Programa Saúde da Família", PSF) is a new way of thinking-making health, a new proposal that brings as basic question the process of humanization in the care of user(s) of health service. The professionals that take part in this process are important for this change. Based on the principles of the theory of social representations, this article shows the opinions elaborated by PSF professionals, which are related to their practice, identifying the way they see themselves as well as how others see them, including the way society represents itself in this practicing. This practice is classified between positive and negative poles by the actors responsible to carry it out every day.

**KEYWORDS:** practice, health program of family, social representations

---

**RESUMEN:** El Programa Salud de la Familia(PSF) es una nueva forma de pensar-hacer salud, una nueva propuesta que trae como punto básico el proceso de humanización en la atención a los usuarios del servicio de salud. Los profesionales que lo componen son importantes para ese cambio, por eso el estudio muestra -a partir de presupuestos de la teoría de las representaciones sociales- las opiniones de los profesionales del PSF, respecto a su práctica y a cómo ellos mismos se ven, cómo los otros los ven, y además, de qué forma la sociedad la representa(la práctica) en su quehacer. Dicha práctica está dimensionada entre los polos negativo y positivo por aquellos que actúan en la cotidianidad del quehacer.

**PALABRAS CLAVE:** práctica, programa salud de la familia, representaciones sociales

---

Recebido em 14/01/2002  
Aprovado em 20/12/2002

---

<sup>1</sup> Recorte da Dissertação de Mestrado.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública- Políticas e Serviços de Saúde pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde da Família Meton de Alencar.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Dr<sup>a</sup> Titular. Departamento de Enfermagem/Mestrado Acadêmico em Saúde Público. Universidade Estadual do Ceará.

## INTRODUÇÃO

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata, União Soviética, em 1978, iniciou-se um processo de repensar as práticas de saúde a que estavam submetidos os povos dos países subdesenvolvidos.

O modelo de saúde vigente não conseguia atender de forma eficiente a demanda da população. Um modelo respaldado no paradigma flexneriano, caracterizado por uma prática mecanicista, biologicista, individualista, especialista que excluía as práticas alternativas, enfatizava a medicina curativa com um olhar fragmentado sobre o indivíduo e trazia consigo, como questão central, a doença, adotando a prática hospitalocêntrica, já dava provas de que realmente não seria o mais adequado (MENDES, 1996).

Enfatizava-se a atenção primária à saúde através do incentivo e utilização dos Cuidados Primários de Saúde, definidos, então, como:

Cuidados Primários de Saúde são cuidados essenciais... baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e autodeterminação (UNICEF/OMS, 1979, p.3).

Estes, sim, iriam garantir a promoção da saúde e a prevenção das doenças em parceria com a comunidade. A atenção primária deveria realmente ser incorporada às políticas de saúde locais, não sendo interpretadas apenas como algo que viesse suprir necessidades elementares, mas algo que reorganizasse o sistema.

A interpretação mais globalizante, a de atenção primária como estratégia, decodifica-a como uma maneira determinada de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer as necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda sociedade devidamente hierarquizada em função dos requisitos da SPT 2000 (MENDES, 1996, p.271).

No Brasil, somente a partir da década de 70, começa a ocorrer uma estruturação do sistema de saúde, época essa caracterizada pelo *boom* dos hospitais (BORBA, 1998). O modelo que a respaldava tinha como alvo à doença e foi sobre essa lógica instalado, sendo ratificado pelo surgimento do INPS/INAMPS. A década de 80 foi marcada pelas crises econômica e da previdência social brasileira, gerando entraves para manutenção do modelo (VIANA, 1999).

A formulação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), em 1987, com proposta elaborada pelo movimento da reforma sanitária, contribuiu para o avanço da descentralização dos recursos da esfera federal, avançando para desconcentração estadualizada da saúde e municipalização dos serviços (MENDES, 1996).

Os recursos da União para a saúde ficaram sob a administração estadual, a democratização passou a ser considerada e, em 1988, foi dado um grande passo no setor com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja descrição no artigo 196 da Constituição Federal (1988)

sinaliza uma mudança na estrutura e a necessidade de um novo paradigma para atenção à saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado, inicialmente, em cidades com baixa densidade populacional e escassez de recursos (serviços e profissionais de saúde). Apresentavam, no que se pode dizer, caracterização de países do 3° mundo (taxas de mortalidade infantil e materna elevadas, predominância de doenças transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer). A partir da implantação do PSF, com a proposta de inversão do modelo existente, começou-se a observar uma melhora significativa dos indicadores de saúde (CAPISTRANO FILHO, 1999).

## PENSANDO A NOVA PROPOSTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O PSF veio como proposta estratégica para viabilização do SUS e reorientação do modelo de assistência à população brasileira, tendo como compromisso o atendimento universal, integral, equânime e contínuo, visando ser resolutivo à população na Unidade de Saúde e no próprio domicílio, atuando de forma coerente com as especificidades de cada local em que existe uma equipe instalada (MS, 1998).

Como nova estratégia, o PSF nasce alicerçado em princípios que, se realmente respeitados, serão capazes de provocar a transformação necessária para a reorganização das ações e serviços de saúde. São eles: impacto orientação por problemas, intersetorialidade, planejamento e programação local, hierarquização, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, adstrição, coresponsabilidade, humanização, heterogeneidade e realidade.

A equipe de saúde da família prevista pelo Ministério da Saúde deve ser composta por um (a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, isso é a preconização para sua identificação e estes devem ter um território delimitado e a ele estar adscrito de 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas.

O Programa Saúde da Família prevê uma mudança na lógica da atenção à saúde, mudança na prática e gerenciamento do setor saúde e, agora, vem discutir a forma de atuação de diversos profissionais, não dando ênfase a atividades isoladas, pois essas não têm a mesma repercussão que quando compartilhadas, surgindo com o PSF a proposta formalizada de identificação com o trabalho de equipe (CEARÁ/PMF, 1997).

Trabalhar em equipe tem um significado essencial para lidar com as diferentes tarefas colocadas para quem participa do PSF. Os profissionais têm vivenciado essa prática e a partir dela obtido resultados positivos. Sobre a questão, afirma Campos (1997, p.158):

O trabalho de equipe não pressupõe qualquer idéia de apagamento das diferenças de papéis ou de funções entre os trabalhadores... não compartilha sequer da ilusão de liquidar com o poder médico, pretende tão somente reduzi-lo e aproximá-lo daquele de outros segmentos sociais, por intermédio de sua integração a um contexto de participação democrática, inclusive para os médicos.

Diante dessas proposições, cumpre evidenciar algumas questões, as quais deverão ser respondidas no

decorrer da investigação: Esses profissionais estariam realmente habilitados a desempenhar todos os papéis necessários ao funcionamento pleno do PSF? Diante do processo pelo qual passa o(a) médico(a) e enfermeiro(a), têm estes profissionais em seu currículo a fundamentação para a prática desse exercício? Existe algum conflito entre o corpo médico e de enfermagem no exercício da prática no PSF? Como os profissionais do PSF pensam e agem no exercício da prática interdisciplinar?

## PROFISSIONAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: QUEM É DE FATO?

O PSF vem sendo um espaço de elaboração e construção de novas práticas de saúde. Para Vasconcelos (1999), esse é um dos grandes desafios do PSF, mostrar que não é a simplificação, e sim, uma ampliação do universo da atenção primária, através da integração de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas do cotidiano da população adscrita. Hoje, encontram-se atuando 10.400 equipes de Saúde da Família, vinculadas a mais de 30 milhões de pessoas (SOUZA, 2000).

Sem sombra de dúvidas, é um novo mercado de trabalho com salários que, apesar de diferenciados para médicos(as) e enfermeiros(as), estão acima da média atual, e esse tem sido um dos grandes incentivadores e atrativos para jovens profissionais, os quais, por uma diversidade de opções, migram para o meio rural, ou retornam de lá para os centros em que o PSF será implantado. Todavia, isso não é pressuposto básico para referir que esses atendimentos serão o mais eficiente possível.

O PSF remunera o médico diferenciadamente, para atrair melhores profissionais, porém, o sistema formador não está orientado para a formação de médicos generalistas, o que dificulta a contratação desse tipo de profissional e a expansão do programa (VIANA; DAL POZ, 1998, p.25).

No Ceará, já são 906 equipes implantadas, sendo um dos Estados pioneiros na formação dessas equipes. Outro ponto relevante na discussão é identificar se esses profissionais são capazes, ou não, de lidar com o que encontrarão de fato.

A ausência de formação adequada e a própria carência de politização desses profissionais os tornam mais vulneráveis, havendo, portanto, a necessidade de contar com agentes capacitados para lidar com essa estratégia. O PSF já começa a se impor, e sobre essa questão diz Vasconcelos (1999, p. 157):

As conseqüências dessa tendência já podem ser observadas no ensino. Maior procura pelas residências de clínica geral comunitária, criação de residências em saúde da família, maior interesse de alunos de pós-graduação em desenvolver suas dissertações ou teses sobre o tema.

O município de Fortaleza, somente em 1998, começou a incorporar o Programa Saúde da Família na sua rede de atendimento, inicialmente com a contratação de 32 equipes, medida essa realmente necessária para o enquadramento ou categorização do município na Gestão Plena de Atenção Básica. Hoje, existem 109 equipes e o critério de implantação permanece o mesmo definido anteriormente, áreas da periferia de Fortaleza, distribuídas

em 6 regionais. Esse número de equipes ainda se mostra insuficiente para fazer a cobertura do município, não tendo o mesmo impacto em nível de indicadores que o PSF tem apresentado nos demais municípios.

A maioria dos profissionais que aqui estão, passaram por um processo seletivo, vieram de outros municípios trazendo consigo a experiência de estruturação de outras equipes em diferentes lugares, assim, contribuindo para a implantação da estratégia na capital.

Diante de tantas passagens, de idas e vindas, surge outro questionamento: que formulações fazem do PSF esse profissional que atua no Programa Saúde da Família?

Nesse contexto, define-se como objetivo operacional deste estudo: apreender as representações sociais que o profissional de Saúde da Família faz de sua prática, compreendendo suas imagens, atitudes, opiniões e conflitos existente ao atuar na comunidade.

## OPÇÃO TEÓRICA - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O Programa Saúde da Família é uma nova forma de pensar-fazer saúde, uma nova proposta que traz como questão básica o processo de humanização no atendimento aos usuários(as) do serviço de saúde. Os profissionais que o compõem são importantes para essa mudança de paradigma.

A grande importância de entender quem é esse profissional, somente poderá ser reconhecida a partir de um trabalho que tenha um caráter predominantemente qualitativo e, para tanto, utilizar-se-á como referencial a teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, a qual teve como marco, no início da década de 60, o lançamento de sua obra intitulada *Psychanalyse: son image et son public*, na França.

Na concepção de Moscovici (1978, p. 58): "Representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto", ou ainda, conforme define Guareschi e Jovchelovitch (1998, p.89): "é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento". Lane citando Spink (1995, p. 68) afirma que

É nesse contexto de pesquisa e de teoria que a representação social se apresenta como um conceito extremamente importante para os nossos estudos, pois ela constitui o dado empírico do qual se parte para uma análise dialética, que permite conhecer concretamente a consciência, a atividade e a identidade de sujeitos situados social e historicamente.

Um outro dado importante é perceber que sujeito e objeto têm uma relação ativa no processo de elaboração das representações, há uma nova realidade evidenciada em termos de pesquisa, corroborando com o que Abric (1998, p. 27) já explicitou: "toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito".

A teoria das Representações Sociais, através dos processos de objetivação e ancoragem, conseguirá desvelar uma série de questionamentos apontados anteriormente. Além dos processos, a Teoria das Representações Sociais

Prática dos profissionais...

busca apreender as imagens, estereótipos, atitudes e conflitos a partir do senso comum.

Conforme Spink e Medrado (1999, p.52): "Imagens, valores, idéias, categorias que são facilmente reconhecidas e respondidas por muitas pessoas de um grupo podem ser características definidoras de uma Representação Social."

## METODOLOGIA

### CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Procedeu-se à investigação em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, cuja origem ocorreu em 1654, conta com 336 Km<sup>2</sup> de extensão e uma população de 2.700.000 residentes (CEARÁ/PMF, 1999). A população economicamente ativa do município atinge o percentual de 46,27.

O município de Fortaleza passa por uma série de mudanças nos vários setores que o compõem, inclusive com a reforma administrativa que o dividiu em 6 regionais e criou as Secretarias Executivas Regionais (SER), em que se priorizam as ações e serviços a serem realizados nos limites de sua localização, de acordo com o Plano Municipal de Fortaleza (CEARÁ/PMF, 1997).

### ATORES E ATRIZES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com os profissionais do PSF de Fortaleza sendo 5 enfermeiros(as) e 6 médicos(as) que trabalham nas SER, os(as) quais já trabalharam em municípios do interior do Estado e que aqui estão desde a sua implantação, em fevereiro de 1998. Esse corte é interessante e tornou-se necessário para que se possa identificar as formulações realizadas a partir de suas vivências em locais distintos, construções ou desconstruções ocorridas em sua prática.

### COLETA DE DADOS

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a entrevista e o grupo focal. Foi aplicada a entrevista com 11 profissionais e teve a finalidade de apreender as representações sociais, a partir da questão: quando eu falo em Programa de Saúde da Família o que vem a sua cabeça? A seguir, foi realizado, o grupo focal com a finalidade de aprofundar e apreender detalhes para compreensão do modo de pensar, sentir e agir desses profissionais. Apesar de ser um método bastante antigo, sua utilização por pesquisadores que atuam na área de saúde, ou em outras áreas de conhecimentos diferentes, é recente.

Segundo Robert Merton, autor do método, a escolha pelo grupo focal deve-se à oportunidade de colher informações que vários profissionais têm elaborado ao longo de sua prática, suas atitudes, emoções, sua visão sobre o que fazem e como fazem. Acrescenta, ainda, que "o grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços" (COTRIM, 1996, p.86).

Foram realizadas três sessões de grupos focais, com a participação no primeiro e terceiro grupos de quatro profissionais, sendo dois médicos(as) e dois enfermeiros(as);

enquanto o segundo grupo formou-se com três profissionais, dois médicos(as) e uma enfermeira. O primeiro grupo revelou suas opiniões, as quais constituíram os primeiros núcleos de sentidos, sendo que a partir da leitura desse grupo inicial, aprofundaram-se os núcleos com as informações adquiridas nas duas últimas sessões do grupo focal. Os encontros duravam em média duas horas e tinham um roteiro temático básico de orientação. Além de participarem do grupo focal, foram entrevistados.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Uma análise das informações coletadas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, bastante adequada em pesquisas sobre representações sociais definidas por Bardin (1977) em que tem como passos de análise: leitura flutuante, inventário, recorte das falas, codificação, categorização. Através dessas fases de análise apreendemos as representações sociais, a partir das falas descritas.

## A DESCOBERTA DA SUBJETIVIDADE E AS REPRESENTAÇÕES

### A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

As representações sociais elaboradas pelos profissionais do PSF dizem respeito à sua prática, expressando como eles se vêem e como os outros os vêem, além da forma como a sociedade a representa no fazer. Essa prática é dimensionada com pontos positivos e negativos pelos que atuam no cotidiano do fazer.

Dentre as primeiras impressões sugeridas, a prática no PSF pode ser entendida como idêntica à da saúde pública, considerando que na sua vivência os profissionais precisam estar preparados para trabalhar com grande diversidade de programas: assistência à mulher, à criança, ao idoso, às pessoas portadoras de patologias crônicas, entre outras, o que justifica a necessidade de seus agentes disporem de vasto conhecimento.

*O profissional tem que estar preparado para dar uma resposta para a comunidade. (D)*

No entendimento dos profissionais, a prática deve ir além das ações programáticas de saúde pública que, na realidade, são verticalizadas. Vasconcelos (1999) chama a atenção para esse posicionamento dos profissionais no sentido de estabelecer a importância dos diferentes contextos em que vivem as famílias e, nessa perspectiva, distinguir as diversas metodologias exigidas para intervenção, passando-se a não reproduzir os programas de saúde pública planejados e padronizados pela burocracia do setor saúde.

*Para eu trabalhar no Saúde da Família foi muito gratificante... eu achava que estava desaprendendo onde eu estava, eu trabalhava em creche, e em creche é só com criança e para mim foi muito proveitoso... (C)*

*A grande maioria que sai da faculdade ainda sai querendo ter seu consultório, ter curso de especialização, e poucos são os que optam pela questão da saúde pública...(I)*

Merece atenção o fato do próprio profissional, sentir-

se desvalorizado por desenvolver atividades no campo da saúde pública julgando não ter o reconhecimento que precisa tanto pelos colegas de profissão como pela sociedade, representada pelos gestores de serviços de saúde. Existe um descrédito no sistema público brasileiro e as diversas máscaras surgidas não contribuem para mudança de visualização desse processo.

*A gente pensa que saúde pública ainda é feita muito com aquela coisa da prática individual de cada profissional, tudo muito empírico, tudo muito baseado na questão da prática mesmo e a gente vê depois que faz o curso... que tudo foi feito dentro dos fundamentos científicos e que existem estudos sérios dentro dessa área.*(I)

Percebe-se que a diversidade de olhares sobre a prática aponta que há experiências significativas associadas às mudanças, ancorando-se no conhecimento técnico adquirido, na necessidade evidenciada de se trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, retomando a modificação de visão de mundo que profissionais passam a ter com essa vivência em diferentes locais.

*... então essa mudança é favoreceu para que eu pudesse compreender de que forma, é o processo saúde doença pode acontecer...*(D)

Outra representação que surge em relação à prática no PSF, refere-se ao trabalho no meio urbano, significando uma experiência diferente, inicialmente atribuída às diversas equipes que ficam centralizadas numa mesma unidade. O próprio Ministério da Saúde previa que essa seria a situação ideal para a atuação no meio urbano, onde os aglomerados de equipe, a princípio, são encarados como ponto de solução e não formulação de situação problema (SOUZA, 2000). Para os profissionais, esses encontros acabam gerando um aprendizado pelo compartilhamento de saberes, contribuindo para a melhoria do atendimento, uma vez que a população adstrita àquela unidade irá cobrar uniformidade na atenção. Melhorar a redação deste parágrafo.

*Aqui a gente vive uma experiência diferente que é trabalhar com várias equipes numa mesma unidade.*(G)

Essa questão que (G) colocou, até no início a gente se batia um com o outro para se adaptar... tudo isso a gente foi se adaptando e hoje não acontece mais isso, vai havendo uma adaptação, além do trabalho em equipe, né, entre as equipes.(F)

Os profissionais do Programa Saúde da Família revelam ainda em seus discursos as atitudes negativas que vêm sendo construídas ao longo de sua prática, e torna-se interessante pontuar que algumas das objetivações realizadas por aspectos diferentes, oscilam entre a esfera do negativo e o positivo, conforme comentado anteriormente.

Dentre as primeiras questões levantadas, destaca-se a filosofia do serviço que, para vários profissionais, pode ser entendida como negativa por não estar sendo respeitada, visto não ser referência para o trabalho de muitos profissionais que atuam no PSF sem o compromisso devido e o vêem como um trabalho temporário. Melhorar este parágrafo.

*... você tá ali atendendo todos os dias, mas a filosofia daquele profissional não é de saúde da família é de realmente passar um tempo, então eu acho que isso aí prejudica*

*muito...*(C)

Observa-se, também, que a falta de formação dos gestores para o pleno desenvolvimento do PSF e a própria ausência de compromisso dos mesmos com os profissionais, já relatados, acabam gerando um elevado grau de insatisfação, como na questão do excessivo atendimento exposto por muitos, que confirma o fato.

*... não existia interesse de se estruturar o programa, o que existia era o interesse de apenas fazer consultas, em número de consultas, então a oportunidade de trabalhar no município de Can...mostrou a realidade sofrida...*(D)

Vasconcelos (1999, p.175) reafirma essa análise realizada quando refere que “o futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização”. Apreende-se, então, que essa parcela de compromisso é fundamental para o alcance dos resultados propostos no sistema local.

A experiência vivenciada por outros profissionais revela a exploração realizada, principalmente do profissional enfermeiro com a justificativa dada por eles próprios do excesso de mão-de-obra da categoria no mercado de trabalho, gerando uma dimensão negativa para os que acreditam no trabalho de equipe. Esse dado não é diferente do encontrado em uma pesquisa realizada em Campina Grande-PB, onde a insatisfação desta categoria em sua atuação no Programa Saúde da Família foi evidenciada pela relação de atividades e atribuições que carregam e realizam cotidianamente, além da defasagem salarial, visto que sua carga horária é maior e recebem menor salário que o médico (COSTA; LIMA; OLIVEIRA, 2000). Melhorar a redação

*...acontece até de o secretário de saúde elogiar dizendo que o profissional enfermeiro é tão bom que não precisa mais de ninguém,... percebi por trás desse discurso que o que existia era o interesse de explorar o profissional enfermeiro, prá que o enfermeiro pudesse cobrir todas as ações e deixar de contratar o profissional médico...*(D)

Na questão política revela-se outra dificuldade, estando representada como “calo” na vida dos profissionais, porquanto determina inúmeras vezes a saída de alguns deles, o desenvolvimento do trabalho e, em muitos casos, até a forma de atuação do profissional em uma determinada localidade, o qual, na grande maioria das vezes, encontra-se fragilizado pela situação e, conseqüentemente, vulnerável.

*É o calo do PSF, é a questão política né, eu acho que enquanto se relacionar PSF com prefeito, com partido político a gente vai ficar sempre nessa situação difícil de nômades...*(G)

A incapacitação dos gestores já é assunto que vem sendo comentado e como esta tem reflexos, aqui no caso bem negativo, pois muitos profissionais os consideram insensíveis, uma vez que não investem na capacitação de seus profissionais que se sentem desvalorizados por essa postura, e esse profissional, que acaba sendo estigmatizado por seus colegas por ter contrariado a lógica da formação e ido trabalhar no campo da Saúde Pública, passa também a vivenciar a questão da baixa auto-estima.

*... a gente veio prá Fortaleza, assim tem uma diferença também grande, da clientela, da população, de como era administrativamente mesmo formulado tanto o PSF*

Prática dos profissionais...

*de Fortaleza como era o PSF de Ic... interior, né até mesmo a estruturação de como chegar ao secretário... (A)*

Outra representação de dimensão negativa, percebida de forma enfática nos discursos dos profissionais do PSF, deve-se à inexistência de seus direitos trabalhistas, havendo unanimidade nas queixas, visto que se sentem desvalorizados e, até certo ponto, frustrados, pois se dedicam a essa prática na qualidade de bons profissionais, correndo riscos e expondo-se a uma série de situações, mas, segundo os mesmos, não têm o reconhecimento legal necessário. Para o Ministério da Saúde, essa é uma das questões que precisará ser resolvida pelo gestor local e profissionais que, diante desse quadro de instabilidade política existente no país, demonstram suas insatisfações e vulnerabilidades (SOUZA, 2000).

*Outra coisa que eu vejo que não cresceu foi a questão dos direitos dos profissionais do Saúde da Família, a gente luta pelos direitos de todo mundo e não tem os nossos direitos reconhecidos...(B)*

Essa instabilidade política acaba contribuindo para a falta de motivação e de incentivo aos profissionais de Saúde da Família, pelo que se observa a entrada de profissionais desqualificados, fortalecendo preconceitos formulados acerca da categoria.

*... tem que ser revista a qualidade do profissional que tá ingressando nas atividades do Programa de Saúde da Família.(A)*

Verifica-se, por fim, uma alta rotatividade de profissionais, tanto pela necessidade de estarem mais próximos de sua família como por imposição da política vigente, infligindo mudança de gestor.

*... essa rotatividade grande que acontece em muitos municípios e que eu passei, eu vejo assim de um certo lado até negativo porque quando a gente vai começar a dar um diagnóstico da comunidade, conhecer a comunidade, por motivos políticos e até econômicos, a gente é muitas vezes, é convocado ou colocado por algumas circunstâncias a sair dos municípios, né. (B).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, tornou-se possível apreender algumas das representações que permearam a prática dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família no município de Fortaleza.

Identificaram o PSF como uma estratégia para viabilização do SUS e que o referido processo venha sendo desenhado a partir da conjugação dos diversos saberes articulados pela equipe. O PSF não se constitui apenas o resultado da junção de uma série de programas de Saúde Pública. Os profissionais entendem a proposta da integralidade na sua atenção tomando a família como foco, mas, em alguns momentos, sentem-se frustrados por não conseguirem implementar ações planejadas. Há uma necessidade de que todos os setores existentes no município entendam e compartilhem a proposta de reorganização do sistema de saúde.

Revelaram que o seu modo de pensar e agir têm sido modificados pelo tempo de atuação e que há uma

desvalorização dos profissionais que não vislumbram em saúde da família uma especialização, devido à questão da inexistência dos direitos trabalhistas, e aos próprios gestores que, em algumas situações, acabam sobrecarregando profissionais, no caso, enfermeiros, para justificar a ausência de médicos.

A rotatividade apesar de ancorar-se num processo de frustração em momentos anteriores, aqui se apresenta com um outro significado, como uma experiência que contribui para o aperfeiçoamento técnico, trazendo segurança para o profissional que vivencia um cotidiano repleto de situações inusitadas.

O PSR aparece no cenário nacional como resolubilidade de todos os problemas do Sistema de Saúde, na perspectiva de torna-lo capaz de atender às demandas da população e da necessidade de um novo pensar e fazer a saúde.

Constatamos que o PSF ainda não tem efetivamente contribuído para reorganização da atenção primária. Na realidade tem refletido e possibilitado um repensar do modelo de atenção básica ou atenção primária que irá optar e implementar, uma vez que um PSF desarticulado da rede básica torna-se inviável.

Ressalta-se que as ampliações do PSF com inclusão de toda população nas áreas de implantação ampliariam o direito à saúde e abrangeria um maior contingente daqueles que estão fora do sistema, pela difícil acessibilidade geográfica, econômica e social.

Em suma, cumpre referir, à luz dos resultados, que os profissionais do Programa Saúde da Família que atuam, hoje, no município de Fortaleza, especificamente enfermeiro (a) e médico (a), têm modificado sua visão de mundo a partir de sua prática, na tentativa de melhorar a qualidade da atenção e o acesso à saúde dos (as) usuários(as) que se têm vinculado ao programa, pelos(as) quais se responsabilizam. Enfim, revelam-se, em meio a muitas frustrações, como verdadeiros desbravadores com potencial e capacidade para permanecerem na busca, não só por reconhecimento da sua identidade pelos diversos segmentos sociais, mas por entenderem ser a partir da implementação dessa estratégia que a população poderá contar com melhor qualidade de vida.

Finalmente, o governo municipal e federal devm buscar uma ação política pautada na lógica do interesse coletivo, tendo como ponto de partida o comprometimento dos trabalhadores de saúde em pensar e agir na saúde na perspectiva de um sistema público de saúde em defesa da vida e não pautado somente no modelo de vigilância sanitária.

## REFERÊNCIAS

BORBA, P. C. de. **Saúde da família: um pouco da história.** Fortaleza, 1998. 5 p. Digitado.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em

São Paulo. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, n. 35, p. 89-90, jan./abr. 1999.

CEARÁ. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **A reforma administrativa municipal, versão educativa**. FUNDESP: Fortaleza, abr. 1997.

\_\_\_\_\_. **Ação 2000, versão educativa**. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 1999.

COSTA, A. R. C. da; LIMA, C. B. de; OLIVEIRA, C. P. de. Atuação do enfermeiro no programa de saúde da família no estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p. 149-152, dez. 2000. Especial

COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 63-110.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 58-72.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Hucitec,

1996.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p.7-16, dez. 2000. Especial.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: \_\_\_\_\_. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

UNICEF/OMS. **Alma-Ata: cuidados primários de saúde**. Brasília, 1979.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80-90: o (longo) período de reformas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.1, p.3-6, 1999.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Revista Phisys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.