

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Mestrado em Saúde Pública /Área de Concentração em Epidemiologia

Alessandra Pereira Viana

Concepções e vivências sobre o Programa de Saúde da Família em Fortaleza

Fortaleza

2004

ALESSANDRA PEREIRA VIANA

Concepções e vivências sobre o Programa de Saúde da Família em Fortaleza

Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde Pública / Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Co- Orientador: Prof^a. Dr^a. Márcia Gomide da Silva Mello.

FORTALEZA

2004

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- V667c Viana, Alessandra Pereira.
Concepções e vivências sobre o Programa de Saúde da Família em Fortaleza / Alessandra Pereira Viana. – 2004.
104 f.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2004.
Área de concentração: Epidemiologia.
Orientação: Profa Dr Ricardo José Soares Pontes
Coorientação: Prof Dra Márcia Gomide da Silva Mello
1. Programa Saúde da Família. 2. Política de Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde I. Título.

CDD 362.1

ALESSANDRA PEREIRA VIANA

Concepções e vivências sobre o Programa de Saúde da Família em Fortaleza

Dissertação apresentada ao Mestrado de Saúde Pública / Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em Setembro de 2004.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a. DR^a RAQUEL MARIA RIGOTTO

Universidade Federal do Ceará- UFC

PROF^a. DR^a MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI

Universidade Federal do Ceará- UFC

PROF^a DR^a MARCIA GOMIDE DA SILVA MELLO

Universidade Federal do Ceará- UFC

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser meu criador, Senhor de todos os exércitos, meu Redentor, que com grande misericórdia me acolheu e com benignidade eterna se compadeceu de mim e possibilitou a vitória de concluir essa dissertação;

Ao professor Ricardo José Soares Pontes, meus sinceros agradecimentos, não apenas pela orientação firme e segura demonstrada na elaboração deste trabalho, mas também pelo incentivo, confiança e amizade nesses anos de convivência;

À ex-Coordenadora do Mestrado em Saúde Pública, Prof^a. Dr^a. Marcia Gomide do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina – UFC;

Ao meu avô Abel, grande amigo, meu pai em todas as horas, presente em seu infinito amor, me apresentou a difícil arte de amar incondicionalmente;

À minha mãe por todo amor dedicado a mim, por sua companhia sábia e amorosa durante seus dias comigo na terra, saudade eterna;

Ao meu pai Cicero Ferreira Viana por me ensinar a lutar e não desistir dos meus sonhos;

Ao meu marido Delano Sobral Rolim, por seu incentivo, paciência e compreensão nos momentos que deixei de estar ao seu lado para concluir esse trabalho;

À minha filha Victoria por compreender e perdoar meus momentos de ausência, por sempre me acordar com seu olhar de carinho, amizade e amor incondicional.

RESUMO

Esta pesquisa versa sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza, procura compreender, através do estudo dos modelos explicativos construídos pelos profissionais médicos e enfermeiros que nele atuam, como se processou sua implantação, organização e operacionalização. É um estudo de natureza qualitativa, que utilizou a entrevista semi-estruturada para identificar percepções, angústias e sentimentos de satisfação e insatisfação construídos através da prática do PSF em Fortaleza. Participaram da pesquisa quatorze profissionais, sendo sete enfermeiros e sete médicos que atuam ou atuaram no município durante a sua implantação. O estudo revelou que a implantação do Programa de Saúde da Família no município de Fortaleza foi marcada por uma série de acontecimentos, entre eles se destacam: a saída dos profissionais que atuavam no antigo modelo e a chegada das equipes de saúde da família; escassez de recursos humanos e materiais; diminuição do número de capacitações e a interferência política partidária no processo de trabalho. Todos esses elementos tidos como dificultadores para o processo de implantação, contribuíram para que houvesse aos olhos dos profissionais entrevistados, uma distorção dos objetivos do PSF durante a sua implantação e implementação. Quando questionados sobre sua satisfação profissional os profissionais revelam dimensões negativas e positivas da sua prática. Assim, os profissionais entrevistados vivem uma relação paradoxal, entre o prazer de exercer sua prática e a frustração gerada pela informalidade e pelo não reconhecimento da Saúde da Família, enquanto especialidade.

Palavra-chave: Programa Saúde da Família. Política de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

This research turns on the Program of Health of Family (PSF) in Fortaleza, looks for to understand, through the study of the clarifying models constructed by the medical professionals and nurses who in it act, as processed its implantation, organization and execution. It is a study of qualitative nature, that used the half- structure interview to identify perceptions, sadness and feelings of constructed satisfaction and not satisfaction through practical its of the PSF in the city of Fortaleza. Fourteen professionals had participated of the research, being seven nurses and seven doctors who act or had acted in the city during its implantation. The study he disclosed that the implantation of the Program of Health of the Family in the city of Fortaleza was marked by a series of events, between them if they detach: the exit of the professionals who acted in the old model and the arrival of the teams of health of the family; scarcity of human resources and substances; reduction of the number of qualifications and the interference partisan politics in the work process. All these had difficulty lements for the implantation process, had contributed so that it had to the eyes of the professionals interviewed, a distortion of the objectives of the PSF during its implantation and implementation. When questioned on its professional satisfaction the professionals they disclose negative and positive dimensions of practical its. Thus, the interviewed professionals live a paradoxical relation, enter the pleasure to exert practical its and the frustration generated for the informality and not the recognition of the Health of the Family, while specialty.

Keywords: Family Health Program. Health Policy. Program Evaluation.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	17
1.1 IDENTIFICANDO A NECESSIDADE DO ESTUDO.....	20
2. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	23
2.1. TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	23
2.2. O PSF NO BRASIL.....	28
2.3. PSF NO CEARÁ.....	31
2.4. O PSF EM FORTALEZA.....	33
3. OBJETIVOS.....	44
3.1. OBJETIVO GERAL.....	44
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
4. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	45
4.1. NATUREZA DO ESTUDO.....	45
4.2. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	47
4.3. SUJEITOS DO ESTUDO.....	51
4.4. ETAPA DE CAMPO.....	55
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	61
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
6.1. DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA.....	62
6.2. DIMENSÕES NEGATIVAS DA PRÁTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA.....	83
6.2.1. DESCONTENTAMENTO DO MÉDICO COM A PRÁTICA DO SAÚDE DA FAMÍLIA.....	83
6.2.2. DESCONTENTAMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	86
6.2.3. ALTA ROTATIVIDADE DOS MÉDICOS QUE COMPUNHAM AS EQUIPES.....	88
6.3. DIMENSÕES NEGATIVAS DA PRÁTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA.....	89
6.3.1 PONTECIALIZIDADES DO PSF EM FORTALEZA.....	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS.....	99

1 APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa versa sobre o Programa de Saúde da Família (PSF) em Fortaleza. Procura compreender, através do estudo dos modelos explicativos construídos por profissionais médicos e enfermeiros que nele atuam, como se processou sua implantação, organização, e sua operacionalização.

Ao participar da implantação do Programa Saúde da Família – PSF no município de Fortaleza/Ceará, em 1998, tive a oportunidade de observar os pormenores da dinâmica deste processo, seu planejamento, organização e execução, além de experienciar todas as dificuldades, estas de natureza diversa e atingiam a todos os atores sociais envolvidos no processo.

Esta experiência fez surgir os seguintes questionamentos: Como os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as equipes de saúde da família de Fortaleza percebem e vivenciam o Programa no contexto de sua prática? Quando essa prática é confrontada com a análise documental do projeto Governamental do PSF, existe contradição, entre o que foi proposto no projeto original e o que é construído na prática? Se existe, onde está a ruptura?

A análise das discrepâncias entre o que é o PSF em Fortaleza e o que este deveria ser, ou seja, a disparidade entre uma situação esperada e outra existente e real era inquietante.

Essa situação foi reforçada por pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) que revelavam ser unânime a insatisfação dos profissionais, quanto às condições estruturais, de gerenciamento, relações trabalhistas e apoio logístico,

dificuldades estas que interferem no adequado funcionamento do PSF (SOUZA, 2000).

O PSF é uma estratégia que vem contribuindo para efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, no que diz respeito ao processo de descentralização, municipalização e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1997). Esse acesso sofreu grande incremento nos últimos anos, conseqüência da expansão do número de equipes do PSF dentro da rede básica de saúde.

Desde sua implantação em 1994, quando apenas 55 municípios cearenses tinham aderido ao Programa, foram estabelecidas algumas diretrizes pelo MS que deveriam ser seguidas: caráter substitutivo, complementaridade, hierarquização, adscrição da clientela, reorganização de práticas de trabalho, planejamento local, estímulo à ação intersetorial, dentre outras (BRASIL, 1997). Entretanto, a normatização de um sistema de acompanhamento que verifique o alcance dessas diretrizes não foi identificada na literatura.

Apesar de todos os avanços ocorridos sob a ótica do acesso aos serviços de saúde com a expansão das equipes do PSF em todo território nacional, é preciso refletir sobre as potencialidades e limitações desse Programa, dentre elas, podemos destacar a manutenção do PSF.

Mesmo sendo concebido como um modelo estruturante, que reorganiza sua prática em novas bases e critérios e apesar de todas as suas vantagens frente ao modelo tradicional de atenção à saúde, sem deixar de mencionar as mudanças alcançadas no resultado de alguns indicadores de morbi-mortalidade, o PSF ainda é alvo de muitas críticas e percorre um caminho ainda marginal no espaço institucional dos municípios (SOUZA, 2000).

Souza (2000) revela que este caminho marginal do PSF é fruto de diversos fatores: a não capacitação para o gerenciamento do PSF; manipulação política a que o PSF é submetido; e a falta de controle-social.

No Ceará, GOYA (1996), ANDRADE (1998), SOUSA SÁ FILHA (2000), e SILVA (2001) desenvolveram estudos sobre o Programa de Saúde da Família que abrangiam sua estrutura e funcionamento. Os assuntos abordados foram: processo de trabalho; perfis dos profissionais; representações sociais do profissional de Saúde da Família; atividades realizadas e condições de trabalho. Esses estudos representam uma iniciativa de análise mais abrangente do Programa Saúde da Família.

Em todo o Ceará, estão qualificadas 1.527 equipes do PSF, mas só funcionam 1.269. A previsão é de que, para uma população de 7.547.619 habitantes seriam necessárias no Ceará pelo menos 1.650 equipes do PSF, o que garantiria a cobertura de 100% na área de Atenção Básica à Saúde da Família. Atualmente a cobertura do PSF no estado do Ceará é de 54,7% (CEARÁ/SESA, 2004). É nas cidades do Interior onde ocorre um maior avanço do Programa de saúde da Família, desde sua implantação em 1994 até março de 2004, nos pequenos municípios, o número de equipes de saúde da família cresceu cerca de 80%. Porém, nos últimos dois anos, este crescimento teve uma estagnação. Os motivos apontados são: dificuldades em fixar os médicos nos municípios mais distantes, falta de infraestrutura em algumas localidades, carências organizacionais e grande rotatividade dos profissionais.

O Ceará foi um dos estados pioneiros na implantação do PSF no país, e se destacou pela velocidade de expansão do número de equipes em grande parte dos

seus municípios (DAB, 2000). Apesar disso, as experiências locais sobre estruturação e operacionalização do Programa ainda têm sido pouco investigadas.

1.1 IDENTIFICANDO A NECESSIDADE DO ESTUDO

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo pesquisas que procuram avaliar o PSF no Brasil. A pesquisa nacional de “Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família” e a pesquisa nacional sobre “O Perfil de Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família”, ambas realizadas em 2000, revelaram dados quantitativos sobre o número de equipes, atividades realizadas, investimentos dos municípios, qualificação dos médicos e enfermeiros (BRASIL, 2000).

No que se refere ainda à avaliação das ações, o PSF dispõe do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) como mecanismo de acompanhamento e avaliação mensal das equipes do PSF no País (BRASIL, 2000).

O SIAB tem como objetivo contabilizar as ações realizadas pelos profissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, agente de saúde e auxiliar de enfermagem). Os dados que o SIAB produz são, em sua maioria, decorrentes do acompanhamento e atendimento de usuários, demonstram resultados de acesso, além de possibilitar a análise de alguns indicadores de saúde como imunização, avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e aleitamento materno, entre outros.

Esse instrumento de acompanhamento e avaliação não consegue alcançar a magnitude das experiências locais, se restringe à contabilização da informação.

Examinar as ações apenas pelo prisma quantitativo ofusca as possibilidades de impulsionar mudanças sociais e individuais, uma vez que, as diferentes realidades sócio-econômicas dos municípios, acabam por influenciar na maneira como o PSF é reproduzido. (VICTOR, 2002).

A estratégia Saúde da Família criada para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do SUS na década de 90, é marcada por diferentes orientações, foi inspirada em experiências advindas de outros países (Cuba, Inglaterra e Canadá) onde a saúde pública alcançou níveis satisfatórios de qualidade. No Brasil o PSF adquiriu suas próprias características, estas marcadas pela criatividade e arranjos da nossa realidade. Todos esses fatores favoreceram o desenvolvimento de um programa complexo, marcado por diferentes interesses e visões sobre os modelos de saúde, especialmente o modelo do PSF (REIS & HORTALE, 2004).

Estes fatos despertaram-me enquanto pesquisadora, interesse pelo estudo qualitativo do PSF, instigando-me a conhecer o PSF sob o olhar de quem o faz. Soma-se a isso que em Fortaleza, nenhum estudo foi realizado sobre o funcionamento e organização do PSF desde a sua implantação.

A relevância deste estudo está relacionada a dois fatos: - o PSF ter se tornado nos últimos anos o “carro chefe” da reversão do modelo de assistência à saúde (Souza, 2000); - e os estudos das ações desenvolvidas no Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde são basicamente constituídos de dados quantitativos, não possibilitando assim a compreensão dos diferentes cenários sociais em que está envolvido o Programa de Saúde da Família.

Conforme relatado anteriormente, pesquisas nesta área de atenção vêm sendo feitas através de estudos de grande porte, onde o objeto de interesse é amplo e a metodologia empregada é eminentemente quantitativa. Logo, optou-se pela metodologia qualitativa na tentativa de compreender através do olhar do médico e do enfermeiro que atuam no programa, como o PSF acontece em uma grande capital, tarefa que envolve a intersubjetividade e, portanto, múltiplas formas de perceber, sentir, reagir e interpretar suas diferenças e peculiaridades.

2. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

2.1. TRAJETÓRIA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo busca levantar alguns aspectos importantes dos modelos de saúde do Brasil além de dissertar sobre o Programa Saúde da Família.

Para Teixeira (2000), modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais, podem ser definidos como uma combinação de conhecimentos e técnicas, que resolverão não só problemas como também necessidades de saúde, tanto no plano individual como coletivo em uma dada organização.

Na história do desenvolvimento dos modelos de saúde no Brasil, ao consultar a literatura, observamos que, no início do século XX, a economia brasileira voltava-se para a exportação do café, o que provocava intenso tráfego de navios em áreas portuárias, o perfil epidemiológico estava representado por doenças como a febre amarela, o cólera, a difteria, a febre tifóide e a varíola. As epidemias levaram as autoridades sanitárias a programar intensas campanhas de controle dessas doenças, num movimento que ficou denominado de “Sanitarismo Campanhista”, caracterizado por ações autoritárias e coercitivas, que ficavam a cargo da Polícia Sanitária, das brigadas de mata-mosquitos e das delegacias sanitárias (RIZZOTO, 1999).

A ação do “Sanitarismo Campanhista” fundamentava-se numa relação causal de fatores do meio externo sob as responsabilidades do indivíduo, com ênfase para questões sanitárias e de higiene, principalmente nas áreas portuárias, com a finalidade de controlar as epidemias e sanear os espaços de circulações de

mercadorias, vigorando no Brasil até metade do século XX (ANDRADE, 1998; RIZZOTO, 1999; MENDES, 1994).

Além das medidas de campanhas, saneamentos e higiene surgem experiências baseadas em serviços ambulatoriais, que visavam ao combate a determinadas doenças. Tais experiências foram influenciadas por entidades norte-americanas, como a Fundação Rockefeller, que propunha uma administração dos serviços de saúde pública baseada em fundamentos científicos, elegendo a educação sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias (RIZZOTO, 1999).

No Brasil, de 1920 a 1926, esse movimento se institui por intermédio, de Carlos Chagas, com a implantação de unidades de saúde locais e permanentes, compostas de uma equipe profissional que atuava de forma sistemática junto à população.

Com a queda da exportação do café e a crescente industrialização, surge uma necessidade de atenção à saúde voltada para a saúde dos trabalhadores, com o intuito de não prejudicar a produção. O movimento “Sanitarismo Campanhista” deixa de ser o foco central, por não atender as necessidades do setor industrial, dando lugar ao modelo médico-assistencial privatista, que privilegiou a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada (MENDES, 1994).

A partir de 1975, para amenizar as contradições entre as exigências políticas e sociais e os custos com a saúde, ocorreu uma modificação no Sistema de Saúde, configurada na ampliação dos órgãos máximos de administração da saúde, aparecendo, então, em vez de um, dois ministérios: Saúde e Previdência Social,

competindo ao primeiro orientar as atividades de saúde coletiva, e ao outro o atendimento médico-hospitalar (GONZAGA, 1994; RODRIGUES NETO, 1994).

Mudanças significativas no cenário internacional provocaram debates em relação ao acesso aos serviços de saúde, sendo realizada em 1978 em Alma-Ata, República do Cazaquistão, na então União Soviética, a 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que teve como meta "Saúde para todos no ano 2000", propondo-se a regulamentação dos serviços básicos de saúde e a extensão da cobertura à população pobre. No relatório deste encontro ficou explícito que:

“os cuidados primários são os principais meios para se alcançar em todo mundo, um nível aceitável de saúde num futuro previsível, e que este nível de saúde precisa fazer parte do desenvolvimento social, e estar baseado no espírito de justiça” (UNICEF, 1979 p.3).

Desde então, se chegou à conclusão de que o alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade aos cuidados essenciais de saúde é direito e dever dos povos, bem como sua participação no planejamento e na execução destes, e que os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, portanto constitui o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (UNICEF, 1979). Este evento provocou influências importantes na atenção primária à saúde, em diversos países, dentre eles o Brasil (ANDRADE, 1998; PEDROSA, 2001).

Com a superação do regime militar, a partir de 1985, a exacerbação da crise econômica e desigualdades de acesso aos serviços de saúde, estimularam-se os movimentos sociais, intensificando discussões sobre o sistema de saúde do País. A sociedade mobilizou-se na busca de um compromisso com a democracia e a cidadania, exercendo forte pressão social, principalmente por um grupo de

intelectuais sanitaristas, que deu origem ao movimento conhecido como reforma sanitária (ABEN,1996).

Em 1986, ocorreu importante marco na história da saúde pública do Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, diferente de todas as anteriores, principalmente, pelo seu caráter democrático, com participação significativa da população. Este evento serviu de espaço para se discutir a situação de saúde do Brasil, onde foram elaboradas as recomendações que passaram a formar o Projeto da Reforma Sanitária, sendo estas propostas levadas para a Assembléia Nacional Constituinte (RODRIGUES NETO, 1994).

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte incluiu pela primeira vez uma seção sobre saúde, onde incorpora grande parte dos conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde na consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS). A lei nº 8080/ 90 (lei orgânica da saúde) no seu artigo 2º das disposições gerais estabelece o termo saúde como:

(...) "um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício" e no artigo 3º, estabelece que:

(...) a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais, e que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (SANTOS & CARVALHO, 1995 p.55).

Todavia, a crise orgânica do Estado e o crescimento do setor privado da saúde, com elevado grau de autonomia, levaram ao enfraquecimento do Movimento da Reforma Sanitária o que determinou uma “universalização excludente”, onde existe uma oferta de serviços seletiva e baseada na atenção médica (MENDES, 1994).

Este termo “universalização excludente” deve ser compreendido sob o contexto da época em que ocorreu. À medida que grupos populacionais, antes chamados de indigentes, foram incluídos no SUS pelo princípio da universalização, percebeu-se que a capacidade de oferta de serviços não suportaria tamanha demanda, o que levou os segmentos populacionais mais organizados e com maior poder de pressão a utilizar outros serviços de saúde, como convênios particulares e seguros-saúde. Ou seja, isso acabou por diminuir a pressão sobre o SUS, pois quem teria força para lutar por ele acabou tentando resolver de forma imediata um problema de “falta de atenção” (FAVERET, 1989; MENDES, 1995; RODRIGUES NETO, 1994).

Mesmo com todas as dificuldades, o SUS tem se mostrado como a melhor alternativa para a saúde da população, muito embora, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, ainda nos pareça distante de ser efetivado, já que a consolidação do sistema único de saúde está diretamente ligada à superação do hiato entre os direitos sociais garantidos na lei e a capacidade efetiva de ofertas dos serviços públicos (MENDES, 1995; BRASIL, 1997).

2.2. O PSF NO BRASIL

O Ministério da Saúde – MS, em 1991, lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna na região Nordeste. Este programa era pautado nos princípios indutores da “inversão do modelo de assistência à saúde”, ou seja, o agente comunitário deveria representar o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. (SOUZA, 1999)

Contudo, no nível de execução municipal, o PACS não obteve a abrangência desejada, o mesmo não tinha continuidade da atenção e o impacto de suas ações estava limitado, já que as unidades básicas de saúde continuavam reproduzindo um sistema de saúde sem nenhuma vinculação com a população e com enfoque na doença (SOUZA, 2000).

Diante dessas dificuldades, surgiu a idéia de ampliação dos investimentos no sentido de dar “retaguarda” a este trabalho, uma vez que as unidades de saúde continuavam desestruturadas e sem vínculo nenhum com a população. Nesse sentido é importante mencionar que o Programa de Saúde da Família – PSF não surgiu como prioridade do MS, mas como um “pano de fundo”, ou seja, um programa de apoio à efetivação do PACS (SOUZA, 2000).

Em 1994, o MS lança o Programa de Saúde da Família, estruturado nos princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe e ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação comunitária (BRASIL, 1994).

Esta estratégia de ação foi ganhando “corpo” e reapareceu no cenário brasileiro com o propósito de inversão do modelo de atenção, tornando-se então, uma das grandes prioridades do Ministério da Saúde.

A estratégia utilizada pelo PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Por isso, a compreensão do PSF só é possível, entendendo-o em contraposição ao modelo atual, ao qual busca transformar e superar, através da mudança do objeto de atenção, a forma da atuação e da organização geral dos serviços (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997).

Seguindo este raciocínio o PSF não é um programa paralelo de organização de serviços, tradição corrente do Ministério da Saúde, mas uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial. Nele a família passa a ser o objeto de atenção e é entendida a partir do espaço em que vive. E é neste espaço que se compreende de forma ampliada o processo saúde doença (BRASIL, 1997).

Portanto entende-se que o PSF passa a ser a porta de entrada do Sistema de Saúde e passa a reordenar os demais níveis de atenção, articulando-os através dos serviços existentes no município e/ou na região.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivos:

- *“Prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade nas necessidades de saúde a população descrita, na unidade de saúde e no domicílio.*
- *Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.*
- *Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento a saúde.*
- *Humanizar as práticas de saúde buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade.*

- *Proporcionar o desenvolvimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.*
- *Contribuir para a democratização do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.*
- *Provocar o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e portanto, expressão de qualidade de vida.*
- *Estimular a organização da comunidade para efetivo exercício de controle social” (Brasil, 1997 p.5).*

Para o gerenciamento e coordenação do PSF o Ministério da Saúde criou o Departamento da Atenção Básica – DAB, com o objetivo de normatizar a organização e gestão da prática da atenção básica em saúde no Brasil. O DAB está estruturado em três Coordenações e Assessorias Especiais as quais estão vinculadas a grupos de trabalho e assessores externos, para o gerenciamento das ações de redirecionamento do modelo assistencial, a expansão, implantação das equipes de Saúde da Família, a qualificação e capacitação do pessoal de saúde da família e a avaliação e monitoramento do modelo.

Inicialmente o financiamento do Programa era regulamentado pela Norma Operacional Básica (NOB/SUS – 96) e mantido pelo os recursos do SUS. Na época a NOB/96 implantou o PAB – Piso de Atenção Básica.

Em 1998, com a habilitação progressiva dos municípios na modalidade de “gestão plena de Atenção Básica” os municípios passaram a receber o PAB. Esta modalidade garantiu o repasse de recursos de forma regular e automática, possibilitando uma maior autonomia na gestão municipal e invertendo a lógica do financiamento por procedimentos. Como forma de incentivar a adoção do Programa nos municípios o MS repassa aos municípios, em parcelas mensais, um percentual financeiro por número de equipes e por agentes comunitários implantados (ANDRADE, 2001).

2.3. PSF NO CEARÁ

A atenção básica de saúde no Ceará teve sua história marcada pelo Programa de Agentes de Saúde - PAS que foi planejado, ainda em 1986, quando da elaboração do plano de governo do então governador Tasso Jereissati.

Em 1988 é implantada a proposta do PAS em todo o Ceará. A idéia de introduzir o agente de saúde no Ceará surgiu da experiência desenvolvida em Brasília nos anos 70, quando alunos e professores de saúde comunitária da Universidade de Brasília – UNB desenvolviam um projeto na cidade satélite de Planaltina, onde lideranças comunitárias faziam pequenas intervenções de saúde, sem possuir uma educação formal. Dois técnicos do Ceará, um médico e uma assistente social, participaram desse projeto e ao retornarem ao Estado implantaram esse modelo na cidade de Jucás (SILVA, 1997; ANDRADE, 1998).

Nos primeiros anos de execução, constatou-se que o Programa de Agentes de Saúde - PAS tinha grande potencial, verificou-se na época uma tendência de mudanças favoráveis dos indicadores de Saúde Materno-Infantil.

No Ceará o Programa de Saúde da Família teve seu início em Janeiro de 1994, no município de Quixadá, com o objetivo principal de melhorar os indicadores de mortalidade infantil e materna, que eram elevados no Brasil e maiores ainda na região Norte-Nordeste do País, o Programa dava ênfase às ações básicas de Saúde (GOYA, 1996). Com a estruturação do PSF no Ceará, os agentes de saúde foram incorporados a este programa.

Em 1995, o Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria de Saúde, definiu o PSF como sendo um Programa estruturante por viabilizar a

inversão do modelo de atenção à saúde. A Secretaria de Saúde do Estado assume o PSF, com o compromisso de: “melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias, a partir da construção de um novo modelo de atenção direcionado a promoção da saúde” (CEARÁ, 1995).

No documento básico da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) sobre o PSF são apresentados os objetivos específicos do Programa:

- *“Cadastrar 100% das famílias das áreas de atuação;*
- *Estabelecer a área geográfico-populacional de abrangência de cada equipe;*
- *Identificar e mapear, em cada área de abrangência grupos familiares mais vulneráveis;*
- *Desenvolver ações para promoção da saúde e prevenção contra agravos específicos, direcionados prioritariamente para os grupos familiares de maior risco;*
- *Promover a articulação e a atuação intersetorial entre os diversos órgãos governamentais e não-governamentais bem como a parceria com as lideranças comunitárias em busca de soluções que possibilitem o enfrentamento dos fatores determinantes dos problemas de saúde;*
- *Estabelecer um sistema de referência que assegure as famílias atendidas no nível primário o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade;*
- *Desenvolver um sistema de informação que identifique, com rapidez e veracidade, os problemas de saúde prioritários, de modo a possibilitar uma intervenção precoce e programada;*
- *Promover uma nova relação entre os serviços de saúde e a população buscada no mútuo conhecimento e na co-responsabilidade, a partir da vinculação nominal das famílias a determinados profissionais / serviços;*
- *Assegurar um processo de educação continuada para as equipes do Programa, de modo a melhorar o seu desempenho e a qualidade de atenção” (CEARÁ, 1995 p.7).*

2.4. O PSF EM FORTALEZA

A descentralização da saúde teve seu início em Fortaleza no ano de 1991, quando foram instituídos os nove Distritos Sanitários em que foi dividida geograficamente a cidade. Entretanto, a administração municipal continuou centralizada, com relação ao poder de decisão, e setorizada, em termos da competência e da responsabilidade dos órgãos e dos agentes públicos.

Após seis anos da criação dos Distritos Sanitários, em janeiro de 1997, através da lei municipal nº. 8000, o Poder Executivo Municipal instituiu uma nova forma de organização administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que tinha como premissas fundamentais, a descentralização e a intersectorialidade (CEARÁ/PMF, 1997).

A reforma administrativa foi pensada no intuito de promover a descentralização e garantir o acesso do cidadão aos serviços da Prefeitura Municipal de Fortaleza (CEARÁ/PMF, 1997).

Com a reforma administrativa o poder municipal foi dividido em: Órgãos da administração direta; órgãos colegiados intersectoriais; órgãos da administração indireta, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Ao nosso estudo interessará conhecer as Secretarias Executivas Regionais – SERs e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS, órgãos da administração direta. As Secretarias Executivas Regionais foram criadas com a finalidade de facilitar o acesso do cidadão ao setor público e proporcionar condições para melhoria da qualidade de vida da população da região sob sua gestão (CEARÁ/PMF, 1997).

O poder administrativo, anteriormente centralizado na prefeitura, dividiu-se em seis regionais de administrativas, sob o argumento de ampliar o acesso do cidadão, já que os Secretários Executivos Regionais tinham autonomia financeira e gerencial.

O município foi dividido em seis regiões administrativas delimitadas geograficamente, as Secretarias Executivas Regionais (SERs), cada uma delas com características próprias, necessidades particulares e autonomia gerencial. Ligada as SERs estava a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), que tinha por missão institucional o planejamento, a articulação intersetorial das políticas de educação, saúde, abastecimento, habitação, ação social, emprego e renda, cada uma delas com sua respectiva coordenação (CEARÁ/PMF, 1997).

A SMDS não era uma secretaria executiva, sua função era articuladora, a ela caberia estabelecer prioridades, estratégias, normas, padrões operacionais nas suas diversas áreas de atuação.

As principais finalidades e competências da SMDS eram:

“Fiscalizar os serviços e os órgãos municipais; assessorar o Conselho de Orientação Político e Administrativo do Município - COPAM e as SERs; coordenar programas, projetos, e ações integradas; desenvolver estudos e pesquisas; controlar avaliar metas, ações e condições de trabalho; aferir a eficiência, eficácia e efetividade das ações” (CEARÁ/PMF, 1997p. 20)

Com a criação da SMDS foi extinta entre outras, a Secretaria de Saúde.

*“Serão extintas, medida que suas competências forem assumidas pelos órgãos criados por esta lei, a Secretaria do Trabalho e da Ação Social do Município, a Secretaria de Transportes do Município, a Secretaria de Serviços Públicos, a Secretaria de Educação e Cultura do Município, a **Secretaria de Saúde do Município**, a Secretaria de Imprensa e relações Públicas, a Secretaria do Controle Urbano e Meio Ambiente e a Superintendência de Desportos de Fortaleza”* (Lei n°. 8000 de 29.01.97, Art.29 p.5).

Quando o projeto de lei que versava sobre a reforma administrativa foi levado ao poder legislativo, seu Art.9º que trata das competências da SMDS continha apenas 14 incisos e nenhum deles tratava especificamente do setor saúde. A câmara de vereadores, ao emendar a lei, acrescentou oito incisos (I, XV, XVII, XVIII, XIX, XXI, XXII), destes, os setes primeiros tratavam especificamente da saúde.

Quanto às competências da SMDS descritas no Art10 da lei nº 8000/97, os incisos que tratam do setor saúde merecem destaque:

“I. exercer, através do Conselho Municipal de Saúde, a participação e a fiscalização das ações de saúde do município;

XV. Dirigir o Sistema Único de Saúde – SUS – no âmbito municipal, bem como outros sistemas que vierem a serem desenvolvidos na área social, garantindo os direitos sociais da população;

XVII. Elaborar a proposta orçamentária e complementar do SUS para o município;

XVIII. Planejar as ações de controle das condições do ambiente de trabalho a serem executadas pelas SERs e dos problemas de saúde com ele relacionados;

XIX. Implementar o sistema de informações em saúde no âmbito municipal;

XXI. Participar do planejamento das ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de saúde do trabalhador no âmbito do município a serem executadas pelas Secretarias Executivas Regionais;

XXII. Planejar as ações de preservação e controle do meio ambiente e do saneamento básico no âmbito do município em articulação com os demais órgãos governamentais a serem executados pelas Secretarias Executivas Regionais.” (CEARÁ/PMF,97 p.41)

A reforma administrativa extinguiu a Secretaria de Saúde e criou a SMDS, esta por sua vez se organizou de forma a atender às necessidades dos setores saúde, educação e ação social. Para o setor saúde foi criada a Coordenadoria de Saúde, que possuía autonomia relativa, não tinha compartilhamento de poderes e a criação do cargo ocorreu apenas a nível operacional. O Coordenador de Saúde

estava diretamente subordinado ao Secretário de Desenvolvimento Social e nada acontecia sem que este aprovasse. Em uma pirâmide hierárquica abaixo do coordenador de saúde viria o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e Agravos – NUVECDA (responsável pela Vigilância Epidemiológica e pela Saúde da Família), Núcleo de Vigilância Sanitária, Núcleo de Programação, Avaliação e Controle e o Núcleo de Assistência Farmacêutica (CEARÁ/PMF, 1997).

Neste contexto o PSF foi planejado e teve seu início em 1998, simultaneamente ao processo de institucionalização da reforma administrativa municipal.

Segundo Ceará/PMF (1998), o município de Fortaleza estava passando por mudanças na área administrativa que tinham como enfoque central a efetivação de um modelo gerencial, pautado na intersectorialidade e descentralização das ações e, portanto, se fazia necessário assumir um modelo de atenção à saúde que atendesse aos novos objetivos da administração pública.

“Para isso, se faz necessário adotar uma estratégia de atenção holística para o setor saúde, que causasse impacto tanto na melhoria da qualidade de vida das pessoas, como modificasse o atual perfil epidemiológico da população. A estratégia de saúde da família foi apontada como veículo desse processo” (CEARÁ/PMF, 1998 p.3).

Como estratégia inicial para implantação do Programa de Saúde da Família – PSF foi formada uma equipe multiprofissional com o objetivo de planejar e orientar a implantação do Programa.

O projeto de implantação do PSF foi produto do estudo desta equipe, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e administradores de empresa, que colheram informações através de documentos e experiências locais

de outros estados, sem deixar de observar as características específicas de Fortaleza e valorizar o trabalho realizado pelo PACS no município, que já vinha em desenvolvimento há quatro anos. (CEARÁ/PMF, 1998)

Os princípios adotados para o PSF em Fortaleza foram os mesmos do Programa Internacional de Municípios Saudáveis, da Organização Mundial de Saúde, pautado nos eixos da intersetorialidade e da reorientação dos serviços de saúde.

A OMS (1990) lançou a estratégia “Municípios saudáveis” com o objetivo de elaborar estratégias políticas que permitissem melhorar a qualidade de vida, estimular o desenvolvimento local e a participação social, a estratégia é tida como exitosa quando todos os cidadãos encontram condições de viver bem, além de se sentirem integrados e participantes das decisões governamentais. Esse “viver bem” implica: moradia em condições adequadas, acesso a água potável, sistema de esgoto sanitário, transporte coletivo de boa qualidade, oportunidades de trabalho e renda suficientes para garantir as condições básicas de sobrevivência.

Buscou-se a inversão do modelo assistencial tradicional através da responsabilização das equipes de saúde da família por uma população (famílias) a ela adscrita, objetivando causar mudanças culturais e estruturais no núcleo familiar.

Os objetivos propostos nos documentos originais do projeto de implantação do PSF em Fortaleza eram os seguintes:

“A – promover atenção integral, oportuna e de boa qualidade no domicílio, ambulatório e ou hospital, às famílias das áreas selecionadas;

B - garantir o acesso ao atendimento nos níveis hierarquizados da assistência preventiva;

C – garantir aos profissionais, educação continuada, cursos e treinamentos para capacitação e aprimoramento;

D – estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social através dos Conselhos Regionais e locais de Saúde

E – articular ações intersetoriais visando a redução dos agravos prevalentes nas áreas” (CEARÀ/PMF,1997 p.6).

Juntamente com a proposta de implantação do Programa de Saúde da Família, foi também idealizado a criação de um sistema de referência e contra-referência.

“O sistema hierarquizado de atendimento teria na sua base as Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF; logo acima, as Unidades Especializadas da Família – UEFA, que seriam uma espécie de referência especializada (cardiologia, pneumologia, etc.); e no ápice, os Hospitais Gerais da Família – HGFAM, para prestar assistência aos casos de emergência e internação” (CEARÀ/PMF, 1997 p.11)

A escolha dos locais de implantação das primeiras equipes foi feita por indicação das Secretarias Executivas Regionais, que levaram em consideração os seguintes aspectos: áreas de risco - segundo perfil epidemiológico social (índices mais altos de mortalidade infantil e materna); delimitação geográfica e demográfica das áreas; organizações sociais (associações, sindicatos, etc.); e local de apoio para as equipes desenvolverem suas atividades, uma infra-estrutura prévia (CIES, Centros de Saúde e Centros sociais Urbanos – CSU). (CEARÁ/PMF, 1997).

As equipes do PSF foram compostas por 01 médico, 01 enfermeiro e por 06 agentes de desenvolvimento social (antigos agentes de saúde que passaram

a receber um salário diferenciado e uma outra denominação) que tinham uma jornada de trabalho de 40 horas semanais e dedicação exclusiva. (CEARÁ/PMF, 1997)

Ao dia 09 de fevereiro de 1998, foi lançado no Paço Municipal em cerimônia solene, com presença de autoridades do poder municipal e da imprensa local, o Programa de Saúde da Família em Fortaleza.

Com a implantação do PSF houve uma Oficina de Territorialização e Organização dos Serviços das Equipes de Saúde do PSF de Fortaleza, para apresentar a reforma administrativa e a proposta do PSF par o município de Fortaleza. (CEARÁ/PMF, 1998)

Durante a Oficina de Territorialização, as 32 equipes selecionadas, foram lotadas e distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro nº. 1 – Distribuição das equipes de saúde da família por áreas de implantação

SER	Nº DE EQUIPES	UNIDADE DE SAÚDE	BAIRROS	POPULAÇÃO	FAMILIAS CADASTRADAS
I	04	C.S Guiomar Arruda	Pirambu	20.000	4.000
II	04	CIES Aída Santos e Silva e Posto de saúde Frei Tito	Praia do Futuro	17.930	3.586
III	08	C.S.U. César Cals e C.S. Meton de Alencar	Pici e Antônio Bezerra	40.000	8.000
IV	04	C.S. Luis Albuquerque Mendes	Serrinha	23.795	4.759
V	04	C.S Novos Canudos	Canindezinhão e Siqueira	22.250	4.450
VI	08	CIES Terezinha Parente e C.S. Janival Vieira de Almeida	Mata galinha e Barroso	36.929	8230
Total	32	09	12 bairros	166.080	34.213

Fonte: Relatório de implantação do PSF em Fortaleza, 1998.

Quando da implantação das primeiras equipes, a Administração Municipal tinha a meta de atingir ao final do ano 2000 a cobertura de 66,5% da população estimada pelo IBGE, o que equivaleria a 300 equipes de saúde da família (CEARÁ/PMF, 1998).

Quadro nº. 2 – Previsão de implantação das equipes do PSF, no período de 1998 a 2000.

ANO	EQUIPES	POPULAÇÃO BENEFICIADA	POPULAÇÃO ESTIMADA - IBGE	% POPULAÇÃO BENEFICIADA
1998	100	500.000	2.137.771	23,38
1999	164	820.000	2.196.956	37,32
2000	36	180.000	2.257.776	8,0
TOTAL	300	1.500.000	2.257.776	66,5

Fonte: Relatório de implantação do PSF em Fortaleza, 1998.

Após a distribuição das equipes de saúde da família pelas seis SERs, os profissionais médicos e enfermeiros foram incumbidos de cadastrar, juntamente com os agentes de desenvolvimento social as famílias que pertenciam a sua área de abrangência. Essa estratégia permitiu que as equipes conhecessem a realidade da comunidade, sua área geográfica, seus recursos sociais e lideranças, assim como possibilitou que as mesmas traçassem um perfil epidemiológico da região.

Segundo o Relatório de implantação do PSF, Ceará/PMF (1998), os desafios encontrados para a operacionalização do PSF foram os seguintes:

“A – construção de um sistema de referência e contra-referência para Fortaleza;

B – elaboração de protocolos que garantam a uniformidade das ações no processo de avaliação;

C – operacionalização de um sistema de informação em saúde;

D - definição de uma forma definitiva de contratação das equipes do PSF, em função das restrições na lei de responsabilidade fiscal;

E – manutenção regular de um estoque de medicamentos ao nível de unidade básica de saúde da família – UBASF;

F – formação de uma equipe técnica a nível regional para dar suporte à implantação e acompanhamento do PSF” (CEARÁ/PMF, 1998 p.15).

Em novembro de 1999, Fortaleza passou para gestão plena de saúde e teve desde então, a obrigação constitucional de oferecer de forma universal serviços de atenção básica. Para que o município de Fortaleza passasse a Gestão Plena de Saúde era necessário que a cobertura das equipes de PSF fosse aumentada. Esse momento pode ser caracterizado como uma segunda fase de implantação do Programa.

A segunda fase de implantação do Programa de Saúde da Família no município contemplou 59 equipes, a qual foi iniciada em abril de 2000. Neste período Fortaleza passou a ter 109 equipes de saúde da família, o que corresponde a 23,6% de cobertura. (CEARÁ/PMF, 2000).

Em 2002, o Programa de Saúde da Família em Fortaleza sofreu uma redução. Nove equipes foram descredenciadas e o PSF passou a funcionar com cem equipes de Saúde da Família, distribuídas em 26 Unidades Básicas de Saúde da Família, nas seis Regionais (COOPSAÚDE, 2002).

Os profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família de Fortaleza estão em sua maioria ligados a uma Cooperativa de trabalho, não possuem vínculo empregatício com o município, ou seja, não possuem garantias trabalhistas que são asseguradas pela CLT (COOPSAÚDE, 2002).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Conhecer o desenvolvimento institucional (implantação, organização e funcionamento) do Programa de Saúde da Família – PSF em Fortaleza, a partir do estudo das representações sociais dos médicos e enfermeiros que nele atuam.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação do Programa de Saúde da Família no município de Fortaleza a partir de análise documental e visão dos sujeitos.
- Identificar a partir da percepção dos sujeitos elementos facilitadores e dificultadores para a implantação e implementação do Programa de Saúde da Família no município de Fortaleza.
- Conhecer como os médicos e enfermeiros expressam sua satisfação profissional (dimensões negativas e positivas) com relação ao Programa de Saúde da Família de Fortaleza.

4. ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1. NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa, de natureza qualitativa, foca na implantação do Programa de Saúde da Família em Fortaleza sob o olhar particular dos médicos e enfermeiros que nele atuaram desde o processo de implantação. Estrutura-se a partir da realização de entrevistas com os informantes privilegiados, observação e a interpretação da informação, a qual se baseia na análise de conteúdo proposta por BARDIN (1977).

A partir da análise dos conteúdos das falas dos sujeitos e observação, acredita-se conseguir entender, o significado os médicos e enfermeiros trabalhadores do PSF dão a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de Fortaleza.

Entendendo que metodologia é o caminho do pensamento e o arcabouço de técnicas e métodos adotados para se aproximar da realidade estudada. No âmbito desta ação, optou-se pelo trilha da abordagem qualitativa, por identificar esse método como vinculado a estudos compreensivos, além desse permitir incorporar o significado, as interpretações e as percepções dos sujeitos sobre sua prática, favorecendo uma aproximação mais íntima entre sujeito e objeto de estudo (MINAYO, 1994).

Para Lüdke & André (1996) a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural do sujeito como fonte direta de interpretação dados e o pesquisador como seu principal instrumento, daí deriva a necessidade do contato direto e prolongado do investigador com o ambiente natural e a situação que está sendo investigada.

A preocupação desse tipo de abordagem é explicar níveis da realidade que não podem ser quantificados, ou seja, ela trabalha com o universo de crenças, valores, atitudes, práticas, objetos, cultura e ideologias, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO,1994).

A pesquisa qualitativa responde a indagações muito particulares, não podem ser reduzida à operacionalização de variáveis. Utilizamos como referencial para o trabalho de campo o modelo de pesquisa de Bogdan & Biklen (1982) que refere algumas características básicas que configuram esse tipo de estudo:

a) ambiente natural como fonte direta dos dados:

Este estudo foi conduzido no ambiente onde as profissionais exercem suas atividades, isto é, na UBASF.

b) os dados investigados são predominantemente descritivos:

Descrevemos a implantação, organização e operacionalização do PSF, a partir da visão de quem o executa;

c) a preocupação maior está com o processo e não com o produto:

Durante toda a coleta e análise dos dados, vivenciamos um ir-e-vir que nos permitiu conhecer como ocorre de forma real o funcionamento do PSF em Fortaleza;

d) a atenção especial volta-se para o significado que as pessoas dão às coisas e às suas vidas: Podemos, por meio da compreensão do objeto de estudo, definir categorias conceituais, que nos permitirão entender através das palavras e ações dos profissionais do PSF as possibilidades e limitações do programa.

Uma das maiores vantagens percebidas do método qualitativo é que os dados provenientes da coleta propiciam uma riqueza de material subjetivo e de percepções. Contudo, as abordagens qualitativas, devido a sua ênfase nas realidades dos sujeitos, exigem um mínimo de estrutura, mas o máximo de envolvimento do pesquisador (Polit & Hungler, 1995).

4.2. CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Ceará, sua origem ocorreu em 1654, quando houve a tomada do forte holandês Schoonenborg pelos Portugueses, que então passou ser chamado de Forte de Nossa Senhora da Assunção. Neste período um pequeno povoado formou-se em torno do Forte e deu origem à cidade de Fortaleza. Em 1725, fortaleza foi oficialmente considerada cidade, através da lei de criação Carta Régia. (IPLANCE, 2002)

O município de Fortaleza possui uma área de 313 km², localiza-se na região Nordeste e tem uma população de 2.141.402 habitantes, dos quais 1.002.236 são homens e 1.139.166 são mulheres que correspondem a 419.240 famílias, 30% da população do estado (IBGE, 2000).

Como acontece em outras cidades, em Fortaleza observa-se que nascem mais homens que mulheres, mas aos poucos, as mulheres passam a predominar, devido a mortalidade ser mais acentuada no sexo masculino. São cerca de 30.000 mil mulheres idosas que formam um excedente local.

Fortaleza limita-se ao norte com o Oceano Atlântico e o município de Caucaia; ao sul com os municípios de Pacatuba, Eusébio, Maracanaú e Itaitinga; a leste, com os municípios de Aquiraz e Eusébio e com o Oceano atlântico; e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú (ANEXO – 3). O clima da cidade é definido como tropical quente sub-úmido e alcança uma temperatura média de 28°.

A população economicamente ativa do município chega atingir o percentual de 46,27%, sendo que destes 42% têm emprego na rede formal, a economia baseia-se principalmente nos setores secundários (24,01%) e terciários (43,69%) (IPLANCE, 2002).

No que se refere à educação, o ensino básico conta 454 escolas públicas (122 patrimoniais e 332 conveniadas); já o ensino superior possui duas Universidades Públicas (Federal e Estadual) e uma Universidade Filantrópica - UNIFOR, além de várias faculdades na rede privada. Possui uma taxa de escolarização de 94,22% para o ensino fundamental e 28,53% para o ensino médio (IPLANCE, 2002).

Na área da saúde observa-se que os recursos humanos em exercício no serviço Municipal, pertencentes ao próprio quadro da prefeitura e os cedidos de outros órgãos (estadual e federal), estão assim distribuídos: 1233 médicos, 100 odontólogos, 404 enfermeiros, 7 psicólogos, 64 nutricionistas, 185 assistentes sociais, 163 farmacêuticos/ bioquímicos, 153 técnicos de laboratórios e 1253 auxiliares de enfermagem.

A rede de saúde está assim constituída: 69 hospitais, sendo 22 públicos, 32 conveniados com o SUS e 15 não conveniados, 2 do modelo

Maternidade Segura, 74 Centros de Saúde e 26 Unidades de Saúde da Família. (CEARÁ/PMF, 2000)

Quanto à capacidade instalada de leitos, observa-se que há 2.570 leitos para internação na rede pública, correspondendo a 1,2 leitos por 1.000 habitantes, o que é considerado insuficiente para o atendimento á demanda e exige a contratação de 3.394 leitos na rede conveniada, que elevam a oferta para 2,8 leitos por 1.000 habitantes, o que ainda é insuficiente para população. Pelos parâmetros do Ministério da Saúde são necessários 4 ou mais leitos para cada 1.000 habitantes (CEARÁ/PMF, 2000).

Segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, em Fortaleza (1999), foram registrados 38.004 nascimentos no ano de 1999, 2.827 (7,4%) dos recém-nascidos eram baixo peso ao nascer (≤ 2.499 g). No mesmo ano foram notificados 973 óbitos em menores de 1 ano, o que equivale a uma taxa de mortalidade infantil equivalente a 25,6/ 1000 nascidos vivos. Os óbitos em crianças menores de 1 ano estiveram assim distribuídos: 33% (321) decorrentes de afecções perinatais; 12% (116) de doenças diarréicas e 10% (97) de Infecções Respiratórias Agudas – IRA, 35% de outras causas (Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, 1999).

No que se refere ao planejamento familiar, foram notificadas 21.881 atendimentos no ano de 1999, o que representa uma cobertura de apenas 4,7% das mulheres em idade fértil usuárias do SUS. Quanto aos óbitos de mulheres em idade fértil, foram registrados 762 (17,5%) de um total de 4.359 óbitos de mulheres em todas as idades. Destes, 123 foram decorrentes de câncer de mama (2,8%); 179 (4,1%) por causas externas; 44 (1%) decorrentes de câncer de colo de útero; 14

(0,3%) óbitos ligados à gravidez, parto e puerpério e 3.999 por outras causas (91,7%), nos registros outras causas estão incluídos óbitos mal definidos (CEARÁ/PMF, 2000).

Considerando-se que a mortalidade materna inclui apenas as mortes decorrentes da gravidez, parto ou puerpério, em 1999 a razão de mortalidade materna foi de 36,8 por 100.000 nascidos vivos, tendo como sua principal causa a eclâmpsia. Embora em tendência decrescente, se observarmos a séria histórica este coeficiente ainda deve ser considerado alto quando comparado aos parâmetros mundiais (CEARÁ/ PMF, 2000).

Tabela 1. Razão de Mortalidade Materna por ano de ocorrência. Fortaleza, 1994 - 1998.

<i>Ano</i>	<i>Razão de Mortalidade Materna (100.000 hab.)</i>
1994	75,9
1995	73,9
1996	79,1
1997	67,7
1998	51,5
1999	36,8

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2000.

O projeto intitulado Ação 2000, lançado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, tem como uma de suas metas (1998-2000) a assistência integral a 50.000 famílias cadastradas, com acompanhamento de 5.000 gestantes e redução na taxa mortalidade nas áreas acompanhadas após a implantação do PSF. Pretende-se que

a partir dessa meta, alguns indicadores sejam modificados positivamente (CEARÁ/PMF, 2000).

Até Dezembro de 2002, o município de Fortaleza possuía 100 equipes de Saúde da Família composta de 100 médicos, 100 enfermeiros, 100 auxiliares de enfermagem e 400 agentes de desenvolvimento social, distribuídas nas 06 (seis) Secretarias Executivas Regionais, o que corresponde a 23,6% de cobertura (CEARÁ/PMF, 2002).

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO

Assim, a intenção da seleção dos sujeitos na pesquisa qualitativa é conseguir informações suficientes para a reconstrução do significado que os informantes dão ao evento estudado de modo a permitir uma análise aprofundada das mensagens emitidas (TRIVIÑOS, 1995; MINAYO, 1996).

O aspecto mais importante da pesquisa qualitativa relaciona-se aos sujeitos sociais que têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado. O número adequado de sujeitos é aquele que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. (MINAYO, 2000; TRENTINI & PAIM, 1999).

Nesse estudo não foi considerada importante a representatividade estatística e a casualização da amostra, pois não se colocou como propósito do estudo a generalização dos resultados para além do grupo estudado. O número de profissionais entrevistados foi uma preocupação menor e posterior, o que interessou-nos prioritariamente foi a qualidade do informante.

Assim para dimensionar os sujeitos na pesquisa qualitativa, MINAYO (1996:102) propõe alguns critérios básicos, que foram aqui adotados, dentre eles:

- Definição clara do grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação: médicos e enfermeiros que atuam ou atuaram no PSF de Fortaleza durante a sua implantação (64 profissionais).
- A previsão de um processo de inclusão progressivo encaminhado pelas descobertas do campo e a recorrência das falas dos entrevistados, bem como seu confronto com a teoria e as vivências relacionadas pelos atores que fazem parte da realidade estudada: O dimensionamento do grupo deste estudo foi balizado pela recorrência das categorias discursivas do material empírico. Sem deixar de levar em consideração possíveis diferenças: médicos/ enfermeiros, jovens/ idosos, motivações políticas, etc...

O estudo foi realizado com profissionais do PSF de Fortaleza, sendo 7 enfermeiros e 7 médicos, a seleção se deu pela distribuição destes nas 05 Regionais, distribuição em diferentes Unidades Básicas de Saúde, experiência profissional anterior no interior do estado, e que participaram do processo de implantação. Foram excluídos do estudo os profissionais que não atuavam mais no município (19 médicos e 2 enfermeiros).

A opção de escolher apenas essas duas categorias profissionais para serem sujeitos da pesquisa relaciona-se ao fato destes profissionais:

- Atuarem na mesma área (saúde da família);
- Apresentarem-se como líderes da equipe de saúde da família;

- Apesar de terem o mesmo objeto de trabalho (a família), têm orientação programática diferentes, na medicina ainda prevalece o enfoque curativo, centrado no indivíduo, na enfermagem o enfoque é preventivo centrado no indivíduo, família e comunidade (visão holística);
- As representações sociais construídas para os dois são diferentes: o médico é visto como líder da equipe de saúde. Detentor de saber hermético, ele é o condutor do processo, já a enfermeira no senso comum, é vista em situação de subordinação trabalha com saberes dependentes da prescrição médica.

Com PSF os saberes foram compartilhados, as práticas se tornaram integradas, o relacionamento propõe-se como horizontal (sentido de equipe), as intervenções agora são compartilhadas e discutidas. Essas diferenças são interessantes e tornaram-se necessárias, pois elas enriqueceram o estudo no sentido de identificar formulações a partir da vivência de categoriais distintas, que sofreram construções e desconstruções do pensar e fazer na sua prática.

O pensamento e a forma de ver diferente, do médico e do enfermeiro, contribuem para o surgimento de novas formulações e até modificações do modo de ver de cada categoria. Portanto, trabalhar com esses dois profissionais tornou o espaço rico ao mesmo tempo, que possibilitou o encontro de visões e uma identificação de campo comum nos seus conteúdos.

As letras M e E e os números 1,2,3,4,5,6 e 7 foram usados para identificar os médicos e enfermeiros entrevistados, não foi especificado a Unidade Básica de Saúde de Família que o profissional atuava, somente a Regional a que pertencia no

sentido de preservar seu anonimato. O quadro abaixo caracteriza os sujeitos do estudo.

Quadro nº3 - Caracterização dos sujeitos do Estudo.

Identificação	Sexo	Idade	Período de trabalho no PSF de Fortaleza	Local de atuação	Pós-graduação
M - 1	M	32 a	2000 até 2004*	SER 5	Especialização
M - 2	M	30 a	1998 até 2004*	SER 3	Especialização e residência.
M -3	M	47 a	1998 até 2004*	SER 2	Especialização
M -4	M	35 a	2000/ 2001	SER 5	Especialização
M – 5	F	34 a	1998/ 2001	SER 2	Especialização e residência
M - 6	F	35 a	2000 até 2004*	SER 4	Mestrado
M - 7	M	35 a	1998/2000	SER 3	Especialização
E - 1	F	29 a	1999/2002	SER 5	Mestrado
E -2	F	28a	1998 até 2004*	SER 5	Mestrado
E -3	F	30 a	1998 até 2004*	SER 5	Mestranda
E -4	F	35 a	1998 até 2004*	SER 5	Especialização e residência.
E -5	M	31 a	2000 até 2004*	SER 5	Especialização
E -6	M	28a	1998 até 2004*	SER 5	Especialização e residência

E - 7	F	32 a	1998 até 2004*	SER 5	Especialização
-------	---	------	----------------	-------	----------------

*O tempo de corte para essa categoria foi o momento da entrevista com os profissionais.

4.4. ETAPA DE CAMPO

O trabalho de campo constitui-se uma etapa essencial na pesquisa qualitativa, assim como a interação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados (MINAYO, 1999). Concordamos com a autora, pois para apreender o real significado das falas dos sujeitos, o pesquisador necessita estar presente durante todo o processo da pesquisa e manter um vínculo com o sujeito em estudo.

As pesquisas qualitativas se apóiam em uma série de métodos e técnicas, contudo é possível dizer que a observação, entrevista, análise documental são os mais utilizados (ALVES-MAZZOTTI, 1998). No estudo utilizamos a observação e a entrevista semi-estruturada como instrumentos de coleta.

Minayo (1999) coloca a observação como uma forma complementar de captação da realidade empírica. Portanto esta foi utilizada, no intuito de apreender atitudes, gestos, olhares, que acompanham o discurso dos sujeitos. Dentre as inúmeras vantagens da observação, encontra-se: a possibilidade de um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno, permitindo o pesquisador chegar mais perto das perspectivas do sujeito, além de ser extremamente útil para descobrir mais aspectos do problema.

Na observação foi feito uso do diário de campo, pois Alves-Mazzotti (1998), o coloca como instrumento essencial da pesquisa, além de ter função: emotiva, empírica, reflexiva e analítica. As anotações no diário de campo foram realizadas ao final de cada dia de trabalho.

Ludke e André (1996) apresentaram-nos um dilema, pois trazem algumas críticas relacionadas ao contato direto e prolongado do pesquisador com a situação pesquisada. Algumas delas são as alterações no ambiente e no comportamento dos sujeitos, outra é a representação parcial da realidade. As mesmas autoras citam Guba Lincoln (1981), que contradizem essas objeções e argumentam que as repercussões deste contato são menores do que se pensa e ainda que os pesquisadores podem utilizar inúmeros outros métodos para validação de seus dados.

O instrumento de coleta utilizado foi a entrevista do tipo semi-estruturada, por ter uma maior flexibilidade, dando ao entrevistado maior espaço para fazer suas indagações e reflexões da temática. A primeira parte do roteiro continha dados objetivos, relativos ao perfil dos sujeitos: idade; sexo; profissão; data de ingresso no PSF de Fortaleza; qualificação profissional; tempo de atuação no PSF, etc. Na segunda parte do instrumento, segue um roteiro com algumas perguntas norteadoras, assim apresentadas: Fale sobre a implantação do PSF em Fortaleza? O que facilitou e o que dificultou o processo de implantação? Como você se sente em relação ao seu trabalho no PSF de Fortaleza? Como você avalia as atividades que executa? (ANEXO 01). É importante deixar claro que foi apenas um roteiro para direcionar a entrevista.

A coleta teve início logo após a aprovação do conselho de ética (Comitê de Ética e Pesquisa da UFC), em Fevereiro de 2002 sendo concluída em julho de 2002.

A princípio, como já conhecia os sujeitos desde o momento da implantação e todos faziam parte da Cooperativa de Médicos e Enfermeiros, COOPSAÚDE, foi estabelecido contato por telefone com os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família para agendamento do encontro. Nesse momento, expliquei detalhadamente os objetivos do estudo e como seriam as entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em fita K-7 e transcritas na íntegra, seguidas da codificação e análise. Antes, solicitou-se aos entrevistados permissão para a gravação das entrevistas, assegurando-lhes o respeito e o sigilo de seus sentimentos, confidências, opiniões e informações pessoais.

Após cada entrevista, as anotações eram escritas no diário de campo e neste colocávamos as características do ambiente (tranquilo, calmo), e condições físicas e psicológicas dos sujeitos da pesquisa, estado de saúde e estado de espírito, calmo, ansioso, irritado, (...) e as dificuldades e facilidades encontradas durante as entrevistas.

As entrevistas aconteceram no local de trabalho dos profissionais e duravam em torno de uma hora. Infelizmente, nem sempre o profissional estava disponível, na maioria das vezes nós tínhamos que aguardar o término das suas atividades para iniciar as entrevistas. Em alguns casos específicos, o profissional estava tão cansado das atividades desenvolvidas no trabalho, que solicitava novo agendamento para entrevista. Outras vezes, as entrevistas não foram realizadas, pois o profissional não se encontrava no momento, mesmo com o agendamento anterior. Estas situações já eram esperadas e contornadas pela pesquisadora.

A etapa de campo durou seis meses, pois além das entrevistas era necessário passar um tempo nas unidades observando a dinâmica dos processos de trabalhos, as relações interpessoais das equipes, além de situações cotidianas que evidenciavam as dimensões positivas e negativas da Estratégia de Saúde da Família.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo optamos para análise das informações coletadas a técnica de análise de conteúdos, proposta por BARDIN (197, p.52):

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

A técnica de análise de conteúdo utiliza a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas mensagens para fazer uma análise dos significados e/ou significantes destas mesmas comunicações. A análise de conteúdos possui um vasto campo de aplicação podendo ser utilizada para análise de todas as formas de comunicação (BARDIN, 1977).

Na análise de conteúdo de BARDIN (1977) o foco de atenção não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão revelar após sua análise. Nesta técnica o pesquisador se beneficia do tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou o sobre o seu meio.

Na análise das entrevistas tentamos relacionar as reações dos entrevistados com o tema abordado e encontrar uma lógica entre o conteúdo das entrevistas e o objeto de estudo.

No sentido de organizar o processo de análise para uma melhor compreensão, essa foi dividida em fases:

- pré-identificação, por meio da leitura flutuante das entrevistas que pretendia a familiarização, a impregnação pelo conteúdo e, partir daí, organização do material;
- organização do material: a hierarquização e a categorização foram feitas de forma horizontal, para cada pergunta existente na entrevista foram hierarquizadas as respostas de todos os sujeitos sem identificá-los;
- exploração do material, nesta fase foi buscada as unidades de sentido, codificando, categorizando e resumindo num recorte que incluía a escolha das unidades temáticas;
- descrição (enumeração das características do texto após tratamento);
- interpretação (significação concedida às características descritas) e inferência (dedução de maneira lógica, conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio).

A análise foi desenvolvida de forma progressiva durante toda a investigação em um processo interativo à pesquisa de campo. À medida que os dados eram coletados, eram identificados temas e relações, que possibilitaram a construção de interpretações e a percepção de novas questões.

Após transcrição e análise dos conteúdos dos discursos foram identificadas as seguintes categorias:

- I. Desenvolvimento institucional do Programa de Saúde da Família em Fortaleza - Construído pela ótica dos entrevistados, a respeito de como se deu a implantação do PSF em Fortaleza, em fevereiro de 1998 até o momento da realização das entrevistas em julho de 2002. Foram investigados elementos facilitadores e dificultadores do processo de implantação.

- II. Dimensões Positivas e Negativas da prática de saúde no PSF de Fortaleza - foi utilizado o conteúdo das entrevistas para analisar aspectos centrados nos sujeitos, tais como: diferentes formas de perceber, sentir e reagir ao desenvolvimento institucional do PSF, grau de satisfação profissional, motivação para o trabalho, importância e valorização pessoal.

Este material empírico foi triangulado com as anotações de campo e as observações registradas durante as visitas, ajudando assim a compor as respostas às questões que motivaram o estudo, assim como a pesquisa documental que definiria o marco teórico da implantação do PSF.

5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para realizar a coleta de dados foram seguidos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos segundo a resolução n.º 196 outorgada pelo decreto n.º 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Estas referências têm como objetivo assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, pesquisadores e Estado. (BRASIL,1996)

De acordo com a recomendação da portaria, asseguramos aos sujeitos, a liberdade de participar ou não do estudo, e a partir do primeiro contato, após o esclarecimento dos objetivos do estudo solicitamos a assinatura do termo de consentimento (ANEXO-2).

Foram ainda asseguradas a confidencialidade, privacidade, proteções de imagem e garantia da não utilização das informações sem consentimento prévio. Evitando assim, constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

O compromisso e a responsabilidade pela pesquisa são do pesquisador, que cumpriu todas as regras dispostas nesta resolução, além de submeter a pesquisa a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA

O processo de desenvolvimento organizacional do Programa de saúde da Família em Fortaleza teve seu início em 1997, uma comissão técnica foi composta para elaborar a proposta de implantação do PSF e para organizar o processo seletivo dos profissionais que iriam compor as primeiras equipes. Em novembro de 1997 a Prefeitura Municipal de Fortaleza publica um edital de seleção para o Programa de Saúde da Família.

A equipe técnica responsável pela seleção estabeleceu critérios eliminatórios e classificatórios como análise de currículo, realização de entrevistas e participação em oficinas. Este edital despertou o interesse de grande parte dos profissionais que já atuavam no interior do estado, para eles seria a oportunidade de sair da informalidade e conseguir a estabilidade, sem mencionar o fato de estarem unindo essa oportunidade à questão pessoal, como estar próximo ao ambiente familiar e a possibilidade de retorno á capital:

“(...) houve um processo seletivo onde inicialmente foi chamado de concurso pela prefeitura” E – 6.

“Pra mim o que importava era eu está aqui, era como se eu estivesse no céu” M – 2.

“É o grande anseio de todo profissional, ter seu emprego carteira assinada, sendo que, quando nós viemos para cá a propaganda que existia era carteira assinada, direitos garantidos, concurso” M - 7.

Somente durante a oficina de “Organização dos Serviços na Unidade Básica de Saúde da Família”, quando a maior parte dos profissionais já havia se desligado dos municípios em que atuavam, foi informado aos profissionais que o processo seletivo não se tratava de um concurso público e que a tão sonhada estabilidade, estava longe de ser alcançada.

As equipes assinaram um contrato temporário de trabalho por seis meses e foram comunicadas que durante esse período iria-se pensar em outra forma de contratação que fosse viável para a prefeitura do município de Fortaleza. Esse acontecimento foi recebido pelos profissionais com muita revolta e desconfiança, percebe-se nas falas que o sentimento de raiva e frustração ainda é muito presente mesmo depois de passados dois anos da seleção desses profissionais:

“essa foi a estratégia para atrair os profissionais que já trabalhavam em PSF de interior “ M – 2

“O edital foi publicado no jornal o povo, e ele foi divulgado como concurso público, até hoje eu guardo o jornal pra quem quiser ver” M - 7.

“ Nessa mesma reunião houve uma discussão da maneira de como iria ser feita a nossa contratação, havendo um impasse gerado, pois o edital que eu falei a pouco, dizia que era um concurso público, e quando foi na hora da contratação, de conversar com os profissionais, soubemos que era uma seleção, isso gerou muita insatisfação e o clima ficou tenso” E – 6.

Após esse acontecimento os profissionais selecionados que concordaram em assumir o trabalho no PSF de Fortaleza, participaram de uma Oficina de organização de serviços, elaborada pelos técnicos que inicialmente gerenciaram o Programa no Município. As equipes de Saúde da Família foram então distribuídas em Unidades Básicas de Família que até então funcionavam como Unidades

tradicionais (atendimento prioritário às especialidades Clínica Médica, Pediátrica, Ginecológica e Obstétrica). Após a lotação, os profissionais foram orientados a se apresentarem às SERs e lá seriam encaminhados aos seus locais de trabalho, quando chegaram nas UBASF já encontraram suas áreas de abrangência delimitadas por uma territorialização realizada em um período anterior à implantação do PSF, isso trouxe alguns problemas para profissionais conforme é percebido nas falas:

“ (...) quando começamos os trabalhos nós já chegamos com as áreas todas delimitadas, isso não foi bom, por que nós não participamos da territorialização das nossas próprias áreas” E – 7

“ quando nós chegamos na área nós tínhamos que cadastrar um lado da rua e deixar o outro sem atendimento, isso foi muito ruim para a comunidade” M - 5

“ a área quando nós chegamos já tinha sido definida, a área que ia ser de abrangência era distante da unidade de saúde, e essa distancia estava trazendo alguns problemas” E - 6

Para UNGLERT (1995) a territorialização em saúde é um processo de apropriação do espaço por diferentes atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma divisão territorial de caráter meramente topográfico, mas sim a soma de um perfil demográfico, epidemiológico, político e social que se expressam em um território em permanente construção.

Nesse sentido as áreas de abrangência das equipes de saúde da família devem ser vistas como: a área onde está se desenvolvendo o processo de apropriação do espaço local. Ao delimitar sua área de abrangência, a unidade de saúde passa a interrelacionar-se com a mesma conhecendo suas características, as

de seus habitantes e seus problemas de saúde, todo esse processo deve ser analisado de forma que a apropriação das áreas realmente ocorra.

A adscrição das áreas de abrangência não deve ser vista como uma ação topográfica - burocrática de delimitação de áreas, pois assim seria muito simples, bastaria se ter um mapa e uma caneta para se traçar esta divisão e continuar deixando a comunidade alheia às propostas de divisão territorial. Contudo resta-nos analisar se de fato a vontade política é de se estabelecer um mecanismo de apropriação dos problemas da área e não meramente uma desconcentração de serviços.

Outro problema identificado no conteúdo dos discursos dos profissionais foi o fato das equipes de Saúde da Família serem lotadas nos antigos postos de saúde da prefeitura e de encontrar lá profissionais do modelo anterior ainda atendendo à comunidade. Estes profissionais iriam permanecer nos postos até que o cadastramento das famílias fosse concluído e só então seriam remanejados para Unidades de Referência. Percebemos nas falas que o processo de implantação não ocorreu de forma tranqüila, elas destacam como elemento dificultador a presença destes profissionais. Esta presença representava a contradição entre o modelo tradicional de atenção à saúde e o PSF em um mesmo espaço. Nas falas os profissionais referem constrangimento, pois a sensação era de rivalidade, “o antigo X o novo”. Os profissionais que já trabalhavam há anos naquelas unidades de saúde eram obrigados a deixar o seu local de trabalho para permitir que um novo modelo de saúde fosse implantado:

“ nessa unidade de saúde nós já chegamos de uma maneira bem complicada, porque existiam profissionais especialistas, clínicos,

ginecologistas e pediatras atuando na unidade, e que da noite pro dia receberam a noticia de que iriam sair da unidade, isso gerou um certo conflito entre os funcionários e entre a comunidade” E – 4.

“ houve um constrangimento muito grande porque outros profissionais já trabalhavam nessa unidade que a gente chama de unidade convencional ou tradicional” M- 7.

“ nós chegamos e teve todo aquele clima de saída de outros profissionais para entrada de novos e implantação de um novo modelo de assistência à saúde “ M- 2.

Com a chegada das equipes de saúde da família nas antigas unidades tradicionais gerou-se um clima de hostilidade.

O processo de organização de trabalho teve seu inicio propriamente dito, com o cadastramento das famílias pelas equipes (médicos enfermeiros e agentes de desenvolvimento social). O cadastramento das famílias adscritas permite à equipe traçar um perfil sócio-demográfico-econômico, além de identificar os principais agravos prevalentes em uma determinada área, sendo considerado o primeiro passo para organização dos serviços na Atenção Básica. (BRASIL, 2000):

“ (...) nós iniciamos uma oficina de territorialização, recebemos as fichas de cadastramento e caímos em campo para cadastrar as famílias, médicos enfermeiros e agentes de saúde” M – 1.

“ depois desse cadastramento que foi realizado em grupo, nós voltamos para a unidade, para uma sala que a gente se reunia

sempre, para fazer mapas, identificar equipamentos sociais nos mapas, consolidar as áreas, números de agravos, etc". E – 2

O processo de cadastramento das famílias pelas equipes de saúde da família deve ser compreendido como um elemento facilitador para a implantação do PSF. Ele permite às equipes uma aproximação com a área de abrangência, dessa forma o profissional passa a interrelacionar-se com a mesma, conhecendo suas características e as de seus moradores. Esse processo permitirá a adequação das ações de saúde à determinada população, o que significa uma real apropriação da área de abrangência (UNGLERT, 1995).

No decorrer do desenvolvimento institucional do PSF em Fortaleza evidenciamos que a alta rotatividade dos responsáveis técnicos pelos PSF, foi outro elemento dificultador identificado nas falas dos sujeitos. Esse fato fragilizou muito as ações de implantação e a manutenção do PSF em Fortaleza. Influenciando de forma significativa as atividades realizadas, uma vez que, a cada novo Secretário de Desenvolvimento Social (descrito nos conteúdos como secretário de saúde), novos técnicos eram trazidos para gerenciar o PSF e novas ações eram implementadas e projetos antigos eram deixados de lado. Tudo isso orbitava em torno do perfil do Secretário que assumia o cargo, isto às vezes, possibilitava avanços, outras vezes, retrocessos nas ações de saúde:

"(...) esses técnicos foram se debatendo um pouco com o pensamento do prefeito, alguns técnicos foram saindo, aliás eu acho que quase todos, não deve ter mais ninguém daquela época." E – 4.

“Houve muitas trocas de coordenadores do programa, houve trocas dos secretários, de 1998 para cá nós já estamos com cinco secretários municipais de saúde, nós já vamos com mais de oito coordenadores do programa saúde da família diferentes, o que atrapalhou bastante o processo de implantação e manutenção do programa” E- 6.

“A partir do momento que havia uma pessoa na gerência do distrito de saúde e na coordenação do PSF na regional, que já estava conhecendo mais ou menos a área e os profissionais, vinha outra pessoa, tinha que ter todo aquele período de adaptação, e conhecer novamente os problemas” M- 2.

Identificamos nas falas dos profissionais de saúde da família o reconhecimento do comprometimento técnico que a primeira equipe de gerenciamento do PSF tinha. Para eles esses técnicos procuravam a excelência em suas ações. Destaca-se nas falas a busca de experiências exitosas em Saúde da Família, reuniões sistemáticas de avaliação das atividades, visitas de cooperação técnica nas UBASF, participação das equipes na tomada de decisões. Quando os profissionais relembram a época da primeira implantação percebemos nos conteúdos um certo saudosismo:

“Ele começou com um pessoal interessado (...) podiam até não ter experiência, mas foram buscar experiência fora, viram outras realidades em outro estado, trouxeram pra cá, estavam super interessados” E - 4;

“No começo era muito diferente, agente tinha mais acesso à SMDS e a coordenação do PSF. Era possível chegar a SMDS e falar abertamente das dificuldades sem constrangimentos” M – 7

“Era um tempo bom, a gente se sentia mais motivada, os técnicos da SMDS sempre faziam reuniões, havia uma troca de experiências entre a

ponta e nível central. A gente sentia que eles realmente queriam que o programa desse certo” E – 1

Apesar das Secretarias Executivas Regionais - SER serem os órgãos da administração direta responsáveis pelo gerenciamento e execução das ações de saúde a identificação dos profissionais era notadamente maior com os técnicos da Secretaria de Desenvolvimento Social, isto nos faz pensar que a reforma administrativa não tinha seus objetivos claros e bem definidos nem mesmo para os próprios funcionários da prefeitura.

No que diz respeito à atuação dos gestores no PSF, o Ministério da Saúde realizou uma pesquisa de avaliação da atuação dos responsáveis técnicos pelo PSF, particularmente, nas ações do coordenador municipal, esta pesquisa revelou que no Brasil, 94% dos municípios, têm um coordenador responsável pelo PSF, este deve desenvolver as seguintes atividades: acompanhamento do trabalho do PSF, implantação de equipes, reuniões sistemáticas com as equipes, atuação junto ao conselho municipal de saúde e organização das atividades do PSF (BRASIL, 1999).

Uma grande rotatividade de técnicos pode comprometer as ações desenvolvidas, à medida que não proporciona uma continuidade do trabalho. Segundo a pesquisa supracitada, os coordenadores do PSF relataram diferentes motivos para exercer suas atividades, que vão de uma visão restrita de ampliação de acesso e meio de captação de recursos financeiros para o município, até uma visão

mais abrangente de descentralização e substituição da forma de atenção (BRASIL, 1999).

De acordo com os conteúdos das falas dos sujeitos entrevistados, observamos que a implantação do PSF em Fortaleza ocorreu de forma gradual, com a implementação das equipes se efetivando entre 1999 a 2000. Os critérios usados na implantação foram análise do currículo e entrevista, foi levado em consideração, para classificação, experiência em PSF e curso de especialização em saúde da Família. Estes dois critérios possibilitaram selecionar profissionais mais qualificados para desenvolver as atividades do PSF. As falas abaixo refletem a importância que o profissional dá a um processo seletivo justo, criterioso que valorize a qualificação e aptidão profissional:

“No processo seletivo que aconteceu na implantação das primeiras equipes a seleção se deu através da análise dos currículos dos profissionais e entrevista classificatória e eliminatória onde seria feito realmente a seleção e identificação daqueles profissionais mais qualificados para a implantação do programa em Fortaleza” E – 6.

“Nas primeiras trinta e duas equipes houve uma entrevista e uma avaliação de currículo, eu acredito que não houve interferência política nesse primeiro momento, foi uma coisa organizada” M - 4.

A seleção de profissionais através de entrevistas e análise de Curriculum Vitae, vem se constituindo na prática, como os procedimentos mais utilizados na seleção de médicos e enfermeiros do PSF (BRASIL, 1999).

A importância de selecionar profissionais com base em critérios técnicos permite aliar experiência e conhecimento, o que contribui para um melhor desenvolvimento das ações do PSF (SILVA, 2001). Confirmando tal assertiva, há relatos que se aplicam:

“Eu acho que a seleção seria uma coisa que poderia sim, vir a refinar, o trabalho das equipes do PSF, o processo seletivo daria um outro tom, que refinaria a escolha desse profissional.” E – 3.

“(...) a implantação do PSF em Fortaleza, naquela época não sofreu nenhuma interferência política, não teve essa coisa de apadrinhamento de colocar quem queria, realmente foi uma seleção séria, por que eles tinham uma visão séria do PSF e queriam pessoas comprometidas” M – 7.

No decorrer do desenvolvimento do PSF novas equipes foram implantadas e o critério de seleção se modificou, não foi o mesmo utilizado inicialmente. Em 1999 houve a segunda etapa de implantação das equipes do PSF, foram selecionadas 59 equipes. Os sujeitos demonstram nas suas falas descontentamento com a nova forma de seleção que privilegiava a indicação política como critério para seleção de médicos e enfermeiros:

“A interferência política é constante. Se um vereador não gosta de você, você é convidado a retirar-se do Programa e pronto, é ele quem decide quem fica ou sai (...)” M – 5.

“ Nós sabemos que o critério para o ingresso de várias equipes no PSF de Fortaleza foi político e hoje essas pessoas são talvez as que mais atrapalham o andamento do PSF “ M – 2.

“(...) uma vez que existe também manipulação política até para admissão de alguns profissionais que só tem compromisso com a pessoa que os colocou lá “ M - 1.

A forma mais adequada para o acesso ao Programa de saúde da família é o concurso público, entretanto questões de ordem política não deixam que isto aconteça. Enquanto espera-se a legalização desta questão, é importante para a sustentabilidade do Programa de Saúde da Família que a seleção dos profissionais tenha critérios práticos e formais, que permitam identificar a aptidão e a qualificação do candidato para as atividades que são realizadas no Programa.

Estudo desenvolvido por Silva (2001), revela que interferências políticas na seleção de profissionais para o PSF (médico, enfermeiro, coordenadores), na forma de atuação dos médicos e enfermeiros, desencadeiam uma série de dificuldades na implantação e manutenção de equipes do PSF, levando à deturpações das atividades das equipes, além de contribuir para seleção de profissionais desqualificados para exercer atividades no PSF.

O desenvolvimento do PSF em Fortaleza segundo o conteúdo dos discursos dos profissionais foi marcado, principalmente, por interferências políticas. Essas interferências segundo os relatos abaixo influenciam na organização do serviço e comprometem o PSF, enquanto estratégia de inversão do modelo de atenção à saúde. Parafraseando Silva (1999), as interferências políticas representam o "calo" na vida dos profissionais do PSF, tanto nas áreas rurais como urbanas.

A vivência no PSF é objetivada como algo negativo pelos profissionais, durante todo o período eleitoral, as interferências políticas partidárias se tornam mais frequentes e

acabam levando o profissional ao constrangimento que se traduz em insegurança e fragiliza o vínculo com a comunidade :

“(...) com o processo eleitoral nós éramos sempre chamados na regional para participar de passeatas, carreatas, muitas vezes tirando a gente de dentro da unidade para fazer trabalho ligado a política, campanha e deixando a população muitas vezes descoberta M – 6.

“Eu posso trabalhar muito bem, me dedicar a minha comunidade, mas se eu me indispuser com algum superior essa pessoa pode me colocar para fora, me remanejar” E – 5.

“(...) perto da campanha eleitoral nós éramos convocados a participar de reuniões políticas, vestir camisetas de propaganda, acenar balões, parecíamos verdadeiros fantoches, era secretária de deputado chamando para participar de almoço, era liderança apontando dedo na nossa cara dizendo que se não atendesse fulano de tal, iria dizer ao prefeito. Um clima de terrorismo e insegurança nos acompanhava próximo às eleições” E - 1.

A interferência política nas atividades dos profissionais do PSF fragiliza a capacidade de mudanças que as equipes têm, uma vez que, distorce os objetivos e inviabiliza o Saúde da Família enquanto estratégia de ação. Os interesses políticos levam o profissional a priorizar a quantidade de atendimento em detrimento da qualidade da atenção à saúde. Esta visão chega a ser mercantil já que envolve trocas de interesses, onde gestor vende saúde e o usuário paga este serviço com o voto, e o que era novo passa a ser velho:

“O que eu sinto é que existe uma grande interferência política na organização do Programa, ele não é encarado como estratégia de inversão

do modelo, mas sim como uma estratégia política de manipulação da opinião pública.” E - 3;

“A menina dos olhos do prefeito é um número maior de consultas, é a pulverização do atendimento. Quanto mais consultas e visitas eu realizar, mais eleitores eu terei. Será que esse atendimento indiscriminado pode mudar algum indicador? faz alguma diferença?” M - 6;

A prática no PSF, muitas vezes torna-se frustrante para alguns profissionais que são remanejados ou convidados a deixar o Programa no ápice do desenvolvimento de suas ações, por questões que tramitam entre o âmbito pessoal, político e trabalhista (SILVA, 2001).

Num outro momento, essa falta de estabilidade do PSF, se identifica como tendo um significado de dor e revolta com a lógica do Programa em relação a política de recursos humanos:

“ (...) nós não temos garantia nenhuma, nosso salário está defasado, há um atraso constante do pagamento do salário , as questões políticas de ameaça de demissão, uma série de fatores que dificultam bastante” M - 7.

A falta de uma relação de trabalho formal que garanta direitos para os profissionais que atuam no PSF vem sendo percebida, de forma enfática e unânime pelos sujeitos da pesquisa, como um dos grandes entraves na operacionalização do PSF em Fortaleza. As falas demonstram que apesar do PSF remunerar de forma diferenciada seus profissionais, a inexistência de uma política de trabalho que abranja estas categorias gera uma insatisfação com o Programa que interfere na motivação intrínseca e na qualidade do serviço prestado por estes profissionais, no

conteúdo dos discursos dos sujeitos é possível perceber a insatisfação e o descontentamento com o Programa:

“(...) então segurança no trabalho nós não temos nenhuma, não tem concurso público, não tem perspectiva nenhuma de concurso, então a gente trabalha sem o mínimo de garantia” M- 1.

“(...) uma coisa que se comenta muito foi de um colega médico que morreu num acidente de carro, em Jucás, que ele faleceu trabalhando (...) e ficou por isso mesmo, não teve assistência nenhuma, a família também não teve assistência nenhuma, então é a nossa maior preocupação de trabalhar no PSF.” M – 4.

“(...) garantias nós não temos nenhuma” E – 2.

“As relações de trabalho são tratadas de forma vergonhosa, submissão, desrespeito, hoje não posso ouvir falar em PSF, não tenho raiva do modelo, mas sim do descaso dos governante em relação a nós profissionais de saúde”. E – 1.

A criação de uma cooperativa é apontada como fator desencadeante da crise vivenciada pelos sujeitos durante o desenvolvimento institucional do PSF. A cooperativa surgiu a partir da necessidade de estabelecer uma nova relação de trabalho, já que o contrato com a prefeitura só duraria seis meses. A prefeitura de Fortaleza não demonstrou qualquer interesse em assumir uma relação formal de trabalho com os profissionais que compunham as equipes de Saúde da Família.

A flexibilização das relações trabalhistas, com a criação da Cooperativa em Fortaleza, gerou um desequilíbrio nas relações formais de trabalho. O ente público se desonera das responsabilidades trabalhistas, como o pagamento dos direitos garantidos legalmente, mas em contrapartida não deixa de efetuar um controle

hierárquico sobre os próprios cooperados, reproduzindo desta forma uma nítida relação de empregador (Prefeitura Municipal de Fortaleza) e empregado (profissional de saúde da família).

“(...) a gente trabalha para uma cooperativa que no fundo não passa de uma jogada política para redução de gasto com pessoal, vive um clima de instabilidade e até terrorismo constante, não se sente um trabalhador de fato, por que direitos não existe” M – 6.

“Nós não temos nossos direitos garantidos como férias, décimo terceiro, licença gestante, isso aí já é da consciência da gente, nós sabemos que não temos, então isso vai causar uma angústia eterna, uma ansiedade constante que é ruim para o profissional.” E - 6.

Uma cooperativa de trabalho é uma associação de pessoas ou profissionais autônomos para o exercício comum de sua atividade, de forma e natureza jurídica própria, sem finalidade lucrativa, tendo como objetivo a defesa sócio-econômica dos seus associados por meio de ajuda mutua (Lei nº 5.764/71).

O relacionamento mais adequado com o tomador de serviços é de total independência. As relações de trabalho passam a ser do tomador de serviços com a cooperativa (pessoa jurídica) e esta com os seus cooperados, nunca diretamente, o tomador de serviços com o cooperado, exceto quanto aos aspectos técnicos operacionais. Isto quer dizer, não praticar "a clássica definição de relação de emprego", em que prevalece a subordinação e a relação hierárquica entre o empregador e o empregado (CLT, decreto lei nº 5.452 de 1º maio de 1943).

A constituição da cooperativa não se deu de forma espontânea, mas fruto de uma imposição do ente público. As falas demonstram que o clima de instabilidade (término do contrato de trabalho e atraso salarial) que antecedeu sua criação foi medida determinante e decisiva para que os profissionais se motivassem a constituí-la.

“(...) nós fomos praticamente forçados a formar a cooperativa como única maneira de contratação desses profissionais.” E – 3.

“Foi uma questão muito conturbada, porque nós os cooperados, os profissionais, fomos praticamente colocados contra a parede, fundem uma cooperativa porque nós temos que fazer o pagamento de vocês” M -1.

“(...) o prefeito naquele momento disse, que não havia uma maneira de pagar a gente senão essa, foi colocado que os profissionais fundassem uma cooperativa, porque a prefeitura não podia continuar fazendo o pagamento daquela maneira.M-5

Com a resolução de se criar uma cooperativa para legalizar as relações de trabalho surgiram outros contratemplos. A negociação salarial acabou por se tornar um impasse, este fato gerou um clima de revolta e insatisfação entre os profissionais que trabalhavam no PSF. Para os profissionais aquilo foi interpretado como uma não valorização do seu trabalho pelo gestor:

“Na verdade o prefeito deixou claro, em várias situações que o PSF para ele não passava de mais um programa, um marketing político. E nossa importância estava vinculada a isso” M - 2.

“(...) ele chegou a ponto de dizer, que quem não quisesse ficar no saúde da família pelo valor que ele tinha dito, que poderia pegar o beco” M – 5.

“ (...) e fomos todos ao pátio municipal para poder reivindicar os nossos direitos, já que nós estávamos trabalhando, cumprindo com a carga horária direitinho a gente tinha que ter também um salário justo que suportasse pagar os encargos da cooperativa e nos garantisse algum direito” E - 7;

Os técnicos que compunham as equipes de Saúde da Família tentaram negociar com a Prefeitura um valor de repasse para a cooperativa de forma que possibilitasse à cooperativa garantir alguns benefícios aos seus cooperados (férias, licença saúde, licença maternidade). Contudo esta negociação não foi exitosa.

Segundo SILVA (2000) a precarização das relações de trabalho não é problema exclusivo do Programa de Saúde de Família, é característica da globalização e da reestruturação produtiva nos países periféricos, em todos os setores da economia. O PSF entretanto, tem um destaque político que coloca esse problema em evidência. A autora conclui que a superação da precariedade das relações formais de trabalho é condição para a sustentabilidade do Programa de Saúde da Família.

Na organização das atividades do PSF em Fortaleza, no que se refere aos recursos, ocorreu um fenômeno semelhante ao processo de implantação das equipes do PSF. Primeiramente, segundo os sujeitos do estudo, as Secretarias Executivas Regionais participaram ativamente no processo de organização, tanto com recursos humanos, quanto materiais. Mas, com o decorrer da implantação de

novas equipes essa organização foi se tornando fragilizada, o que culminou em alguns momentos difíceis causados pela deterioração dos recursos:

“No início a Regional estava realmente descendo mais à unidade, vendo como é que estava se dando todo esse processo de implantação, organização... a gente notava que existia um esforço realmente de fazer o serviço caminhar” M – 4.

“A visita domiciliar é prejudicada, pelo número inadequado de veículos por equipe, foi determinado que seria um veículo para no máximo 3 equipes, às vezes chega ao cúmulo de ser um carro para 7 equipes, que é o meu caso” E - 5.

“ a questão das ações de saúde fica um pouco comprometida porque não é sempre que a gente tem uma programação de recursos, principalmente o planejamento familiar, foram três meses agora, sem a gente ter condições de executar convenientemente esse planejamento” E - 6.

“ (...) a gente não tem tido uma assistência integral, por exemplo, falta de medicação (...) outra coisa é a estrutura, a infra-estrutura que não é muito boa, não está muito bem adequada, os insumos e a medicação também, falta muita coisa” M - 1.

No que se refere à disponibilidade de recursos para a o PSF, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará definiu, através do Instrumento de Reconhecimento da Qualidade na Atenção Primária a Saúde (IRQ), que a estrutura física adequada das UBASF's, somada aos insumos materiais disponíveis na quantidade satisfatória e de forma contínua, são fatores que contribuem para prestação de serviços de saúde com qualidade (CEARÁ, 2002).

Mendes (1996) se refere à estratégia de saúde da família como parte das propostas inovadoras com vistas a formulação de novas práticas de saúde. Enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuida do aspecto curativo reabilitador, com alta resolutividade e baixos custos diretos e indiretos. Mas temos que ter em mente que não basta colocar equipes de saúde em um consultório para atender à comunidade, é preciso investir e garantir equipamentos, insumos e consultorias e supervisão, para que o PSF diga realmente a que veio. Arranjos não vão resolver o problema da saúde pública no Brasil.

Para os sujeitos do estudo a capacitação para as ações do PSF é imprescindível para uma boa atuação profissional. Analisando as falas percebemos que as possibilidades de capacitação eram vinculadas à vontade e ao perfil dos técnicos responsáveis pela coordenação do PSF, como estes apresentam grande rotatividade, existiram momentos de incentivos à capacitação e momentos de proibição. Os relatos abaixo exemplificam esta realidade:

“ No início do Programa a gente teve um apoio da prefeitura no sentido de nos capacitar em cursos rápidos” M- 6.

“ (...) no meu caso tenho a especialização, mas porque eu fui buscar e também porque o município me deu a oportunidade de fazer, mesmo trabalhando ele me liberou” E - 6 ;

“então eu acho que nesse sentido no início foi melhor, agora a gente está um pouco adormecido no sentido de capacitação” m – 1.

“ Na implantação a oferta de treinamento foi de boa a excelente, nós notávamos o interesse deles na capacitação das primeiras 32 equipes, mas as coisas foram mudando e o acesso a cursos começou a ficar restrito a um

membro da unidade e este deveria repassar para o restante, o que nunca acontecia “ E - 3

A capacitação se torna indispensável para o bom desenvolvimento do trabalho por possibilitar acesso a novas informações e tecnologias, desta forma o profissional estar apto a acompanhar as mudanças ocorridas sem prejuízo para sua prática. Os sujeitos demonstram em suas falas o desejo de refinar seus conhecimentos e habilidades, esse desejo entra em conflito com os interesses dos gestores manifestado pela coerção e algumas vezes proibição desta atividade.

O tema capacitação profissional se faz sempre presente em estudos que procuram entender um determinado fenômeno profissional. Segundo Teixeira & Mishima (2000), a capacitação se refere à complementação de determinado tema, adquirindo um caráter de educação continuada, podendo ser entendida, também, como a qualidade de estar apto a realizar determinada atividade ou função.

Segundo o Ministério da Saúde, para o efetivo alcance dos objetivos a estratégia do PSF, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidos por profissionais capacitados, que possam assumir papéis e responsabilidades, a capacitação profissional pode melhorar o desempenho pessoal e a qualidade do atendimento, pois desenvolve habilidades e amplia os conhecimentos (BRASIL, 1998).

Proibir, coibir, podar o profissional do conhecimento técnico para desenvolver suas atividades é uma atitude incoerente com as propostas do PSF. O Ministério da Saúde estabelece que para que o PSF produza resultados satisfatórios, faz-se necessário que as secretarias de saúde desenvolvam um processo de educação

continuada, pois este se constituiu como um recurso poderoso para o desenvolvimento do PSF (BRASIL, 1999).

“(...) perseguições com os profissionais, inclusive ameaça de remanejamento de uma regional para outra, profissionais que estavam se qualificando, para melhorar até mesmo a situação do serviço de saúde, havia o questionamento do porquê do profissional estar se capacitando” M - 6

(...) quando procurei me qualificar mais, foi o momento que menos tive apoio da Regional me inscrevi no mestrado e passei a me esconder pelos corredores com medo que alguém da prefeitura me visse e me denunciasse até o dia que descobriram e disseram que cooperado não tem direito se qualificar pois não tem vínculo, foi então que houve uma reunião com as lideranças comunitárias e os gestores e os líderes se colocaram ao meu lado dizendo que não entendiam porque era proibido fazer mestrado se aquilo iria interferir diretamente no meu trabalho beneficiando a comunidade com um melhor atendimento. E - 1.

A falta de uma política de desenvolvimento de recursos humanos no Município de Fortaleza, que priorizasse a formação e qualificação do profissional de Saúde da Família resultou em profissionais despreparados e desmotivados para a superação da concepção assistencialista voltada para o individual e para a doença. É preciso inserir na programação da gerência de saúde do município uma estratégia de formação e educação continuada, que privilegie um perfil profissional compatível com a realidade local. Desta forma estará contribuindo para o encontro da teoria com o serviço e a comunidade.

A capacitação dos profissionais para desenvolver as ações necessárias para o pleno desenvolvimento do PSF é um grande desafio, pois está intrinsecamente ligada com a sustentabilidade do PSF como estratégia de mudança do modelo de atenção (SILVA, 1999).

6.2. DIMENSÕES NEGATIVAS DA PRÁTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA

6.2.1. DESCONTENTAMENTO DO MÉDICO COM A PRÁTICA DO SAÚDE DA FAMÍLIA

Estudo desenvolvido por Pedrosa (2001) relata que os médicos ressentem-se quanto aos colegas de profissão por não respeitarem seu trabalho da mesma forma que outras especialidades, atribuem que as ações desenvolvidas em nível primário de atenção possuem um reconhecimento inferior a outros procedimentos médicos, especialmente, os de caráter curativo realizados em grandes centros terciários.

Há uma tendência que vem sendo amplamente utilizada nos dias de hoje, a população passou a realizar sua própria triagem, procura o médico de acordo com o problema de saúde apresentado (VICTOR, 2002). A medicina atualmente vive o auge da especialização do saber. O médico do PSF sendo generalista não é visto com o mesmo respeito que os especialistas, não somente pelos médicos, mas também pelo senso comum. No conteúdo dos discursos percebemos que os sujeitos da pesquisa vivem uma crise interna de auto - afirmação com sua profissão:

“ eu como vários médicos do PSF ainda enfrento aquele preconceito que muitas vezes vem de mim mesmo, que eu ainda não tenho residência,

sendo que para mim isso é uma crise diária e essa cobrança é pessoal” M – 2.

Em seu discurso o profissional médico revela dimensões negativas do trabalho no PSF que se concretizam sobre a forma de sentimentos de insatisfação, falta de motivação, revolta, raiva, desprestígio pelo não reconhecimento técnico desta especialidade médica em relação às outras.

“O PSF gera profissionais de baixa estima, desmotivados, explorados, que ficam sem aquela atitude diferenciada que outros colegas que atuam em outros setores da saúde mesmo que seja da saúde pública tem” M - 7

“ Aquela satisfação e orgulho de certeza que é reconhecido pelo que faz. E acima de tudo de certeza que suas condutas possam ser no mínimo respeitadas. É o que eu não tenho. Então o trabalho no PSF é um trabalho meramente ocasional e quase a se pedir desculpa” M -1;

Fato relevante a ser considerado é o aspecto provisório do trabalho médico no PSF, muitas vezes, estes não são médicos do PSF e sim estão como médicos, enquanto capitalizam-se para realizar a residência. Ocorre também que muitos médicos que estão atuando no PSF são os que não conseguiram passar na residência ou são especialistas aposentados, dificilmente, são profissionais que atuam na área por convicção.

Estudo realizado por Braga (1998) revela que no Ceará, em particular, os médicos que atuam em equipes do PSF são em sua maioria provenientes de outros estados. Segundo o referido autor este fato se deve a carreira de médico de PSF

não ser atrativa, tanto pelas condições de trabalho, quanto pelo baixo reconhecimento profissional.

Segundo a Portaria 1101/GM de 12 junho de 2002, o Ceará possui um número de médicos adequado ao número de habitantes.

“ Já fui mais orgulhosa do meu trabalho, com o passar dos anos a motivação que eu tinha para trabalhar com a comunidade foi substituída pela revolta, por sentimentos de insatisfação e baixa estima.” M – 4.

“ Tenho vontade de deixar o PSF pela falta de uma política de coordenação e incentivo a uma carreira de respeito na profissão médica” M – 2.

“(…) eu costumo comentar com meus amigos que nós somos ambulantes de alta qualificação. A informalidade a que nos submeteram é revoltante” m – 7.)

É interessante ressaltar que tais sentimentos podem interferir no processo de trabalho destes profissionais, pois a motivação engloba os sentimentos de realização, de crescimento e de reconhecimento profissional, que se manifestam no exercício de tarefas e estas devem oferecer suficiente desafio e significado para quem executa. Nutridos de sentimentos como a falta de motivação, esses profissionais deixam de executar suas atividades com um padrão de excelência necessário, visto que, motivação e desempenho são parceiros indissociáveis na execução de ações de natureza profissional (FORTE, GUEDES, 1998).

6.2.2. DESCONTENTAMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF possibilitou ao profissional enfermeiro maior autonomia e melhor participação como membro da equipe de saúde. Essa realidade trouxe mudanças significativas na forma de desenvolver atividades no campo da enfermagem. As mudanças foram concretizadas no atendimento clínico, educativo, bem como gerencial.

Observamos entre os enfermeiros os mesmos sentimentos negativos evidenciados entre os médicos, no entanto, entre os enfermeiros estes sentimentos foram gerados, principalmente pela informalidade das relações trabalhistas e não pelo não reconhecimento profissional. Os enfermeiros do estudo, em sua maioria, acreditam na filosofia do Programa, gostam do trabalho que desempenham e sentem-se gratificados profissionalmente na tarefa que executam.

“Porque eu sou terceirizado, porque eu não tenho outro horizonte, porque eu vou trabalhar ali até onde der, até quando eu tiver vontade ou que é pior até quando for interessante para aquela instituição”. E - 4

“Essa é uma grande dor, uma grande mágoa, a gente ver a filosofia do PSF que é boa, uma origem como foi em Cuba, e que isso aqui está totalmente prostituído, que o PSF parece uma moça do interior sendo bulinada por todo mundo, e tendo que dar sorriso” ;E -5

“Eu adoro trabalhar no PSF. Ele me realiza enquanto profissional, mas, o que me deixa profundamente triste e revoltada é não poder pagar minhas contas em dia, não saber o dia que sai meu salário e saber que ninguém faz nada para mudar isso. “E- 2

Outro motivo de descontentamento do enfermeiro encontrado no conteúdo das falas foi o excesso e a diversidade de tarefas:

“O que me decepciona no PSF é o excesso de trabalho e atribuições a que nós enfermeiros somos submetidos. E, apesar de todas essas atribuições, não somos valorizados, é só observar a diferença salarial entre nós e os médicos.” E- 7.

“As pessoas não valorizam o trabalho da enfermagem no PSF, é praticamente a gente que sustenta os indicadores de prevenção, mas mesmo assim ainda não é valorizado” E - 2

“Além de ser enfermeira você também gerencia o Posto ... às vezes a gente fica sufocado. Atuamos como enfermeira, gerente, administrador, supervisor, conselheiro, educador...” E - 3.

O excesso de atividades clínicas, educativas e burocráticas do enfermeiro do PSF foi referido no estudo realizado por Victor (2002), que revelou que a distribuição destas atividades no período de 40h semanais sobrecarrega esses profissionais, limitando a realização das ações, principalmente, as de caráter educativo.

Neste estudo sentimentos de valorização e realização profissional foram manifestados, de forma desigual pelos médicos e enfermeiros, como elementos que interferem na motivação para o desenvolvimento do trabalho no PSF.´

6.2.3. ALTA ROTATIVIDADE DOS MÉDICOS QUE COMPUNHAM AS EQUIPES

O PSF funciona, para muitos médicos, como degrau de uma escada que chega ao topo da especialização ou a subespecialização. O atrativo para esses profissionais é o salário diferenciado, contudo, esse salário não supre a falta de prestígio e reconhecimento técnico. Soma-se a isso o fato da ausência de relações trabalhistas formais não seduzir os médicos. O resultado dessa realidade é uma grande rotatividade desses profissionais:

“Principalmente os médicos, porque eles tinham mais oportunidade de trabalho devido à existência de apenas uma faculdade de medicina em todo o Estado” E - 2;

“Inclusive no ano 2000 para cá houve uma rotatividade ainda maior dos profissionais médicos, eles estavam procurando outras alternativas, fazer uma residência, por exemplo” E -6;

“Então essa rotatividade de profissionais foi aumentando cada vez mais com a defasagem salarial(...)” M - 2.

A rotatividade, considerada pelos sujeitos como uma consequência da precarização das relações de trabalho faz emergir a discussão da inexistência de direitos trabalhistas para o profissional que trabalha no Programa de Saúde da Família. Os profissionais demonstram orgulho e satisfação com o resultado de suas ações para a saúde das comunidades, mas quando lembram da instabilidade a que são submetidos o sentimento que prevalece é o de insatisfação. É fundamental garantir os direitos trabalhistas dos profissionais que atuam no PSF, de forma que os mesmos não fiquem suscetíveis a perseguições e ingerências políticas.

“O relacionamento com a comunidade é muito gratificante, somos valorizados, somos conhecidos pelas famílias pelo nome, e nos recebem de portas abertas em suas casas, mas o nosso relacionamento com a regional e a SMDS é de insatisfação mútua” E - 1.

Vista pelo prisma do serviço, a alta rotatividade desses profissionais favorece a descontinuidade de ações. Outro ponto a ser levado em consideração é que, essa quebra do processo de trabalho exige que, tanto a comunidade, como o novo profissional necessite de tempo para se adaptarem, o trabalho então, segue meio que sem continuidade.

6.3. DIMENSÕES NEGATIVAS DA PRÁTICA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA

6.3.1 PONTECIALIDADES DO PSF EM FORTALEZA

O PSF trouxe mudanças, principalmente, na melhoria dos indicadores de saúde, fato este, inegável tanto pela redução de indicadores de morbimortalidade, especialmente, materno infantil, quanto pelo aumento da cobertura de ações específicas como exemplos, a cobertura pré-natal e a imunização. Para tal, basta consultarmos os dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Alguns estudos realizados com base na realidade cotidiana das equipes do PSF mostram essa prática como possuidora de um potencial positivo de mudança; outros, porém, mostram que existem grandes limitações para que isto ocorra.

Bertoncini (2002), aponta inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, como exemplos: alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução das internações hospitalares desnecessárias; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas.

Qualquer aspecto relativo à saúde, por sua importância, tem, portanto, relevância social. Particularmente, nesse estudo observamos que o PSF em Fortaleza tem sido palco de alguns avanços não só por aumento da cobertura para algumas ações, mas por incorporar atividades que possibilitam mudanças positivas na saúde, especialmente na utilização de novas intervenções. As falas a seguir ilustram esta realidade.

“ (...) mudanças gerais como um todo, diminuição da mortalidade infantil, antes do PSF era elevada, já diminuiu bastante, porque o profissional de saúde tem batido muito nessa questão do aleitamento materno” (...) M - 5

“ Tenho exemplos práticos com o caso dos hipertensos, diabéticos e idosos de nossa área, eles têm suas consultas garantidas, participavam de um grupo que foi criado por nossa equipe, fazem vivências, recebem visitas domiciliares, segundo seus depoimentos “saíram do abandono” e passaram a ser tratados como seres humanos. E- 1

“ (...) a humanização do atendimento e a priorização do acompanhamento de grupos de risco, principalmente a criança com a puericultura até o segundo ano de vida; e na atenção à saúde da mulher, nós conseguimos visitar todas as nossas puérperas até o sétimo dia de pós-

*parto isso tem trazido resultados positivos para evitar o desmame precoce, “
M – 6.*

Pesquisa efetuada com profissionais do PSF revela um diferencial entre as práticas anteriores dos serviços de saúde pública e aquelas decorrentes da proposta do PSF, reforçando o potencial positivo do programa. Os profissionais citam como mudanças a atuação de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; maior adesão da população; ampliação das ações de promoção; melhoria do acesso da população à rede básica de saúde; diagnóstico das doenças mais precocemente e práticas assistenciais inovadoras (SOUSA, 2000).

O PSF possibilitou mudanças na forma de agir dos profissionais entrevistados, segundo as falas, esses passaram a interagir com as pessoas e a comunidade, passaram a ter um olhar mais holístico, deixando de privilegiar a doença como foco de atenção. Os depoimentos que seguem reforçam esta afirmação.

“Partimos para o campo junto com os agentes comunitários, reordenamos a lógica de atendimento das unidades básicas e passamos a discutir com as comunidades para conhecermos os anseios e desejos deles” M -7.

“Eu acredito que houve mudanças, eu consigo identificar cada membro da comunidade sei seus problemas e suas dificuldades com certeza melhorou, agora nos temos uma saúde mais voltada para o cliente como um todo. “E - 1

“(…) na detecção e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, eles estão sendo acompanhados de uma maneira diferenciada, estão sendo orientados, com uma abordagem mais adequada, não se pode dizer

que está tudo as mil maravilhas, mas houve alguma melhora, eu acredito que sim, eu acho que sim” E- 2

Esse potencial positivo pode ser visualizado no estudo realizado por Victor (2002), que investigou ações de caráter educativo no PSF em Fortaleza. Os resultados revelaram que as equipes de PSF estavam desenvolvendo novas estratégias para trabalhar a educação, a promoção da saúde e a participação popular, priorizando o trabalho com grupo (idosos, mulheres, gestantes, adolescentes, hipertensos) apesar de o estudo revelar algumas ações de caráter normativo, também foram encontrados trabalhos que incorporam conceitos como autonomia, participação, solidariedade e mudança de estilo de vida.

Para Rudio, (1998) o sujeito é o único capaz de promover sua transformação e aperfeiçoamento, as intervenções junto a grupos programáticos revelam-se como incentivo à autonomia e responsabilização do sujeito com sua saúde. Pois na medida em que o sujeito toma para si o poder de controlar sua própria vida, ele adquire a possibilidade de se desenvolver em uma direção congruente às suas potencialidades pessoais, respondendo as demandas externas de acordo com suas possibilidades individuais.

Segundo a Carta de Ottawa elaborada na 1ª. Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986 a responsabilidade do sujeito sobre sua saúde, constitui-se como um dos pilares da promoção de saúde, através da qual ele se torna capaz de modificar e controlar os fatores de padecimento em favor de sua saúde e bem-estar (FONSECA, 2000).

Soma-se a estas mudanças o resgate de alguns valores na relação com o paciente, adormecidos com o passar dos anos, tais como a cordialidade, o respeito,

o ouvir atento, a habilidade e a paciência para entender o que precisam, tem sido uma das características principais do Programa de Saúde da Família (CAVALCANTE, 2004). As falas abaixo reforçam a percepção de uma relação de confiança construída no cotidiano destes profissionais:

“ Nosso trabalho com o grupo de idosos fez com a gente conseguisse a confiança deles, existe uma relação mais próxima, o envolvimento é maior,” E – 1

“Por modificar o jeito de atuar na atenção à saúde, valorizando aspectos múltiplos dos cidadãos e não lhe vendo como “bicho doente”, assim eu acredito que o PSF de Fortaleza é a única alternativa disponível no momento para fazermos uma saúde pública mais acessível e de qualidade.” M -7

“ A gente nota o carinho e a confiança que a comunidade tem pela gente é gratificante.” M - 4

Valiosos conceitos, hoje pouco praticados, tais como a solidariedade, a amizade, a confiança, ao fazerem parte do cotidiano, propiciam o vínculo nas relações entre os profissionais de saúde, e destes com seus pacientes. O médico de família consegue através do cuidar de famílias uma experiência humanística e um resgate de uma medicina centrada no paciente (SILVA, SUGMYAMA e TOMAZI, 1996; CUNHA, 1999).

Por fim, o resultado dessas mudanças se materializa, especialmente, na satisfação dos usuários. Segundo Trad et al. (2002) os usuários do PSF expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, no que diz respeito, a consideração, a escuta, a compreensão, a acolhida, a gentileza por parte dos profissionais.

Segundo Silva (2001), a organização dos serviços do PSF pode ser compreendida como um processo em que ocorre o compartilhamento de saberes e práticas que contribuem para a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Apesar de constituir um avanço na questão da prestação de serviços em atenção básica, o programa de saúde da família em Fortaleza necessita de uma maior capacidade de organização, pois sua estratégia apesar de representar importante avanço na questão da acessibilidade aos serviços básicos, carece de recursos complementares e de maior envolvimento do gestor com os problemas da comunidade.

Para que se concretize uma mudança do modelo assistencial da saúde em Fortaleza é preciso que o PSF tenha um incremento nos recursos destinados a sua manutenção e que se criem mecanismos reguladores que garantam a construção de vínculos duradouros com a comunidade.

O PSF de Fortaleza conseguiu seu destaque na história da mudança da saúde pública brasileira, pois Fortaleza foi uma das primeiras capitais brasileiras a implantar o programa e a fazer a coisa de forma coletiva e democrática, discutida com a comunidade local. O PSF de Fortaleza teve uma trajetória muito rica de acontecimentos positivos e negativos, o início do processo foi muito bem preparado com a seleção dos melhores profissionais que atuavam no interior do estado (com evidente repercussão na qualidade das equipes de interior) e execução do Programa propriamente dito, teve algumas atividades de destaque apesar das dificuldades. Infelizmente o PSF de Fortaleza mostrou através da análise de conteúdos dos sujeitos que se perdeu em algum lugar, existe um

nítido estagiamento temporal do PSF de Fortaleza: o início e o depois sem maiores acontecimentos.

O acompanhamento e avaliação das atividades realizadas pelas equipes de saúde da família não devem se restringir à alimentação do Sistema Integrado de Atenção Básica (SIAB). Deve existir uma programação de supervisão que possibilite aos técnicos responsáveis pela gerencia do PSF em Fortaleza solucionar problemas e compartilhar saberes e experiências bem sucedidas.

Para que o PSF se consolide, enquanto estratégia de reversão do modelo de atenção é necessário que o entendimento da filosofia do Programa seja feito de forma integral (profissionais, gestores, comunidades, etc..) ele não deve ser compreendido como apenas o resultado da junção de uma série de programas de Saúde Pública.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no estudo possibilitaram-nos reconstruir a história da implantação do PSF de Fortaleza e identificar algumas situações que permearam a prática dos profissionais que atuaram no município, na visão dos sujeitos da pesquisa.

- O processo de implantação do Programa de Saúde da Família no município de Fortaleza foi marcado por uma série de situações particulares. A maneira como a organização administrativa do município de Fortaleza concebeu o PSF, fez com que a história deste, fosse marcada por dois momentos distintos: o início (PSF da implantação) e o depois (PSF de hoje). Apesar da tentativa de construção de um novo modelo de atenção, a “Estratégia Saúde da Família” ainda não conseguiu se afirmar como modelo de reorganização da atenção, tendo como principal limitador sua baixa cobertura no município de Fortaleza, pode-se dizer que este, teve sim discretos avanços na assistência, que parecem se restringir a questões pontuais e algumas experiências locais positivas.
- A reversão do antigo modelo assistencial no município de Fortaleza ainda é o maior desafio para a administração das políticas de saúde neste município, pois é tênue a linha que separa o PSF de um ambulatório descentralizado de saúde. A dificuldade de promover uma atenção voltada para o indivíduo e sua família é grande, especialmente quando o trabalho se realiza em um ambiente com realidades socioculturais bem diferentes daquelas vividas pelo profissional e em condições de trabalho distantes das ideais.

- A constante mudança dos técnicos que gerenciavam o Programa foi característica marcante do desenvolvimento institucional do PSF em Fortaleza. Este fato prejudicou a trajetória do PSF, de forma que os avanços ocorridos ficaram restritos a experiências pontuais e isoladas que dependiam do interesse do gerente pelo sucesso do Saúde da Família. Vale ressaltar que somente a mudança dos técnicos, não teria sido um problema tão grande, a questão é que, por trás desta rotatividade de técnicos, acontecia também uma mudança na concepção de como executar e acolher o PSF.
- Com a análise do desenvolvimento institucional do Saúde da Família em Fortaleza podemos perceber, sob a ótica dos sujeitos da pesquisa, uma deturpação progressiva do programa pela atual gestão. Já por parte dos gestores públicos, isto pode significar a instrumentalização de algo que perceberam como útil à manutenção de seus interesses. Mesmo deixando claro seu interesse político, no início da implantação a gestão se mostrava mais preocupada com o êxito do Programa de Saúde da Família. O PSF era visto como uma política que acrescentava à reforma administrativa do município de Fortaleza o caráter de aproximação do Gestor com o cidadão. O programa é concebido com um discurso (modelo) político ideal, pautado na inversão da lógica assistencial. Com o passar do tempo, o gestor abre caminho para o clientelismo e assistencialismo, o objetivo é atender a população para amenizar a tensão social e captar isso na época das eleições (delimitar territorialmente potenciais eleitores). As interferências políticas passam a ser mais freqüentes e o Programa de Saúde da Família dissocia-se dos seus objetivos originais. Tudo isso se reveste em insatisfação, tanto para os profissionais, que não conseguem oferecer um atendimento de qualidade,

como para os usuários que não tem suas reais necessidades de saúde atendidas.

- Outro fator importante para a sustentabilidade do Programa de Saúde da Família em Fortaleza é a vontade política de que ele realmente aconteça. Esta aparece claramente nas falas como fator dificultador para o processo de desenvolvimento do PSF. Os sujeitos do estudo revelam através de suas falas, perceberem a insatisfação do Gestor com o PSF. Insatisfação essa que aparece na falta de investimento em ações de saúde da família e na criação de programas similares que ocorrem paralelamente ao PSF.
- Enfim, cumpre referir à luz dos resultados, que os médicos e enfermeiros sujeitos desta pesquisa, acreditam e permanecem leais à filosofia do PSF, apesar das muitas frustrações e insatisfações referidas. Estes anseiam pelo reconhecimento desta especialidade, por entenderem ser esta estratégia de ação um dos caminhos para se contar com uma melhor qualidade de vida para as comunidades.
- Quando agrupamos os elementos se colocaram como dificultadores, vínculo empregatício precário, interferência política, falta de uma política de educação permanente, infra-estrutura inadequada ou parcialmente adequada, instabilidade, falta de reconhecimento, passamos a enxergar a contradição entre o idealizado (modelo prescrito) e o real.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Francisca Maria. O Programa de Saúde da Família no Ceará: Estudo sobre a estrutura e o funcionamento. Fortaleza, Dezembro de 1998, 1ª Edição.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. SUS passo a passo: gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

AGUILAR, MJ & ANDER-EGG, E. Avaliação de Serviços e Programas Sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.

ATKINSON, S. Qualidade dos serviços de saúde: pesquisa antropológica. Cad. Saúde pública, v.9, n.3, p.283-299, jul./set. 1993.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. 7ª Ed. Lisboa: Edições 70 1977. 223p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: Saúde dentro de casa – Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1994.

_____, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997.

_____, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1998.

_____, Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999. a.

_____, Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 1999.b. 65 p.

_____. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informação em Atenção Básica. Brasília, 1997.a e b.

_____. Programa Saúde da Família. Boletim de saúde de Fortaleza, ano IV nº 3. Fortaleza, 2000.

_____. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1998. 98p.

BRASIL. Resolução n.º 196, de 1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN S. K. Qualitative reseach for education. Bosten: Allyn and Bacon, 1982.

CARVALHO, Guido Ivan & SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). Sistema Único de Saúde. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 391p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Saúde da Família: Um novo modelo de atenção. Fortaleza, 1995. Mimeografado.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. A Reforma Administrativa Municipal, versão educativa. FUNDESP, Fortaleza, Abril 1997.

FAVERET, Paulo Filho & OLIVEIRA, Pedro Jorge de. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Setembro, 1989. Mimeografado.

FORTALEZA, Diário Oficial do Município. n.12.241 ano XLIX Fortaleza, 26 de dezembro de 2001.

_____, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Relatório do PSF. Fortaleza, junho de 2000.

_____, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Boletim de Saúde de Fortaleza: PSF. Ano IV, nº 3 / 2000.

_____, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Dados Populacionais. Boletim de Saúde de Fortaleza – Sala de Situação. Ano IV, n.1 / 2000.

GONZAGA, A. A. Educação popular em saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde. 1996. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GOYA, N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza. 1996. 170p: AMECE.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas– Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131p.

HERMAN, Joan L., MORRIS, Lynn Lyons., FITZ – GIBBON, Caroy Taylor – Evaluator's Handbook. CSE program evaluation kit (2nd. ed.) 1987.

HUNGLER, B. P.; POLIT, D. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli, E.D. A Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAZZOTTI-ALVES, Alda Judith & GEWANDSZNAJDER, Fernando. O método nas Ciências Naturais e Sociais; Pesquisa quantitativa e qualitativa. – São Paulo: Pioneira, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça: Distrito Sanitário. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1994, 310 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª Ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

NEMES, Maria Inês Baptistella. Fundamentos de Avaliação n.1 – Avaliação em Saúde: questões para os programas DST / AIDS no Brasil. Coleção ABIA, Rio de Janeiro 2000.

NETO, Eleuterio Rodriguez. Incentivo a participação popular e controle social no SUS. Ministerio da Saúde. Brasília, 1994.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra: OMS, 1981.

PATTON, Michael Quinn. How to use qualitative methods in evaluation – Program evaluation kit (2nd ed.); v.4. 1987.

PEDROSA, J. I. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. Revista. Brasileira de Saúde Materno-infantil, Recife, v. 1, n. 2, p. 155-167, maio/ago. 2001.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.

POLIT, Denise F & HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. - 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIZZOTO, M. L. F. História da enfermagem e sua relação com a saúde pública. Goiânia: AB, 1999.

RODRIGUES NETO, E. R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. Brasília: Ministério da saúde, 1994.

SANTOS, L; CARVALHO, G. I. Lei Orgânica da Saúde. In: _____. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde(Lei 8080/90 e lei8142/90). 2. ed. São Paulo: Hucitec,1995. p. 47-118.

SESSIONS, Glenn. Fundamentos de Avaliação, n.2 - Avaliação em HIV / AIDS: uma perspectiva internacional. Coleção ABIA, Rio de Janeiro, 2000.

SHAEFER, M. Administración de Programas de higiene del México: aplicación de la teoria de los sistemas. Cadernos de Salud Publica, Genebra, n.59, 1975.

SILVA, Maria Josefina da. Agente de Saúde: Agente de Mudança? – a experiência do Ceará. Fortaleza: Pós-graduação/ DENF/ UFC /Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. 1997. 120p.

SOUSA, H. M. de. Inversão do modelo de atenção: a estratégia do PSF. Revista APS, ano 1, n. 1, p. 4-7, nov./dez. 1998.

SOUSA, M. F. A enfermagem: reconstruindo sua prática. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53, p. 25-30, dez. 2000. Número especial.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Texto elaborado como contribuição aos debates da 11ª Conferência Nacional de Saúde.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. n. , p. 386-400, jul./set. 2000.

UNICEF. Cuidados Primários de Saúde. Brasília, 1979. 62p. Relatório da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. Alma-ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente.: Mestrado/ Faculdade de Saúde Pública / USP.1995 52p.

VICTORIA, C. G; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial,2000. 136p.