

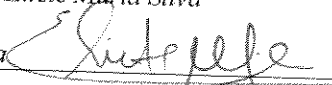
DALVANI MARQUES

**A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPINAS E
A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM**

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de
Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem, de Dalvani Marques*

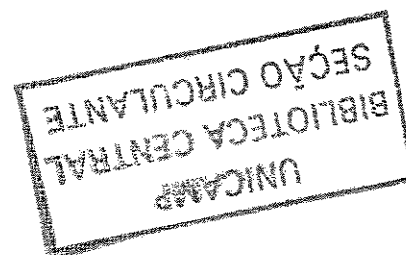
Profa. Dra. Eliete Maria Silva

Orientadora



Campinas, SP

2003



DALVANI MARQUES

**A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CAMPINAS E
A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
do Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Eliete Maria Silva.

Campinas - SP

2003

200404932

UNIVERSIDADE BC
CHAMADA UNICAMP
M348t
EX _____
CÓDIGO BC/ 57383
ROC 16.117-04
D X
PREÇO 11,00
DATA _____
Nº CPD _____

MO0196161-4

Bibld 314837

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M348t

Marques, Dalvani

A trajetória do programa saúde da família em Campinas e a contribuição da enfermagem. / Dalvani Marques. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Eliete Maria Silva

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

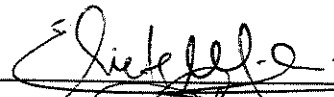
I. Saúde e trabalho. 2. Enfermagem em saúde pública. 3. Enfermagem - prática. I. Eliete Maria Silva. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

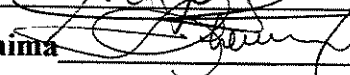
Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Eliete Maria Silva

Membros:

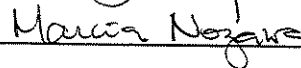
1. Prof^a Dr^a Eliete Maria Silva



2. Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima



3. Prof^a Dr^a Márcia Regina Nozawa



**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/02/2003

Dedico aos trabalhadores de saúde da família,
companheiros de sonhos, que experimentando
construíram uma parte da história,
nossa história, na saúde de Campinas.

Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Eliete Maria Silva, pelo carinho, dedicação e imensa paciência, cujos conhecimentos foram indispensáveis ao meu aprendizado.

A Professora Doutora Silvana Martins Mishima, pela inteligência e auxílio à elaboração deste trabalho.

A Professora Doutora Márcia Regina Nozawa, pela atenção, pelo carinho e as valiosas contribuições para este trabalho.

Aos demais professores do Curso de Pós-graduação que contribuíram para engrandecer minha cultura e meu aprendizado.

A todos os colegas deste Curso pelos momentos felizes e inesquecíveis que passamos juntos.

A colega Greicelene, amiga especial que acompanhou meu aprendizado durante este curso, pelo exemplo e dedicação.

Aos meus pais e as minhas irmãs, pela paciência e companheirismo, cujas contribuições de cada um foram valiosas para engrandecer este trabalho.

A equipe da unidade de saúde da família Campina Grande, companheiros de trabalho, pela paciência e compreensão.

A equipe do CS Floresta pela compreensão e incentivo durante meu aprendizado.

A todos os amigos, companheiros de luta, tanto da saúde da família quanto da saúde pública, pela contribuição e amizade, cujas colaborações foram valiosas e tornaram possível este trabalho.

“De forma que, em certo dia
Á mesa, ao cortar o pão
O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
- garrafa, prato, facão –
era ele quem fazia
ele, um humilde operário
um operário em construção.
Olhou em torno: gamela
Banco, enxerga, caldeirão
Vidro, parede, janela
Casa, cidade, nação!
Tudo, tudo o que existia
Era ele quem o fazia
Ele, um humilde operário
Um operário que sabia
Exercer a profissão.

Ah, homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube naquele momento!
Naquela casa vazia
Que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que sequer suspeitava.
O operário emocionado
Olhou sua própria mão
Sua rude mão de operário
De operário em construção
E olhando bem para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela”.

O operário em construção
Vinicius de Moraes

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
APRESENTAÇÃO.....	1
Capítulo 1 - Contextualizando a saúde no brasil.....	5
1.1 <i>A atenção básica de saúde nos anos 90</i>	7
1.2 <i>O PSF como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde</i>	10
1.3 <i>A Enfermagem no PSF</i>	14
1.4 <i>Objetivos:</i>	19
Capítulo 2 – Aspectos metodológicos.....	20
3.1 <i>Campinas – o cenário do estudo</i>	21
3.2 <i>Definindo os sujeitos do estudo</i>	24
3.3 <i>A coleta de dados e os instrumentos utilizados</i>	25
3.4 <i>Analisando os dados</i>	28
3.5 <i>Caracterizando os entrevistados</i>	30
Capítulo 3 - O PSF em Campinas e a Enfermagem.....	34
4.1 <i>Historiando a implantação do PSF em Campinas</i>	36
4.1.1 <i>O Período de 1995 a 1997</i>	36
4.1.2 <i>O período de 1998 a 2000</i>	43
4.1.3 <i>O período de 2001 a 2002</i>	48

4.2	<i>Construindo um novo modelo de atenção à saúde</i>	51
4.2.1	O PSF antigo	51
4.2.2	O Paidéia/PSF	53
4.2.3	O agente comunitário de saúde, quem é esse sujeito?.....	55
4.2.4	Sendo trabalhador do Programa Saúde da Família	57
4.2.5	Metas - a questão da avaliação	58
4.2.6	Diferenciando o PSF de outros modelos de atenção à saúde	61
4.3	<i>Reordenando o processo de trabalho</i>	64
4.3.1	Características do Trabalho da Enfermagem no PSF	65
4.3.2	O trabalho em equipe	70
	Colhendo frutos - Considerações finais	75
	Referências Bibliográficas	80
	Anexos	88
	<i>Anexo 1 – Roteiro da Entrevista</i>	89
	<i>Anexo 2 – Consentimento livre e esclarecido</i>	91

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da divisão dos distritos de Saúde de Campinas	25
Quadro 1 – Documentos Analisados (Listados em ordem cronológica).....	26
Tabela 1 – Entrevistados segundo a faixa etária – Campinas - 2002.....	31
Tabela 2 – Entrevistados segundo o tempo de formados – Campinas - 2002.....	31
Tabela 3 – Entrevistados segundo o tempo de atuação na área da saúde..... e na área de saúde pública – Campinas - 2002.....	32
Tabela 4 – Entrevistados segundo o tempo de experiência no PSF – Campinas – 2002	32
Tabela 5 – Composição das equipes de Saúde da Família em dezembro 1996	40
Tabela 6 – Composição das equipes de Saúde da Família início de 1997.....	41
Tabela 7 – Composição das Equipes de Saúde da Família nos anos de 1998 e 2000.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
CO	CITOLOGIA ONCÓTICA
CS	CENTRO DE SAÚDE
DIR XII	DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE XII
ESF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
LTS	LICENÇA DE TRATAMENTO DE SAÚDE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NOAS	NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOB	NORMA OPERACIONAL BÁSICA
PAB	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RN	RECÉM-NASCIDO
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RESUMO

Analisamos o Programa Saúde da Família (PSF) em Campinas no período de 1995 a 2002 e o trabalho da enfermagem. Contextualizamos a saúde no Brasil, ressaltando a atenção básica de saúde nos anos 90, com o referencial da enfermagem enquanto trabalho, prática social inserida em um trabalho coletivo em saúde, em um contexto histórico. Desenvolvemos um estudo qualitativo, descritivo, baseado em documentos e em entrevistas com dez trabalhadores de saúde, que atuaram, coordenaram ou supervisionaram as equipes de saúde da família (ESF) entre os anos 1998 e 2000. Caracterizamos os sujeitos quanto a faixa etária, tempo de formação, atuação na saúde pública e no PSF, reconhecendo que a maioria tem mais de quatro anos de atuação no programa. Na análise temática, identificamos os temas: historiando a implantação do PSF em Campinas, construindo um modelo de atenção à saúde e reordenando o processo de trabalho no PSF. Ao historiar a implantação, dividimos nos períodos de: 1995 a 1997, caracterizado pela idéia e os debates sobre o PSF; 1998 a 2000, pela implantação das primeiras três ESF; e, 2001 a 2002, da implantação enquanto diretriz municipal – o Paidéia/PSF. Destacamos alguns pontos na análise como o trabalho da enfermagem, a construção de um novo modelo de atenção, o agente comunitário de saúde e o trabalhador de saúde da família. A reordenação do processo de trabalho depende de mudanças nos trabalhadores e demais atores sociais, bem como nos interesses em disputa. O trabalho em equipe multiprofissional foi discutido, destacando-se a fragmentação que permeia o trabalho em enfermagem e em saúde. Consideramos que o PSF pode facilitar a mudança do modelo assistencial, aproximando os trabalhadores da enfermagem do usuário, da família e da comunidade, mas está em construção, em processo.

Palavras-chaves: saúde e trabalho, enfermagem em saúde pública, enfermagem-prática, saúde da família.

ABSTRACT

We have studied the Programa Saúde da Família – PSF (Family Health Program) in Campinas from 1995 to 2002 and the work of the nurses. Health is contextualized in Brazil, as reference, nursing is defined as work, as a social practice that is part of a collective work force in health, a team in a given time frame in History. This study is qualitative, descriptive, and it is based on the analysis of documents and interviews with ten specialists who worked with, coordinated or supervised the Family Health Teams (ESF = equipes de saúde da família, in Portuguese) between the years 1998 and 2000. Subjects have been classified by age, education, professional experience in public health and in PSF, the majority with more than four years experience within this program. Based on thematic analysis of the collected data, three major themes have been identified: History of PSF Implementation in Campinas, Construction of a New Paradigm of Attention to Health, and Reorganization of the Work Process in PSF. The history of implementation was divided in three periods: from 1995 to 1997 – generating the idea and debates about PSF; from 1998 to 2000 – implementing the first three ESF; and from 2001 to 2002 – implementing Paidéia/PSF as a city policy. We have stressed the work of the nurses, the construction of a new paradigm of attention, the community health agent, and the family health worker. The reorganization of the work process depends on change on the workers and on the social subjects, and also on the interests in conflict. The characteristics of a nurses's work are discussed as part of a shared work in health. The multiprofessional team's work was discussed, highlighting the fragmentation of the health work force. We defend that PSF can ease the change of an assintential model, bringing nursing workers closer to the family and the community, however it is a program under construction, in progress.

Key-words: health and work, nursing in public health, nursing practice, family health.

APRESENTAÇÃO

*Sonho que se sonha só,
é só um sonho que se sonha só,
mas sonho que se sonha junto
é realidade.*

Raul Seixas

Atualmente, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é uma diretriz nacional para a organização da atenção básica. Sendo referido como “*a principal estratégia para solucionar os males da saúde pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade*” (ANTUNES e EGRY, 2001, p.98).

As discussões, as polêmicas e as várias maneiras que o PSF tem sido implantado no país provocaram-me algumas reflexões a respeito do trabalho desenvolvido nesta proposta de reordenação do processo de trabalho.

Atuando na saúde pública e nos últimos anos em uma equipe de saúde da família, senti necessidade de estudar como o PSF estava se implantando em Campinas e como a enfermagem estava realizando este “novo” trabalho proposto.

Trabalhar em uma equipe de saúde da família foi para mim uma opção, uma possibilidade de realização enquanto enfermeira, no sentido de ter uma ação assistencial direta e atuar em uma equipe menor.

Eu fiz parte de uma das três, únicas, equipes de saúde da família que existiram em Campinas durante os anos iniciais de implantação do programa, de 1998 a 2000. Éramos exceção, em uma rede básica constituída por unidades básicas de saúde (centros de saúde) que atuavam no modelo tradicional, médico-centrado e hospitalocêntrico.

O trabalho que desenvolvíamos era ínfimo perante a imensidão dos atendimentos das unidades básicas de saúde. Mas, ao nosso olhar, era um trabalho interessante, em uma lógica diferente daquela com a qual estávamos acostumados, em um novo processo de trabalho.

Trabalhar com uma população adscrita, próxima a sua realidade, conhecendo quem eram, quantos eram e onde moravam, foi muito interessante e enriquecedor. Eu era a enfermeira Dalvani, a enfermeira deles, que tinha rosto, nome, endereço, como eles. Atuava junto com uma equipe de duas auxiliares de enfermagem, em constantes visitas domiciliárias, atividades junto à comunidade, além do atendimento no módulo de saúde da família. Éramos o elo de ligação daquelas pessoas com o sistema de saúde municipal.

Contudo ainda era um sonho de alguns, de uns poucos.

Realizar este estudo foi realmente um sonho, não só meu, mas de “alguns” trabalhadores de saúde. Sonho que sonhávamos sós, mas com a implantação do Paidéia/PSF em toda rede básica de saúde, pode vir a ser um sonho que sonharemos junto, sendo uma realidade.

Este estudo não é meu, é um trabalho coletivo, construído com muitos sujeitos, assim passarei a utilizar a primeira pessoa no plural.

Acreditamos que as dificuldades enfrentadas no município de Campinas com a implantação do PSF estimulam a discussão no país, em grandes centros urbanos, contribuindo para a reflexão dessa proposta de mudança do modelo assistencial. Discutir o PSF é discutir o processo que vivenciamos de construção do Sistema Único de Saúde.

Assim, esperamos contribuir para a reflexão do trabalho da enfermagem no PSF e sua contribuição na reordenação dos processos de trabalho.

Este estudo da trajetória do Programa Saúde da Família em Campinas e a contribuição da Enfermagem foi desenvolvido em quatro partes:

capítulo 1 – Contextualizando a saúde no Brasil - definimos nosso tema, o recorte do estudo, o referencial teórico e os objetivos gerais e específicos;

capítulo 2 – Aspectos metodológicos - apresentamos o percurso deste estudo, definindo o local do estudo, a população estudada, a coleta de dados, os instrumentos, as formas de análise e caracterizamos os sujeitos deste estudo;

capítulo 3 – O PSF em Campinas e a Enfermagem - trabalhamos os resultados deste estudo em três grandes temas: o primeiro, historiando a implantação do PSF em Campinas, no qual contamos a trajetória da implantação do PSF desde 1995 até 2002; o segundo, construindo um novo modelo de atenção à saúde, quando analisamos alguns pontos importantes, destacando aspectos relevantes à mudança do modelo assistencial; e, o terceiro, reordenando o processo de trabalho, com enfoque no trabalho da enfermagem no PSF;

e, finalmente, Colhendo frutos, as Considerações Finais - nos quais encerramos este estudo, retomando alguns resultados e concluindo nossa análise.

**CAPÍTULO 1 - CONTEXTUALIZANDO A
SAÚDE NO BRASIL**

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas!*

Mário Quintana

A área da saúde sempre se constituiu em um espaço de importantes disputas políticas, sociais e econômicas, sendo acentuados os embates nas últimas duas décadas.

No final dos anos 70, com a crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social, o modelo médico-assistencial privatista¹ se esgotava, sendo inadequado à realidade sanitária brasileira. A prática médica dominante era essencialmente curativa, não sendo capaz de alterar os perfis de morbimortalidade, que agregada aos custos crescentes da assistência inviabilizaram a expansão do modelo. Somado a isso ocorria uma crescente insatisfação de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, pela perda de qualidade de serviços prestados pela Previdência Social (MENDES, 1994).

Este quadro refletiu-se na década de 80, cujo desenvolvimento das políticas de saúde ocorreu em um contexto de profunda crise econômica e frente ao processo de redemocratização do país (MENDES, 1994).

Nos anos 80, conformou-se um movimento social que, articulando diferentes setores, influenciou a sociedade como um todo, cujo objetivo mais geral foi a democratização do país. Este importante movimento influenciou os embates políticos da época e conduziu as discussões sobre o processo da Reforma Sanitária no país, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, nas propostas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do controle social, da priorização do setor público e da atenção básica à saúde no país (LUZ, 1991; MENDES, 1994; SCHRAIBER et al., 2000).

¹ Segundo MENDES (1994, p.25), o modelo médico-assistencial privatista baseava-se: “no Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social, no setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica, e no setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente biomédicos e equipamentos”.

Na promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS foi definido com as diretrizes de: universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, garantindo a saúde como um direito social e universal, cujo dever é do Estado (BRASIL, 1990a).

O SUS só foi regulamentado em 1990, através da Lei 8080, sofrendo alguns cortes em relação ao controle social através dos Conselhos Locais de Saúde e à questão financeira, e na Lei 8142, estas questões foram recolocadas, definindo-se o controle social através dos Conselhos Locais de Saúde e das Conferências de Saúde, além do repasse financeiro através da transferência automática de recursos aos municípios via Fundo Municipal (BRASIL, 1990b, c).

Neste contexto, iniciou-se, na década de 90, de um lado a implantação do projeto da reforma sanitária contemplado na Constituição Federal e de outro as tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, que visava “*reduzir o papel do Estado e a remeter a regulação da saúde para o mercado*” (MENDES, 1994).

1.1 A atenção básica de saúde nos anos 90

Os anos 90 foram marcados pelo embate entre saúde como um direito de cidadania ou como um bem de mercado.

“O SUS, ainda não consolidado, foi submetido nos anos 90 ao agravamento da crise econômica e fiscal do país, tornando-se alvo, tanto quanto os setores sociais em geral, das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em jogo seus princípios universalizantes e solidários” (AGUIAR, 1998).

Neste contexto, a atenção básica à saúde se expandiu, estimulada em parte pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, que definiram os critérios para a implantação do SUS.

A NOB/91 estabeleceu mecanismos entre o governo federal e os municípios, para o repasse financeiro, pelos procedimentos realizados diretamente aos hospitais e aos ambulatorios. Nesse momento, as secretarias estaduais e municipais tiveram seu papel limitado, sendo apenas prestadoras de serviços para o governo federal. Mesmo assim, ocorreu um processo crescente de descentralização dos serviços, através da estratégia da municipalização, voltada ainda para produção de procedimentos médicos, numa lógica assistencialista, desconsiderando a integralidade, a regionalização ou a hierarquização da rede (FAVORETO, 2002).

A NOB/93 instituiu o mecanismo de transferência automática de recursos financeiros, via fundo a fundo, ou seja, diretamente do fundo nacional de saúde para o fundo municipal de saúde, evitando o repasse direto dos recursos do governo federal para as unidades prestadoras, estimulando o processo de descentralização através de formas distintas de gestão municipal. Os municípios iniciaram o processo de gerenciamento de seu sistema municipal de saúde. Contudo, esse mecanismo ainda não garantiu avanços na regionalização e hierarquização dos serviços, nem interferiu na organização e implementação de mudanças nos sistemas locais e regionais de saúde, e menos ainda, alterou as práticas no interior do SUS (FAVORETO, 2002).

A NOB/96 reeditou as condições de gestão municipal, fortalecendo a descentralização do SUS, distinguindo a Gestão Plena da Atenção Básica da Gestão Plena do Sistema de Saúde, na primeira modalidade, o município gerencia somente sua rede básica, enquanto na segunda modalidade, o município gerencia todo o sistema de saúde local, realizando contratos, auditoria, controle e pagamento de todos os serviços executados e realizados pelo SUS no município (BODSTEIN, 2002).

Com a introdução do PAB (Piso de Atenção Básica) fixo e variável em 1998, através da portaria GM/MS nº 1882, de 18/12/97, que alterou a lógica de repasse financeiro do

governo federal para os governos municipais, houve um crescente processo de descentralização. Segundo BODSTEIN (2002, p.406) *“no final de 2000, 99% dos municípios brasileiros encontravam-se enquadrados em alguma das duas modalidades de gestão definidas...sendo que 89,50% estavam habilitados na condição plena de atenção básica”*.

“A reestruturação do papel da gerência dos serviços na promoção da integralidade, na hierarquização das intervenções e na conformação de redes assistenciais – baseados numa lógica sanitária e epidemiológica e considerando as dimensões sócio-culturais das demandas da clientela – constituiu-se na principal argumentação e motivação para justificar as propostas organizacionais feitas na NOB/96” (FAVORETO, 2002).

A implementação da NOB/96, segundo FAVORETO (2002, p.18), apontou para mudanças técnicas e operacionais do SUS através:

- da gestão descentralizada;
- da integralização das ações;
- do financiamento da atenção básica (através do PAB) visando universalizar o acesso;
- do estímulo a estruturação e ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), visando reorientar o modelo assistencial vigente;
- do envolvimento dos órgãos formadores de recursos humanos para adequação e formação de profissionais à nova proposta de modelo assistencial.

Para a consolidação da atenção básica no SUS alguns desafios tem sido colocados em relação à descentralização, ao controle social, aos recursos financeiros finitos e à ausência de recursos humanos capacitados (BODSTEIN, 2002).

“...enormes desigualdades sociais, intenso processo de urbanização a partir das últimas décadas e a limitação dos recursos, onde as necessidades e demandas crescem e se tornam bastante complexas rapidamente, tendendo ao que parece ultrapassar a capacidade de resposta das políticas públicas e dos sistemas de saúde” (BODSTEIN, 2002).

Em 2001, foi publicada a NOAS 01/2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde) apontando três grupos prioritários de estratégias, que de forma articulada devem contribuir com a organização dos sistemas de saúde: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, o fortalecimento da capacidade gestora do SUS consolidando o caráter público da gestão do sistema, e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002a).

A NOAS 01/2001 ampliou a proposta de atenção básica, definindo para todos os municípios, as responsabilidades e estratégias mínimas a serem desenvolvidas, tais como: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial e do diabetes melittus, ações de saúde bucal, de saúde da criança e de saúde da mulher (BRASIL, 2002a).

A estratégia de regionalização é orientada pela NOAS 01/2001, buscando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, assim, promovendo a reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2002a).

O Programa Saúde da Família (PSF) tem sido colocado pelo governo federal como estratégico para a reorganização da atenção básica, sendo favorecido pela implantação da NOAS 01/2001, ao garantir-se a redefinições de referências, fortalecendo a hierarquização e regionalização do SUS.

Nesse contexto, o PSF, ao ser colocado como uma estratégia de mudança de modelo assistencial, tem provocando algumas discussões como veremos a seguir.

1.2 O PSF como estratégia de reorganização da atenção básica à saúde

Em 1991, tem início no Brasil, o Prograa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como transição para o PSF (SOUSA, 2000).

O PSF iniciou-se no país em 1994, tendo como um de seus objetivos ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), construindo uma parceria de trabalho na qual um programa interagiria com o outro, facilitando e complementando sua atuação.

O PSF é uma estratégia do MS, *“que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”*, cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais (BRASIL, 2000a).

Através do PSF o MS pretende priorizar a atenção básica, reorganizando-a e revertendo a forma atual de prestação de assistência à saúde. Ainda é predominante no país o modelo assistencial caracterizado *“pela prática hospitalocêntrica”* e individualizada, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolutividade, gerando alto grau de insatisfação para todos os participantes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (BRASIL, 2000b).

Desta forma, propõe-se uma mudança no paradigma da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção à saúde (BRASIL, 2000b).

“O modelo de atenção preconizado pelo Programa Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais e níveis de desenvolvimento socioeconômico diferentes, como, por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos” (BRASIL, 2000b).

BRAVO e VEJA (1998), em seu artigo sobre o trabalho desenvolvido por treze anos em Cuba pelo programa Médico e Enfermeira da Família, destacam algumas conquistas significativas, por exemplo, a cobertura populacional de 95% em 1995, média de 12 consultas de pré-natal, com 90% das gestantes iniciando seu pré-natal no primeiro trimestre da gravidez

e a redução da mortalidade infantil. Estes indicadores colocaram Cuba entre os primeiros vinte países do mundo, com a mais baixa taxa de mortalidade infantil no ano de 1996. Os autores relatam ainda que este programa de atenção básica à saúde, se efetivamente colocado em prática em outros países, contribuirá para melhorar os seus indicadores de saúde.

Apesar do PSF ser considerado estratégico para a mudança do modelo assistencial, tem predominado em sua implantação uma preocupação com a extensão de cobertura assistencial, caracterizada por ações focalizadoras, introduzindo uma medicina simplificada e dirigida às regiões e grupos sociais em situação de exclusão social. Estes fatores limitam a evolução do PSF como estratégia substitutiva do modelo assistencial (AGUIAR, 1998; VIANA e DAL POZ, 1998; FAVORETO, 2002).

FRANCO e MERHY (2002) argumentam que o PSF tem sido visto, em sua maior parte, como experimentações nada inovadoras e como um projeto do governo federal de Fernando Henrique Cardoso, confirmando a dicotomia apontada por RIZZOTTO (2000) entre prevenção x cura, atenção primária x atenção terciária, e, simplificação x sofisticação.

No PSF (BRASIL, 2000a), as equipes de saúde da família (ESF) são *“minimamente compostas por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde”*, abrangendo em sua área de atuação no máximo 4500 pessoas, sendo possível a incorporação de outros profissionais, de acordo com as possibilidades e necessidades locais..

“Cada equipe deve ser capaz de:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;*
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta;*
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença;*
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência*

- ambulatorial ou hospitalar;*
- *desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados”(BRASIL, 2000a).*

O PSF, para atingir seus objetivos, demanda uma nova concepção de trabalho, baseada na interdisciplinaridade e na comunicação entre seus componentes, permitindo maior diversidade de ações e a constante busca do consenso da equipe (BRASIL, 2000b).

“O simples confronto dos profissionais com novos cenários de atuação ou com a maior proximidade com as realidades sociais” não é suficiente para transformar a prática dos profissionais, segundo FAVORETO (2002, p.110):

“São necessárias reflexões e atitudes que incorporem outros saberes e novos atores que transcendem o saber anátomo-clínico e epidemiológico – como os das ciências sociais, da pedagogia, da psicologia e da psicossomática – para uma compreensão mais crítica e ampliada da dinâmica social, cultural e política, evidenciada no cotidiano das comunidades”.

Para se conseguir esse profissional com esse novo perfil, o MS tem investido na formação de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família, com o objetivo de articular prática e ensino, estimulando reformas curriculares e a implantação de cursos de pós-graduação com vistas a esta nova realidade nacional e ao mercado de trabalho em expansão.

O PSF recebe incentivo financeiro diferenciado de acordo com a portaria 1329 de 12/11/1999, que estabelece valores diferenciados aos municípios de acordo com a faixa de cobertura populacional, variando de 28 a 47 mil reais. Assim, quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior o incentivo financeiro por equipe/ano (BRASIL, 2000b).

“No entanto, essas medidas de incentivo financeiro ainda não tinham sido suficientes para a ampliação do Programa Saúde da Família nas grandes cidades, no final de 2000. Em parte porque, nestas áreas, os investimentos em recursos financeiros, humanos e materiais para introduzir o PSF ou ampliar sua cobertura e, por conseguinte, atingir maiores valores de incentivo, são muito elevados” (FAVORETO, 2002, p.34).

Segundo dados do MS, em novembro de 2002, existiam no país 15867 equipes de saúde da família, abrangendo aproximadamente 52 milhões de brasileiros. Era meta do MS atingir 69 milhões de brasileiros até o final de 2002, o que representaria metade da população brasileira (BRASIL, 2002b).

O PSF é hoje consenso nas propostas de governo dos mais diferentes partidos políticos, como mostraram as campanhas eleitorais municipais do ano 2000, *“como ação prioritária para a expansão dos serviços municipais do setor saúde”* (ANTUNES e EGRY, 2001). Fato também observado nas campanhas eleitorais para o governo federal e para os governos estaduais em 2002.

Por concordarmos com AGUIAR (1998) quando diz que de fato existem as possibilidades de que a Saúde da Família torne-se um novo paradigma e que construir um novo modelo assistencial com a população é um objetivo a longo prazo, iniciamos este estudo de análise do PSF em Campinas, com vistas a colaborar com a discussão deste modelo assistencial em grandes cidades.

1.3 A Enfermagem no PSF

Ao estudar o PSF em Campinas nos aproximamos do modelo assistencial em disputa, facilitando a percepção do processo de trabalho instalado. Assim, também estudaremos como tem se constituído o trabalho da enfermagem no PSF.

A história da saúde e da sociedade no Brasil reflete-se na constituição da enfermagem brasileira, como relatou GERMANO (1983) *“a enfermagem no Brasil vem percorrendo, ao longo dos anos, uma trajetória pontilhada de dificuldades, refletindo, em cada momento, o contexto histórico específico da sociedade brasileira”*.

A enfermagem brasileira expandiu-se entre os anos 60 e 80, concentrando-se nos hospitais, mantendo e fortalecendo a divisão técnica do trabalho da enfermagem. As enfermeiras “diplomadas” gerenciavam as equipes de práticos, tanto no serviço público quanto no privado. Historicamente, a divisão do trabalho da enfermagem tem origem na Inglaterra vitoriana com Florence Nightingale e o início da enfermagem moderna (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

A enfermagem tem se caracterizado por um saber e um fazer claramente vinculado ao trabalho médico sendo parte do trabalho coletivo em saúde. Sua característica marcante dentre os trabalhos que compõem o trabalho coletivo em saúde é a divisão do trabalho intelectual e o trabalho manual (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

Como todos os trabalhos desde o início do capitalismo, a enfermagem sofreu influências, transformando suas ações de acordo com o modo de produção, a cultura e a sociedade da época. No começo da enfermagem moderna, preocupava-se com o doente, reconhecendo-o como uma alma que precisava ser amparada até que se recuperasse. Nas últimas décadas, passou a reconhecer e a assistir o homem como uma força de trabalho, permeado pelo interesse no lucro que o mesmo produz. Assim, a ação da enfermagem voltou-se para recuperar este trabalhador, esta força produtiva (PIRES, 1998).

A tecnologia que faz parte do trabalho em saúde visa não somente a garantia da recuperação do homem, mas também do lucro dos hospitais e das indústrias farmacêuticas ou de equipamentos hospitalares (PIRES, 1998).

Ao considerar a enfermagem enquanto trabalho, estamos caracterizando-a como uma prática social que se relaciona com outros trabalhos na saúde, completando-os, em resposta às demandas sociais, em um contexto histórico e social. Este recorte da enfermagem como trabalho iniciou-se nos anos 80 e tem uma produção científica significativa com algumas

referências clássicas como GERMANO (1983), ALMEIDA e ROCHA (1989) e PIRES (1989), entre outros.

Alguns estudos consideram a enfermagem como profissão com funções, saberes e núcleo de competência definido (ALMEIDA e ROCHA, 1997). Neste estudo, distanciamos deste referencial, a enfermagem como profissão, sem desconsiderar sua importância e relevância para a enfermagem como um todo, e optamos pelo referencial que considera a enfermagem enquanto trabalho.

ALMEIDA e ROCHA (1997, p.24) ressaltam que, ao optar pela enfermagem enquanto trabalho, parte do trabalho coletivo em saúde, *“compreende-se as práticas em saúde articuladas ao modo de produção, às políticas sociais, parte de um processo de trabalho histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais”*.

O trabalho é entendido então *“como um processo dinâmico, que se articula com os outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais”* (ALMEIDA, 1991, p.27).

A enfermagem, como todos os trabalhos humanos, também foi e tem sido influenciada pelas inovações tecnológicas, o que tem favorecido sua especialização, fragmentando seu saber. Isto tem feito com que a enfermagem se distanciasse do seu objeto de trabalho, o homem, tanto ao nível da assistência individual quanto ao nível da assistência coletiva. Fragmentando seu saber a enfermagem perdeu a noção do todo, do ser humano integral, inserido numa família, numa comunidade (PIRES, 1998).

“...o desenvolvimento das disciplinas das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão do trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber não só produzindo o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira” (MORIN, 2001, p.15).

No trabalho em equipe proposto pelo PSF, tanto a enfermagem como os outros trabalhos têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo.

Segundo PIRES (1998), o trabalho na saúde é coletivo pela assistência prestada ser parcelada em diversas atividades e exercida por vários profissionais da saúde.

A proposta do MS para o PSF, citado anteriormente, propõe o trabalho em equipe multiprofissional, baseado na interdisciplinaridade, permitindo uma diversidade maior de ações, propiciando uma nova concepção de trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional é conceituado por PEDUZZI (2001) como *“uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”*, sendo a comunicação, o meio de articular as ações e facilitar a cooperação na equipe.

A construção de um trabalho em equipe que propicie uma nova concepção de trabalho pressupõe a recomposição de diferentes processos de trabalho que favoreça a flexibilização do trabalho, como aponta PEDUZZI (2000), preservando as diferenças técnicas entre os trabalhos realizados, discutindo a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e agentes, bem como nos processos decisórios nos serviços prestados à população e considerando a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica. Assim,

“tal construção ocorre a medida em que os profissionais tomem a comunicação entre eles como dimensão intrínseca ao trabalho, considerando efetivamente a prática dos demais como interdependente e complementar a sua e a negociação como via de acesso a um projeto comum de trabalho” (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000, p. 145).

A enfermagem no PSF para construir um trabalho em equipe em uma nova concepção do processo de trabalho, necessariamente enfrenta dois pontos, um “interno”, visto que já se constitui em um trabalho em equipe pela própria divisão do trabalho, e outro “externo” como parte de um trabalho coletivo.

As relações que se estabelecem na divisão do trabalho da enfermagem precisam como disseram as autoras anteriores, serem negociadas através de uma comunicação entre os sujeitos, possibilitando que se construa um projeto em comum para a enfermagem, definindo a finalidade deste trabalho, entendendo que as atividades dos trabalhadores da enfermagem são complementares e interdependentes.

Assim, poderemos interagir junto com outros trabalhos, rompendo a lógica do modelo tradicional hospitalocêntrico e médico-centrado, participando da construção de um novo modelo assistencial e recuperando a visão da totalidade do trabalho em saúde.

O trabalho desenvolvido pela enfermagem no PSF é recente, constituindo-se em tema cuja produção científica ainda é limitada. Ao analisarmos a enfermagem no PSF em Campinas, estamos contribuindo para a discussão deste trabalho desenvolvido por milhares de enfermeiras e auxiliares de enfermagem no país.

Em Campinas, este trabalho iniciou-se em 1996 de forma irrisória, constituindo-se a partir de 1998, em uma atuação diversificada com a implantação de três ESF, que desenvolveram suas ações de acordo com a estrutura física e os recursos humanos que dispunham (CAMPINAS, 2001a).

As equipes de enfermagem das primeiras ESF desenvolveram atividades variadas, enfrentando dificuldades e facilidades próprias à realidade em que estavam envolvidas. De 1998 a 2000, construíram seu trabalho com as comunidades em que atuavam, sendo as únicas ESF em uma rede básica de saúde constituída por centros de saúde (CAMPINAS, 2001a).

A partir de 2001, foi implantado em Campinas o projeto Paidéia/PSF, visando uma mudança do modelo assistencial, sendo implantado novas ESF (CAMPINAS, 2001b).

Entendendo a enfermagem como trabalho, como uma prática social inserida em um trabalho coletivo em saúde, de uma equipe em um contexto histórico, pretendemos neste estudo analisar o trabalho da enfermagem no PSF.

Entendemos que no PSF o objeto de trabalho da enfermagem é o homem inserido em um contexto histórico-social, assim nos aproximando das questões norteadoras deste estudo:

- A Enfermagem no PSF se identifica como um trabalho centrado na família e na comunidade?
- O processo de trabalho no PSF permite à enfermagem identificar seu trabalho e assim caracterizar seu objeto de trabalho na saúde coletiva?

Consideramos assim que a enfermagem no PSF ao trabalhar com o homem inserido em uma família, em uma comunidade, pode participar ativamente da construção de um novo modelo assistencial, facilitando a recuperação da totalidade do trabalho em saúde.

1.4 Objetivos:

Definimos como nossos objetivos gerais:

- Analisar o Programa Saúde da Família em Campinas no período de 1995 a 2002,
- Analisar o trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família no município de Campinas no período de 1998 a 2002.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar os profissionais de saúde que atuaram na equipe de saúde da família;
- Descrever as atividades, as dificuldades e as facilidades no trabalho desenvolvido, destacando aquele desenvolvido pela enfermagem.

CAPÍTULO 2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

*“_Adianta querer saber muita coisa?
O senhor sabia, lá para cima _ me disseram.
Mas, de repente chegou neste sertão,
viu tudo diverso diferente, o que nunca tinha visto.
Sabença aprendida não adiantou para nada...
Serviu algum?”*

Guimarães Rosa

Este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, por considerarmos nosso *“sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”* (MINAYO, 2000, p.22).

Neste estudo qualitativo tentaremos compreender o PSF na perspectiva dos trabalhadores de saúde, considerando o contexto social em que estavam e estão envolvidos.

A natureza do estudo é descritiva, por pretendermos descrever os fatos de determinada realidade (LEOPARDI, 2001). Descrever o PSF em Campinas possibilita analisarmos o trabalho desenvolvido, principalmente da enfermagem, entendendo seus determinantes e as relações sociais construídas e em construção.

3.1 Campinas – o cenário do estudo

Este estudo se realizou no município de Campinas, um município no interior do estado de São Paulo, com 970 mil habitantes (IBGE, 2000).

Campinas integra junto com 38 municípios a DIR XII (Divisão Regional), segundo a divisão político-administrativa da Secretaria de Estado de Saúde, totalizando dois milhões de habitantes.

Campinas, assim como as prefeituras de alguns municípios como Londrina, Niterói e Montes Claros, ao final da década de 70, iniciaram a estruturação de seus serviços de saúde com recursos próprios (SILVA et al., 2001).

Estruturou-se uma rede de postos comunitários de saúde na periferia dessas cidades, com ações dirigidas às pessoas, ao meio e à constituição de informações estatísticas, demográficas e de produção de serviços. Inicialmente era desenvolvido o programa de saúde materno-infantil, mas outros atendimentos a crônicos e grupos de risco foram gradativamente sendo implantados, como saúde mental, saúde bucal, vacinação e controle de hipertensão arterial (SILVA et al, 2001).

Nesses postos, atuavam médicos e auxiliares de saúde, estes últimos eram recrutados na comunidade, sem exigência de formação específica em saúde e recebiam treinamento em serviço. No ano de 1978, Campinas, já contava com uma rede de 20 postos de saúde (NASCIMENTO, 2002).

Na primeira metade da década de 80, Campinas contava com uma rede de 31 centros de saúde.

No final dos anos 80 e início dos 90, várias atividades dos centros de saúde estaduais passaram a ser realizadas pelas unidades municipais, como vigilância epidemiológica e programa de vacinação. Naquele momento, existiam 38 centros de saúde municipais que realizavam atendimentos nas áreas programáticas da criança, mulher e adulto, além de visitas domiciliárias e grupos educativos (SILVA et al, 2001).

Hoje, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas é gestora plena do sistema local de saúde desde 1998, o que segundo a NOB/96 significa gerenciar todo o sistema de saúde municipal, composto por:

- 45 unidades básicas de saúde (centros de saúde),
- cinco módulos de saúde da família,
- sete centros de referência,
- três ambulatórios de especialidades,
- 13 equipamentos de saúde mental,

- dois hospitais universitários,
- um hospital municipal (autarquia),
- quatro hospitais privados (Filantrópicos e lucrativos),
- uma maternidade filantrópica conveniada,
- quatro unidades conveniadas de atendimento especializado (sem fins lucrativos),
- três unidades de pronto-atendimento,
- e, um serviço de atendimento de emergência pré-hospitalar (SAMU) (CAMPINAS, 2002).

O sistema de saúde de Campinas é dividido em cinco distritos de saúde, o Distrito de Saúde Sul, o Sudoeste, o Norte, o Noroeste e o Leste. Cada distrito de saúde é responsável por uma região da cidade, abrangendo os equipamentos de saúde de sua área geográfica, sendo uma instância administrativa e deliberativa dentro de suas competências. Em um distrito de saúde variam o número de centros de saúde.

O centro de saúde (CS) é uma unidade básica de saúde que atende a um número variado de bairros e de população em sua área de abrangência, com um número variável de equipes de saúde da família de acordo com sua área de cobertura.

O módulo de saúde da família é um local onde atuam uma equipe de saúde da família, com estrutura física variável, geralmente são casas adaptadas, alugadas ou cedidas pela comunidade, que permitam desenvolver os atendimentos de uma unidade básica de saúde como consultas médicas e de enfermagem individuais, além dos procedimentos como curativos, inalacões, administração e distribuição de medicamentos, vacinação, entre outros. Dependendo do espaço físico do local, as atividades em grupo são realizadas no módulo ou em um local próximo na comunidade.

A equipe do módulo de saúde da família é gerenciada pelo coordenador do CS, atuando em uma micro-área da área de abrangência do CS.

A rede básica de saúde de Campinas é composta por unidades básicas de saúde que podem ser centros de saúde ou módulos de saúde da família. No início da implantação do PSF no município de 1998 a 2000 atuaram três ESF em módulos de saúde da família, a partir de 2001 com a implantação do projeto Paidéia/PSF, outros módulos de saúde da família foram implantados.

3.2 Definindo os sujeitos do estudo

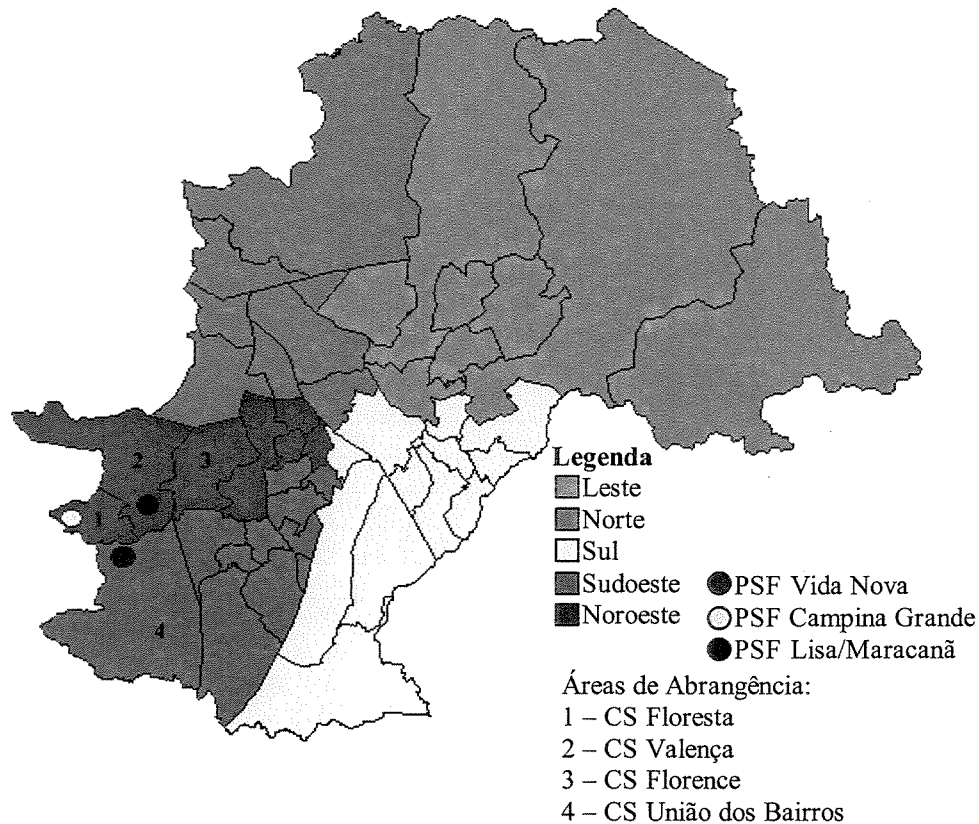
Neste estudo trabalhamos com os trabalhadores de saúde da família das três primeiras ESF, Campina Grande, Lisa/Maracanã e Vida Nova, que atuaram em Campinas no período de 1998 a 2000, por entendermos que esses sujeitos foram fundamentais para analisarmos tanto a implantação do PSF como o trabalho da enfermagem.

Os sujeitos que participaram deste estudo foram selecionados através de dois critérios: - terem atuado nas ESF, ou coordenado, ou supervisionado as equipes no período de 1998 a 2000; e, - estarem atuando na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, no momento da coleta de dados.

Selecionamos e entrevistamos dez trabalhadores de saúde. Destacamos que atualmente os trabalhadores entrevistados estão atuando em variados locais na rede básica de saúde, alguns ocupando cargos diferentes do período delimitado para este estudo.

Como dissemos anteriormente a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas está dividida em cinco distritos de saúde: leste, noroeste, norte, sudoeste e sul. No distrito de saúde Noroeste estão os módulos de saúde da família Campina Grande e Lisa/Maracanã, e no distrito de saúde Sudoeste localizava-se o módulo Vida Nova, desativado no final de 2000 e atualmente incorporado pelo CS União dos Bairros. A Figura 1 a seguir, mostra a divisão dos distritos de saúde e a localização dos módulos de saúde da família.

FIGURA 1 – Mapa da divisão dos distritos de Saúde de Campinas



O PSF Lisa/Maracanã pertence à área do CS Valença, o PSF Campina Grande pertence ao CS Floresta, e o PSF Vida Nova pertence à área de abrangência do CS Vista Alegre, atualmente existe o CS União dos Bairros que incorporou a ESF do Vida Nova.

3.3 A coleta de dados e os instrumentos utilizados

Este estudo apresenta dois momentos de coleta de dados, a busca e análise de documentos e a realização das entrevistas.

Coletamos e analisamos, nos meses de junho e julho de 2002, os seguintes documentos disponibilizados pelas equipes de saúde da família do Campina Grande, Lisa/Maracanã e Vida Nova, CS Floresta e CS Valença, tais como: relatórios dos distritos de

saúde sobre o PSF, atas de reuniões de equipe do CS Floresta, CS Valença, PSF Campina Grande, PSF Lisa/Maracanã e PSF Vida Nova, e das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, além de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS), discriminados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Documentos Analisados (Listados em ordem cronológica)

DOCUMENTOS	ANO	FONTES
Livro Ata das Reuniões do Conselho Local de Saúde do CS Floresta	1993 a 2000	CS Floresta
Livro Ata das Reuniões do Conselho Local de Saúde do CS Valença	1995 a 1997	CS Valença
Livro de Relatórios da Equipe do PSF Vida Nova	1997 a 1999	CS União dos Bairros
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 02/12/1998	1998	PSF Lisa/Maracanã
Livro Ata das Reuniões de Equipe do PSF Campina Grande	1998 a 2002	PSF Campina Grande
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 27/01/1999	1999	PSF Lisa/Maracanã
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 23/08/2000	2000	PSF Lisa/Maracanã
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 28/06/2000	2000	PSF Lisa/Maracanã
Livro Ata das Reuniões de Equipe do PSF Lisa/Maracanã	2000 a 2001	PSF Lisa/Maracanã
Livro de Registro de Visitas Domiciliares da Equipe do PSF Vida Nova	2000 a 2001	CS União dos Bairros
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 28/03/2001	2001	PSF Lisa/Maracanã
Memória Projeto Campo Grande e Implantação do PSF na região Noroeste	2001	PSF Campina Grande
Projeto Paidéia/Programa Saúde da Família	2001	SMS

Durante a análise dos documentos, optamos por não referenciar os mesmos, a construção da história de implantação do PSF em Campinas baseou-se em documentos que são atas das reuniões de equipes, relatórios das equipes e da supervisão, que são de acesso restrito e não estão disponibilizados em um único local.

No segundo momento, realizamos entrevistas semi-estruturadas individuais com os sujeitos do estudo, utilizando como recurso um roteiro estabelecido (Anexo 1) e um gravador. Para cada entrevistado foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Segundo LEOPARDI (2001, p.202) *“a entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante, e pode ser construída de diferentes maneiras, porém sempre vista como um encontro social”*. Tem três características: a intersubjetividade, a intuição e a imaginação.

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de dados é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as

saúde sobre o PSF, atas de reuniões de equipe do CS Floresta, CS Valença, PSF Campina Grande, PSF Lisa/Maracanã e PSF Vida Nova, e das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, além de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS), discriminados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Documentos Analisados (Listados em ordem cronológica)

DOCUMENTOS	ANO	FONTES
Livro Ata das Reuniões do Conselho Local de Saúde do CS Floresta	1993 a 2000	CS Floresta
Livro Ata das Reuniões do Conselho Local de Saúde do CS Valença	1995 a 1997	CS Valença
Livro de Relatórios da Equipe do PSF Vida Nova	1997 a 1999	CS União dos Bairros
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 02/12/1998	1998	PSF Lisa/Maracanã
Livro Ata das Reuniões de Equipe do PSF Campina Grande	1998 a 2002	PSF Campina Grande
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 27/01/1999	1999	PSF Lisa/Maracanã
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 23/08/2000	2000	PSF Lisa/Maracanã
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 28/06/2000	2000	PSF Lisa/Maracanã
Livro Ata das Reuniões de Equipe do PSF Lisa/Maracanã	2000 a 2001	PSF Lisa/Maracanã
Livro de Registro de Visitas Domiciliares da Equipe do PSF Vida Nova	2000 a 2001	CS União dos Bairros
Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de 28/03/2001	2001	PSF Lisa/Maracanã
Memória Projeto Campo Grande e Implantação do PSF na região Noroeste	2001	PSF Campina Grande
Projeto Paidéia/Programa Saúde da Família	2001	SMS

Durante a análise dos documentos, optamos por não referenciar os mesmos, a construção da história de implantação do PSF em Campinas baseou-se em documentos que são atas das reuniões de equipes, relatórios das equipes e da supervisão, que são de acesso restrito e não estão disponibilizados em um único local.

No segundo momento, realizamos entrevistas semi-estruturadas individuais com os sujeitos do estudo, utilizando como recurso um roteiro estabelecido (Anexo 1) e um gravador. Para cada entrevistado foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Segundo LEOPARDI (2001, p.202) *“a entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante, e pode ser construída de diferentes maneiras, porém sempre vista como um encontro social”*. Tem três características: a intersubjetividade, a intuição e a imaginação.

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de dados é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as

representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (MINAYO, 2000, p.109).

Ao optarmos por este instrumento de coleta de dados estamos entendendo a palavra como símbolo de comunicação, e considerando a vivência e a experiência dos entrevistados, os atores sociais, como fonte importante de dados.

Realizamos o pré-teste entre os meses de julho e agosto de 2002, para definirmos um roteiro para a entrevista, possibilitando adequar o instrumento ao propósito deste estudo e também capacitar a entrevistadora/pesquisadora. Sendo a pesquisadora, trabalhadora de uma ESF e fazendo parte do processo de implantação do PSF em Campinas, o pré-teste foi uma etapa decisiva deste estudo para o treinamento na técnica de coleta de dados que viabilizaram maior fidedignidade, diminuição da interferência nas respostas e a realização fiel do roteiro da entrevista, garantindo maior veracidade dos dados coletados.

As entrevistas foram realizadas e transcritas durante o final do mês de setembro a novembro de 2002, lembramos que os sujeitos do estudo constituíram-se dos trabalhadores das ESF, dos respectivos coordenadores e supervisores destas ESF que atuaram no período de 1998 a 2000 e ainda atuavam no momento da entrevista na rede básica de saúde de Campinas, o que totalizou dez trabalhadores.

Agendamos previamente por telefone as entrevistas, realizando-as no local mais apropriado para os entrevistados, algumas foram nos locais de trabalho, outras nos locais de estudo ou nas residências dos entrevistados. A disponibilidade e a aceitação dos entrevistados com este estudo foi uma característica marcante que facilitou a coleta de dados, tanto na pesquisa documental como na realização das entrevistas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no mês de maio de 2002, parecer nº 214/2002, em conformidade com

a Resolução CNS 196/96. Como também autorizado pelo atual secretário de saúde de Campinas, ofício nº 437/02/SMS/Gabinete.

3.4 Analisando os dados

Os documentos foram lidos e relidos, aproximando-nos da história de implantação do PSF. Cronologicamente os dados coletados dos documentos foram descritos, sendo completados pelas falas dos entrevistados.

Para a análise das entrevistas optamos pela Análise Temática, que “*consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido*” (BARDIN, 1994, p.105).

Segundo MINAYO (2000), a análise temática operacionaliza-se em três etapas:

- **a pré-análise:** onde escolhemos os documentos a serem analisados; retomamos as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; e elaboramos indicadores que orientam a interpretação final. Esta etapa pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a *leitura flutuante*, quando tomamos contato exaustivo com o material, impregnando-nos com seu conteúdo, tornando a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial; a *constituição do corpus* que consiste na organização do material de forma que possa responder a algumas normas de validade como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a *formulação de hipóteses e objetivos*, prevê que possam surgir novas hipóteses além das iniciais, a partir dos procedimentos exploratórios. Nesta etapa determinam-se as unidades de registro, de contexto, os

recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

- **a exploração do material:** quando operamos a codificação, primeiro, com as unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, a seguir escolhemos as regras de contagem e realizamos a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.
- **O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação:** quando a partir dos resultados brutos fazem-se inferências, interpretações com base no quadro teórico previsto ou sugerido pela leitura do material.

Para facilitar a exploração do material marcamos cada um com cores diferentes e identificamos cada cor com seu nome fictício, na nossa opção, nomes de árvores frutíferas como abacateiro, amoreira, cajueiro, caramboleira, goiabeira, jabuticabeira, jaqueira, laranjeira, macieira e mangueira.

Escolhemos esses nomes de árvores frutíferas para homenagear esses trabalhadores, fazendo uma metáfora com o pensamento que diz *“bons pais dão a seus filhos raízes e asas, raízes para que saibam onde é seu lugar, e asas para partir voando e exercitar o que lhes foi ensinado”* (autor desconhecido), na nossa interpretação as árvores frutíferas tem raízes, para esses trabalhadores saberem quem são e onde estão, sujeitos dessa história, e os frutos, são suas asas, para relacionarem-se com sua clientela e gerarem outros sujeitos dessa e de outras histórias.

Por serem sujeitos comprometidos com sua prática, os nomes das árvores só poderiam ser de árvores de médio ou grande porte, “grandes” como esses trabalhadores, cujas raízes são “profundas” e seus frutos “fecundos”.

Durante a análise temática identificamos alguns núcleos de sentido como: PSF, Paidéia/PSF, cadastro, agentes comunitários de saúde, trabalhador de saúde, metas/avaliação, diferenças do trabalho no PSF, trabalho da enfermagem, trabalho em equipe/fragmentação do trabalho e dificuldades do trabalho da enfermagem.

A partir desses núcleos, fizemos inúmeras aproximações e re-articulações, identificando três grandes temas: historiando a implantação do PSF em Campinas, construindo um novo modelo de atenção à saúde e reordenando o processo de trabalho, que discutiremos no capítulo seguinte.

3.5 Caracterizando os entrevistados

Consideramos importante caracterizar os sujeitos do estudo, para compreendermos quem são esses trabalhadores de saúde.

Nossa população constituiu-se por nove mulheres e um homem, que tinham as seguintes profissões: seis enfermeiras, três auxiliares de enfermagem e um médico. No período de 1998 a 2000, não existiam em Campinas os agentes comunitários de saúde.

No período inicialmente definido para este estudo (1998 a 2000), ocupavam os seguintes cargos: três eram auxiliares de enfermagem, três enfermeiras, um médico-generalista, duas coordenadoras e uma supervisora. Não iremos relacionar os cargos no período com os cargos atuais para garantir o direito ao sigilo dos entrevistados.

Em relação à faixa etária, observamos que a metade, cinco, tinha entre 30 a 39 anos (Tabela 1). Resultado parecido com o encontrado por MACHADO (2000) no estudo sobre o perfil dos médicos e enfermeiros no PSF no Brasil, onde 66% dos médicos e 58% dos enfermeiros tinham entre 30 a 49 anos.

Tabela 1 – Entrevistados segundo a faixa etária – Campinas - 2002

FAIXA ETÁRIA	FREQ. ABSOLUTA
Até 29 anos	1
30 a 39 anos	5
40 a 49 anos	2
50 a 59 anos	2
TOTAL	10

Quanto ao tempo de formados (Tabela 2), a maioria, seis, tem entre 5 a 14 anos de formado, contrastando com duas, com respectivamente 27 e 33 anos de formadas. Segundo MACHADO et al. (1997), esta faixa de 5 a 14 anos é o momento de afirmação profissional. MACHADO (2000) encontrou este dado no perfil dos médicos enquanto das enfermeiras a maioria tinha até quatro anos de formada.

Tabela 2 – Entrevistados segundo o tempo de formados – Campinas - 2002

TEMPO DE FORMAÇÃO	FREQ. ABSOLUTA
5 a 14 anos	6
15 a 24 anos	2
25 a 34 anos	2
TOTAL	10

Em relação ao tipo de instituição do curso de formação, metade realizou em instituição pública e a outra metade em instituição privada, destes três eram auxiliares de enfermagem. Quanto a localização da instituição, sete, eram no estado de São Paulo, uma no estado do Rio de Janeiro, uma em Minas Gerais e outra no Ceará.

Na área da saúde, atuam a maioria, seis, entre seis a dez anos, contrastando com um entre 16 a 20 anos e um entre 26 a 30 anos (Tabela 3).

Na saúde pública, oito já trabalham entre 6 a 10 anos, um há 15 anos, um há 26 anos, o que reflete uma população com experiência na área (Tabela 3). Relacionando o tempo de atuação na área da saúde com o tempo de atuação na saúde pública, constatamos, que os

sujeitos deste estudo tem uma experiência significativa na área da saúde e marcante na área de saúde pública, considerando que o SUS tem apenas treze anos de implantação.

Tabela 3 – Entrevistados segundo o tempo de atuação na área da saúde e na área de saúde pública – Campinas - 2002

ANOS	TEMPO SAÚDE	TEMPO SAÚDE PÚBLICA
6 a 10 anos	6	8
11 a 15 anos	2	1
16 a 20 anos	1	0
21 a 25 anos	0	0
26 a 30 anos	1	1
TOTAL	10	10

Em relação ao tempo que atuam no PSF (Tabela 4), só um tem menos de dois anos de experiência; a maioria, seis, tem mais de quatro anos de experiência. Consideramos como tempo de atuação no PSF, o período que atuou entre 1998 a 2000, e depois disso até o momento da entrevista. O resultado é diferente do encontrado no estudo de TEIXEIRA (2002) no qual 56% das enfermeiras tinham menos de um ano de experiência, e, do estudo de MACHADO (2000), em que 44% dos enfermeiros e 43% dos médicos tinham menos de 1 ano de atuação no programa.

Podemos notar que o tempo de atuação desses trabalhadores no PSF condiz com a história de implantação do programa no município de Campinas, que discutiremos no próximo capítulo.

Tabcla 4 – Entrevistados segundo o tempo de experiência no PSF – Campinas – 2002

TEMPO NO PSF	FREQ. ABSOLUTA
Menos de 2 anos	1
2 a 3 anos	2
3 a 4 anos	1
Mais de 4 anos	6
TOTAL	10

Em relação à capacitação em saúde da família, só um refere já ter completado a capacitação em saúde da família em 1999, em um curso promovido pela DIR XII, enquanto os outros, oito, estão em formação atualmente pela SMS de Campinas. Destacamos que um entrevistado mesmo não tendo formação específica na saúde da família, participa da capacitação na área como docente.

Dos seis enfermeiros entrevistados, cinco tem alguma formação em pós-graduação, sendo dois em habilitação, quatro em especialização, sendo que três tem dois cursos de especialização e um em mestrado em andamento. Os cursos de pós-graduação realizados são: habilitação em médico-cirúrgica e em materno-infantil; especialização em saúde pública, fitoterapia, materno-infantil, saúde da mulher e gerenciamento de unidade básica de saúde; e mestrado em enfermagem.

Estes dados permitem conhecermos os sujeitos do estudo, identificando que são trabalhadores com experiência tanto na saúde pública como na saúde da família, mas que ainda não tiveram formação específica. Aprenderam com a experiência, com a prática, o que é trabalhar na saúde da família, como veremos nos relatos a seguir.

**CAPÍTULO 3 - O PSF EM CAMPINAS E
A ENFERMAGEM**

*Nunca se pode saber de antemão
de que são capazes as pessoas,
é preciso esperar, dar tempo ao tempo,
o tempo é que manda, o tempo é o parceiro
que está a jogar do outro lado da mesa,
e tem na mão todas as cartas do baralho,
a nós compete-nos inventar os encartes com a vida.*

José Saramago

Durante a análise dos documentos e das entrevistas, três grandes temas surgiram **historiando a implantação do PSF em Campinas, construindo um novo modelo de atenção à saúde e reordenando o processo de trabalho no PSF.**

A análise documental foi enriquecida com alguns depoimentos dos entrevistados. Optamos como já dissemos anteriormente, no item 3.3, em não referenciar nesta parte do texto os documentos analisados, os quais encontram-se elencados no Quadro 1 (p. 24).

Os núcleos identificados se interrelacionam, justapondo-se e complementando-se, sendo necessário o agrupamento em grandes temas para facilitar a análise dos mesmos e tornar a apresentação dos resultados mais didática.

Durante a análise, o PSF antigo e o Paidéia/PSF serão analisados ao mesmo tempo para sermos coerentes com os nossos entrevistados, cuja própria fala tem uma linha divisória muito tênue, frugal, como nos exemplos a seguir.

“...numa equipe menor como é a equipe do PSF, eu acho que é muito melhor do que o CS, entendeu? Você ter suas áreas, porque não é fácil, né? Você ter pessoas de bairros diferentes, que nem aqui nós temos pessoas só daqui do L. e uma partezinha do M., né?” (MANGUEIRA).

”...você divide a equipe, você tem tantos, tantos fica de plantão né, tantos vai pra rua, e se tanto vai pra rua e o CS, o posto fica aberto, então não é mais o PSF, se não tem mais aquela, de sair, de conhecer paciente acamado né, já tá difícil, o dia que não tem carro, a gente acaba não indo. Diferente de um PSF, você tenha ou não o carro, você ia, o carro pra nós não era problema, não vinha, quantas vezes nós viemos a pé, quantas vezes nós íamos a pé..” (JABUTICABEIRA).

O passado e o presente se misturam nas falas, como também as emoções vivenciadas. O novo, para os entrevistados, existe porque existiu um velho, tudo na vida é processo, é construção e ao lidar com gente, devemos nos lembrar de que somos história.

4.1 Historiando a implantação do PSF em Campinas

Ao historiar a implantação do PSF em Campinas, estamos relatando fatos conhecidos, organizando e trazendo ao público outros até então desconhecidos da história de vários trabalhadores da saúde, de algumas comunidades e de parte de uma rede básica de saúde.

Para facilitar o entendimento desse construir, do processo de implantação, dividimos em três períodos essa história: o primeiro, de 1995 a 1997, caracterizado pela idéia e os debates sobre o PSF; o segundo, de 1998 a 2000, pela implantação das primeiras três equipes; e, o terceiro e último, de 2001 a 2002, da implantação enquanto diretriz municipal – o Paidéia/PSF.

4.1.1 O Período de 1995 a 1997

No primeiro semestre de 1995, iniciaram-se as discussões na busca de soluções para o problema de falta de assistência, principalmente, médica na micro-região do Campo Grande. Esta região era compreendida pelos CS Florence, Valença e Floresta, além de parte da área de abrangência do CS Ipaussurama (mapa 1, p.36).

Em julho de 1995 foi proposto um projeto denominado Projeto Campo Grande, onde se pretendia uma integração dos serviços de saúde da micro-região do Campo Grande. A principal proposta deste projeto era promover a cooperação entre as unidades de saúde

disponibilizando vagas para consultas médicas para unidades sem este profissional e estimulando a participação da comunidade.

Este projeto favoreceu a parceria entre as três unidades de saúde, principalmente através das equipes de enfermagem, mas, não solucionou o problema de assistência médica da região.

Outras estratégias foram discutidas pelos técnicos dessas unidades, do nível regional e do nível central da Secretaria de Saúde, em parceria com os técnicos da Secretaria de Ação Regional Oeste e as lideranças comunitárias locais, para a fixação dos profissionais médicos na região, tais como flexibilização dos horários de atendimento e condensação de horários. O que também não resolveu o problema da assistência médica na região.

Ainda no primeiro semestre de 1995, a coordenadora do CS Valença assumiu concomitantemente a coordenação do CS Floresta. Houve também uma queda de participação da comunidade nas reuniões dos conselhos locais de saúde do CS Floresta e CS Valença, sendo constituído um único conselho local de saúde entre as duas unidades a partir de agosto, denominado Conselho Gestor, que contava também com a participação de membros do conselho local de saúde do CS Florence.

Em novembro de 1995, na reunião do Conselho Gestor ocorrida no CS Valença, foi apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde a proposta de implantação do PSF na micro-região do Campo Grande, sendo que cada equipe de saúde da família contaria com um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem para uma população de aproximadamente 400 famílias (1500 pessoas). Esta discussão sobre a possibilidade da implantação do PSF foi vista como uma saída para a resolução dos problemas de assistência na região. A proposta foi aprovada pelo Conselho Gestor como medida emergencial e como uma possibilidade de experimentação do PSF para grandes centros urbanos.

O PSF em Campinas tinha como finalidade ampliar as atividades dos CS em regiões onde a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ocorria por falta ou falha de infra-estrutura básica, tais como transporte, asfalto e conservação das ruas de terra, além de um perfil epidemiológico das áreas.

Ao final de 1995, foi assinado um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde para implantação de 30 módulos de saúde da família no município. Iniciaram-se, assim, na micro-região do Campo Grande, as discussões para escolha dos locais dos módulos de saúde da família.

Ao início de 1996 foram definidas as seguintes áreas prioritárias para implantação dos módulos de saúde da família da micro-região do Campo Grande:

- Área do CS Valença: núcleos Lisa/Maracanã, Velho Maracanã, Valença II e Jardim Santa Rosa;
- Área do CS Floresta: Campina Grande, Itajaí 3 e 4, Floresta e residencial São Bento (início do loteamento).

Em cada local definido, foram realizadas reuniões com a comunidade para explicar a atuação do PSF.

Nesse período, começou-se a delinear o perfil dos profissionais para atuarem neste programa e iniciou-se o processo de seleção. Foram realizadas duas seleções através de um processo seletivo, uma interna na Secretaria Municipal de Saúde e outra externa, para contratação de novos profissionais de saúde.

No primeiro semestre do mesmo ano, avaliou-se a necessidade de implantar uma nova equipe no bairro Vida Nova, na região do Ouro Verde, e, para tanto, também como nas outras localidades, discutiu-se a proposta com a comunidade.

Na área do Vida Nova ocorreram algumas dificuldades para selecionar os recursos humanos, assim, a região do Campo Grande, após várias discussões, definiu que a área do

Santa Rosa poderia ser retirada do projeto. A maior dificuldade dos moradores do bairro Santa Rosa era o acesso ao serviço de saúde devido ao número reduzido de ônibus e as ruas de terra, o que estava em mudança, o bairro seria asfaltado e haveria aumento do número de ônibus em circulação. Os recursos humanos desta área foram transferidos para o Vida Nova, definiu-se em 1996, que duas equipes atuariam neste novo local.

Em agosto de 1996, seis equipes de saúde da família iniciaram suas atividades. Neste ano, o CS Floresta passou a ser uma unidade de saúde da família que inicialmente comportaria três equipes (Campina Grande, Floresta, Itajaí 3 e 4), tendo a proposta de um local para atuação na própria área para a equipe do Campina Grande.

No início da implantação do projeto, 22 profissionais de saúde desistiram do mesmo por vários motivos tais como distância das áreas, morosidade do processo de implantação, desvantagem financeira, entre outros. Foram sete enfermeiras, nove auxiliares de enfermagem e seis médicos.

“O treinamento em 1996, foi lindo e maravilhoso, mas que, quando você chegou pra prática, não tinha o apoio da instituição prefeitura pra aquilo. Então tudo era difícil! Tudo que se falava, lá não tinha! Era uma coisa meio que ilusão mesmo! Vamos fingir que estamos fazendo, foi por ai mesmo que eu voltei atrás. Que apesar dos pesares, lá no centro de saúde, ainda a instituição queria o centro de saúde, então tentava resolver. Já o PSF não, era uma coisa meio, aquele grupo ali que quer fazer que se vire!” (LARANJEIRA).

Essas dificuldades relatadas acima permeiam toda história de implantação do PSF, desde o início, tornando-se, como veremos no próximo período, importante a questão da ausência de uma diretriz municipal para o projeto.

Algumas dificuldades de infra-estrutura foram apontadas ao final de 1996 como espaço físico inadequado, falta de materiais e recursos humanos. Segue abaixo (Tabela 5) as seis equipes que existiam até o final deste ano, sendo que somente duas estavam completas, a do Itajaí 3 e 4, e a equipe do Velho Maracanã.

Tabela 5 – Composição das equipes de Saúde da Família em dezembro 1996

Equipe:	Enfermeiro	Auxiliar Enfermagem	Médico generalista
Campina Grande	0	2	0
Floresta	1	2	0
Itajaí 3 e 4	1	2	1
Lisa/Maracanã	1	2	0
Velho Maracanã	1	2	1
Vida Nova 1 e 2	0	4	0

Fonte:Relatório da Supervisão do Distrito Noroeste – SMS – Campinas.

Em 03 de dezembro de 1996, o Conselho Municipal de Saúde aprova aumento salarial somente para o profissional médico do PSF, gerando insatisfação entre as equipes de enfermagem e mobilizando-os a reivindicar o mesmo aumento.

Em 17 de dezembro de 1996, o Conselho Municipal de Saúde aprova o adicional de produtividade proporcional para os outros profissionais a partir de janeiro de 1997, desde que fossem cumpridas as seguintes metas semestrais. De janeiro a junho, o cadastro de 100 famílias novas por mês, o planejamento e a elaboração de cronograma dos cadastramentos periodicamente, apresentação mensal de relatório das visitas domiciliárias. Para o segundo semestre do mesmo ano, exigia-se além das metas acima descritas, também a análise do perfil epidemiológico das famílias cadastradas, o planejamento e a organização das atividades de acordo com o perfil epidemiológico e o monitoramento dos indicadores epidemiológicos.

A equipe de saúde da família do Lisa/Maracanã cumpriu as metas estabelecidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Campinas, mas, como todas as demais, não recebeu o adicional de produtividade, gerando insatisfação nos profissionais.

Em 1997, a região oeste de Campinas foi dividida em dois distritos de saúde, a noroeste e a sudoeste. Assim, as equipes de saúde da família do Campina Grande, Floresta, Itajaí 3 e 4, Lisa/Maracanã e Velho Maracanã, ficaram subordinados ao distrito de saúde noroeste, e as equipes do Vida Nova 1 e 2 ao distrito de saúde sudoeste, conforme a organização já apontada na página 23.

No início de 1997, o PSF na região noroeste foi avaliado, definindo-se que a unidade básica de saúde do Floresta, que havia passado por reforma e adequação de espaço físico, deveria retomar o atendimento por área programática, deixando de ser unidade de saúde da família e tornando-se um centro de saúde.

Nesse momento, as equipes são esvaziadas devido ao término dos contratos de trabalho, à chamada pelo concurso público ou à volta de alguns profissionais para os CS. A tabela 6, a seguir, apresenta a composição das equipes.

Tabela 6 – Composição das equipes de Saúde da Família início de 1997.

Equipe:	Enfermeiro	Auxiliar Enfermagem	Médico generalista
Campina Grande	0	1	0
Itajaí 3 e 4	1	2	1
Lisa/Maracanã	1	1	1
Velho Maracanã	0	0	0
Vida Nova 1 e 2	0	4	0

Fonte: Relatório da Supervisão do Distrito Noroeste – SMS – Campinas.

Ao final do primeiro semestre de 1997, permaneceram no programa: uma enfermeira em licença médica por gestação de risco, uma médica generalista e quatro auxiliares de enfermagem. A médica generalista da equipe do Lisa/Maracanã integrou a equipe do CS Floresta até a retomada do projeto, a enfermeira da equipe do Floresta, que foi desfeita, retornou ao projeto Saúde da Família no início de 1998 integrando então a equipe do Campina Grande e as auxiliares de enfermagem da equipe do Vida Nova continuaram a desenvolver seu trabalho na comunidade.

A questão salarial e as dificuldades de infra-estrutura foram alguns dos problemas enfrentados por estas equipes naquele momento.

O Conselho Gestor do CS Valença foi desfeito a partir de julho de 1997, quando uma nova coordenadora assumiu o CS Floresta. O Conselho Local de Saúde do Floresta reiniciou suas reuniões em agosto de 1997.

No segundo semestre, o PSF em Campinas foi novamente discutido pela SMS, tendo sido definidas 14 novas áreas para implantação, entre essas, os módulos iniciais do Campina Grande e Lisa/Maracanã do distrito de saúde noroeste, os módulos do Jardim Aeronave e Vida Nova (com duas equipes) do distrito de saúde sudoeste, e em Joaquim Egídio do distrito leste.

Para isso, novas seleções (interna e externa) foram realizadas, sendo que em dezembro de 1997 os profissionais de saúde selecionados escolheram seus locais de trabalho.

Em 07 de dezembro, foi publicado um decreto municipal que definiu o adicional de produtividade para todos os profissionais do PSF e de outros serviços especializados da rede básica de saúde como AMDA (Ambulatório Municipal de DST/AIDS) e o SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar), sendo definidos os seguintes valores por categoria: médico R\$ 2000,00, enfermeiro R\$ 1000,00 e auxiliar de enfermagem R\$ 370,00.

Mesmo com o adicional de produtividade incrementado aos salários dos profissionais das equipes de saúde da família, outros fatores como a falta de infra-estrutura e a morosidade no processo de implantação do projeto, contribuíram para a não fixação de profissionais, como veremos a seguir.

O recebimento do adicional de produtividade estava desvinculado do cumprimento de metas como era realizado anteriormente.

Nesse período, as ESF constituíram-se predominantemente por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tendo sua atuação limitada por alguns fatores, sendo a falta de infra-estrutura o maior problema. As equipes do Campina Grande e do Itajaí 3 e 4 atuavam no CS Floresta, atendendo a demanda espontânea da unidade para consultas médicas e procedimentos de enfermagem, não conseguindo realizar o cadastramento de suas áreas. A equipe do Lisa/Maracanã atuava em uma casa alugada, com espaço físico inadequado para sua atuação, realizou cadastros com dificuldade. A equipe do Vida Nova realizou 1200

cadastros nesse ano e iniciou atendimento coletivo na comunidade e ações intersetoriais na escola e na creche.

A enfermagem teve uma atuação limitada nesse momento, ocorreram muitas trocas e saídas de profissionais das equipes, todos, gestores, coordenadores, supervisores, trabalhadores e a população estavam interagindo-se da nova proposta.

4.1.2 O período de 1998 a 2000

Em 1998, as equipes do Campina Grande e do Lisa/Maracanã, iniciaram suas atividades, recebendo o adicional de produtividade proposto. A equipe do Vida Nova manteve suas atividades mesmo estando somente com uma auxiliar de enfermagem no primeiro semestre, sendo ampliada a partir de junho, com uma enfermeira e outra auxiliar de enfermagem.

A equipe do Campina Grande manteve-se no CS Floresta até que a reforma da casa no próprio bairro fosse concluída, o que ocorreu em novembro de 1998, realizaram neste ano o cadastramento de 361 famílias (1473 pessoas), visitas domiciliares, consultas médicas no CS Floresta. Enfrentaram algumas dificuldades como falta de infra-estrutura, transporte até o local, morosidade no processo de reforma e adequação do espaço físico.

A equipe do Lisa/Maracanã tinha para atuação uma casa com dois consultórios, um banheiro, uma sala para recepção, local onde também ficava o armário da farmácia, além de uma cozinha para uso dos funcionários. Alguns procedimentos, como curativos e inalações, não eram possíveis de realização na unidade de saúde, por falta de espaço físico, sendo que a vacinação, pelo mesmo motivo, era agendada para um dia na semana. Nesse ano realizaram cadastramento de 370 famílias (1570 pessoas) e análise dos dados coletados, definiram suas prioridades de atendimento e planejaram suas atuações.

A equipe do Vida Nova atuava em um espaço cedido pela comunidade, que tinha um cômodo e um banheiro, enfrentavam várias dificuldades de infra-estrutura, além do quadro de profissionais incompleto para duas equipes na mesma área de abrangência. Desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade, ações intersetoriais com a escola, a creche e organizações não governamentais como palestras na escola e na creche, atendimento individual na unidade como acompanhamento de puericultura, verificação de pressões arteriais, agendamento de exames e consultas no CS de referência, grupo de hipertensos na comunidade, além das visitas domiciliárias.

Com base no cadastro de 1200 famílias realizado em 1996, a equipe do Vida Nova recadastrou 423 famílias (1800 pessoas) do bairro todo em parceria com outras instituições e a comunidade, priorizaram assim o atendimento às famílias consideradas de risco, social ou biológico. O recadastramento foi importante para adequar a população adscrita à equipe, ou seja, ele permitiu a confirmação da necessidade de duas equipes de saúde da família nesse local.

Ao final do ano de 1998, o médico saiu da equipe do Campina Grande, sendo composta pela equipe de enfermagem, característica que se manteve até 2000. Fato semelhante ao que ocorria com a equipe do PSF Vida Nova e ao final de 2000 com a equipe do PSF Lisa/Maracanã, conforme tabela 7, a seguir.

Tabela 7 – Composição das Equipes de Saúde da Família nos anos de 1998 e 2000.

Equipe:	1998			2000		
	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Médico	Enfermeira	Aux. Enfermagem	Médico
Campina Grande	1	2	1	1	2	0
Lisa/Maracanã	1	2	1	1	2	0
Vida Nova 1 e 2	1	2	1	1	2	0

Fonte: Memória do Projeto Campo Grande e da Implantação do PSF na região noroeste de Campinas – SMS – Campinas.

O ano de 1999 foi marcado pelo início das atividades nos módulos das equipes do Campina Grande e Lisa/Maracanã. Várias foram às atividades desenvolvidas caracterizando a

atuação de cada equipe de acordo com seu território, seu perfil epidemiológico e a composição da equipe.

A ESF do Lisa/Maracanã desenvolveu as seguintes atividades na unidade:

- Consultas médicas e de enfermagem para gestantes, hipertensos, diabéticos, acompanhamento de puericultura, desnutridos, coleta de citologia oncológica;
- Atendimento da demanda espontânea;
- Agendamento de exames complementares ou de especialidades médicas;
- Coleta de exames laboratoriais;
- Procedimentos de enfermagem, tais como: dispensação e administração de medicamentos, desinfecção e preparo de materiais para esterilização;
- Atividades educativas e de saúde coletiva, como vacinação e os grupos de gestantes, desnutridos, orientação de verminoses;
- Atendimento domiciliário para consultas médicas ou de enfermagem a pacientes acamados, realização de curativos, troca e acompanhamento de sonda vesical de demora e outros;
- Reuniões semanais com a comunidade, para discussão sobre os problemas sociais, de meio ambiente ou saúde, com a proposta de ações em conjunto para os problemas definidos.

O módulo do Campina Grande foi reformado e entregue ao final de novembro de 1998, contando com dois consultórios, sala de curativo, sala de vacinação/farmácia, sala de recepção, dois banheiros e uma cozinha. Nessa unidade a equipe, inicialmente, desenvolveu as seguintes atividades:

- Atendimento de enfermagem para puericultura e coleta de citologia oncológica;
- Vacinação, acompanhamento de hipertensos, dispensação e administração de medicamentos, inalações;

- Visitas domiciliares para pacientes acamados, busca ativa de crianças menores de cinco anos com atraso na carteira vacinal, e outros;
- Agendamento de consultas médicas, de coleta de exames laboratoriais e de especialidades médicas no CS Floresta;
- Encaminhamento de pacientes para CS ou serviço de urgências, se necessário.

No ano de 2000, com a entrada de outra enfermeira na ESF do Campina Grande, iniciaram-se consultas de enfermagem individuais, grupo de vivência para a terceira idade na comunidade e palestras na escola, sendo desenvolvidos dois projetos, um de prevenção à escabiose na escola e outro de sexualidade para adolescentes das sextas, sétimas e oitavas séries.

A ESF do Vida Nova desenvolveu ações intersetoriais, tais como, reuniões semanais com lideranças do bairro e representantes das instituições que atuavam no bairro para discussão de problemas e encaminhamento de soluções ou providências, palestras na escolas e creches sobre dengue, hepatite, higiene pessoal e coletiva, lixo nas ruas, DST/AIDS, sexualidade e planejamento familiar. Na unidade desenvolveram algumas atividades como acompanhamento de desnutridos, de hipertensos, agendamento de exames laboratoriais, especialidades médicas e consultas no CS Vista Alegre, e na comunidade grupo de hipertensos e visitas domiciliares.

Durante os anos de 1999 a 2000, as equipes continuaram enfrentando algumas dificuldades como falta de diretriz municipal para o programa, desconhecimento pela rede básica de saúde do trabalho desenvolvido por estas equipes e falta de infra-estrutura.

“Era muito complicado. Eu acho, em função da prefeitura não querer, não fazia parte do modelo. A prefeitura não conhecia, os outros centros de saúde não conheciam, ninguém sabia que existia, era um módulo fantasma! (grifo nosso) Só a gente que tava lá que sabia!” (LARANJEIRA)

“Com todas as dificuldades que a gente tinha de não ser reconhecido pelo município, né? Era um trabalho quase que assim pioneiro, né? Quase clandestino, ninguém sabia que a gente existia...” (MANGUEIRA)

“não era uma diretriz grande do município, era uma coisa meio que, qualquer motivo seria motivo de fechar. Interesse mais de manter o serviço funcionando, eu acho que era isso, que fez com que o atendimento ficasse ali sendo feito, segurasse as coisas, porque um monte de coisas eram contrárias, todo o resto era contrário, casa, equipamento, telefone, que era uma coisa que eles não tinham um telefone lá!”
(ABACATEIRO)

Essas dificuldades retratam que o PSF em Campinas não tinha como proposta reordenar o modelo assistencial, mas ser uma alternativa para a expansão da assistência à saúde em áreas de exclusão social na periferia do município. Desde o começo foi colocado à parte do sistema municipal de saúde como GOIABEIRA relata “... o PSF, modelo antigo, ele estava desvinculado do sistema, do sistema de saúde pública que está impactado em Campinas...”.

“...você tinha só um modelinho, um laboratório de iniciativa, pra ver se dava certo ou não dava. E a avaliação que eu tenho hoje, é que naquela época por não ser uma diretriz de governo, por ele ser um laboratório experimental, ele tava fadado ao insucesso, apesar de os resultados serem bastante interessantes que as equipes alcançaram naquela época...” (CAJUEIRO)

No segundo semestre de 2000, a equipe do Lisa/Maracanã mesmo sem o profissional médico, continuou a desenvolver suas atividades em parceria com seu CS de referência, o CS Valença. Semelhante ao que ocorria com as demais equipes.

Cada equipe continuava vinculada a um CS, a do Lisa/Maracanã ao CS Valença, a do Campina Grande ao CS Floresta, ambos no distrito de saúde noroeste, e a do Vida Nova ao CS Vista Alegre no distrito sudoeste. Sendo gerenciadas pelos coordenadores dos CS.

Ao final de 2000, o CS União dos Bairros foi inaugurado e a equipe do Vida Nova passou a integrar este serviço.

Este período destacou-se pelas ações desenvolvidas pelas ESF em Campinas, mesmo que focalizada e restrita a atuação a apenas três equipes, os trabalhadores experimentaram, vivenciaram e construíram junto à sua população o modelo de saúde da família.

A enfermagem nesse período, como já dissemos anteriormente, constituiu as ESF desenvolvendo seu trabalho de acordo com suas competências, construindo um trabalho voltado junto e para a comunidade, tornando-se referência para sua população adscrita.

4.1.3 O período de 2001 a 2002

Em 2001, com o início de uma nova administração municipal, o PSF torna-se diretriz da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que propõe o Paidéia/PSF como estratégia de reorganização da rede básica de saúde com vistas à reformulação do modelo assistencial tradicional “médico-hegemônico e hospitalocêntrico”.

Segundo a SMS em 2001, em Campinas, apesar da rede básica instalada, a maior parte da demanda ambulatorial, quase 70%, ainda era atendida em pronto-socorros ou pronto atendimentos e não pelas equipes locais, havia pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade, o acesso estava burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde e as equipes locais, apesar de serem multiprofissionais, trabalhavam de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar um processo de trabalho interdisciplinar (CAMPINAS, 2001b).

Na proposta do Paidéia/PSF as equipes locais foram compostas em equipes de saúde da família clássica ou ampliada. A clássica conta com um médico da família (contratado por 36 horas/semanais), uma enfermeira (36 h/sem.), dois ou mais auxiliares de enfermagem (36 h/sem.) e agentes comunitários de saúde (36 h/sem.), com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas. Já a ampliada, conta com um médico generalista (36 h/sem.), uma enfermeira (36 h/sem.), um médico pediatra (20 h/sem.), um médico ginecologista (20 h/sem.), um dentista (20 ou + h/sem.), um auxiliar de consultório dentário (36 h/sem.), quatro ou mais auxiliares de

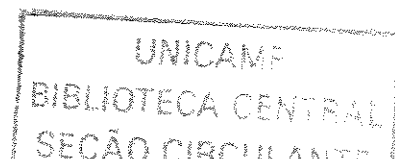
enfermagem (36 h/sem.) e agentes comunitários de saúde (36 h/sem.), com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Para cada quatro ou cinco equipes de saúde da família haveria apoio matricial da equipe local de saúde mental, do núcleo de saúde coletiva e de profissionais de reabilitação.

Segundo CAMPOS (1999), o apoio matricial ocorre no “*caso de haver um número menor de profissionais do que o número de equipes necessárias ao atendimento da população de uma região*”. Assim, na proposta do Paidéia/PSF a equipe de saúde mental, o núcleo de saúde coletiva e os profissionais de reabilitação ofereceriam apoio matricial através de ações de suporte técnico, acompanhamento de casos, discussão de projetos terapêuticos, entre outras, às equipes de saúde da família, constituindo com as mesmas uma parceria. Assim a responsabilidade principal pelo acompanhamento dos casos continua sendo da equipe de saúde da família.

O núcleo de saúde coletiva é uma proposta de ampliação das ações coletivas nas unidades básicas de saúde. Deve ser composto por profissionais das equipes de saúde da família, que em parceria com as equipes distritais de vigilância à saúde, trabalharão de forma matricial, como apoio técnico e operacional às ESF e a toda a unidade básica de saúde nas questões pertinentes de vigilância à saúde. Desenvolvendo ações de vigilância à saúde, monitorando os indicadores de saúde da unidade e desencadeando ações coletivas junto as ESF (CAMPINAS, 2001c).

Durante o ano de 2001, as equipes locais da rede básica de Campinas foram interagindo-se do projeto Paidéia/PSF e redefinindo seus processos de trabalho, alocando-se em equipes de referência de acordo com a necessidade da área de cobertura de cada CS.

As equipes “antigas” do PSF passam a integrar este novo projeto, sendo a elas incorporados os agentes comunitários de saúde. A equipe do Lisa/Maracanã passa a ser uma



equipe ampliada e a equipe do Campina Grande permanece como equipe clássica. Todas as equipes ampliaram seu território para se adequar a esta nova proposta do Paidéia/PSF.

Campinas se qualificou em maio de 2001 no MS no PSF, para 200 ESF e 800 ACS, porém somente a partir de outubro de 2001 foi estabelecido o fluxo de informação para o sistema do MS, com a inclusão de 61 ESF e 231 ACS (BRASIL, 2002c). Em julho de 2002, o município contava com 116 equipes de saúde da família e 500 agentes comunitários de saúde, segundo a SMS (CAMPINAS, 2002).

A ESF do Campina Grande teve sua unidade reformada e ampliada em agosto de 2002, realizando a partir de então, coleta de exames laboratoriais. Agora, a unidade tem três consultórios, sendo um com banheiro anexo, uma sala para grupos/reuniões, sala de curativo, sala de vacinação/farmácia, recepção, dois banheiros e cozinha.

A ESF do Lisa/Maracanã está em outra casa alugada, que foi reformada, contando com três consultórios, sala de vacinação/observação, sala de inalação, recepção, sala de espera, cozinha, dois banheiros, sala de coordenação, almoxarifado.

Nesse período, a enfermagem teve modificado seu trabalho tanto pela inclusão de outros profissionais as ESF, como os ACS e os médicos, quanto pela readequação do processo de trabalho instituído pelas novas demandas. Lembramos que até 2000, as ESF atendiam uma população de 1500 pessoas, com a implantação do Paidéia/PSF, passam a atender de 3500 a 7000 pessoas.

Sendo a implantação do Paidéia/PSF recente, quase dois anos, as atividades desenvolvidas, o processo de trabalho e o modelo assistencial deste período são apresentados nos próximos tópicos, os depoimentos dos entrevistados retratam e enriquecem essa proposta de construção de um novo modelo da atenção à saúde.

4.2 Construindo um novo modelo de atenção à saúde

A mudança de um modelo assistencial é processual, é dinâmica, transforma-se nos processos de trabalhos, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e tecnologias. Mesmo o PSF, enquanto uma estratégia de reordenação do modelo assistencial, necessita de um tempo, de um construir, para que novas práticas sejam consolidadas e as rupturas com o já estabelecido ocorram. Por exemplo, como elucidado no seguinte trecho da entrevista:

“...uma mudança de modelo é uma coisa complicada, você tem que mudar na prática, tem que mudar na cabeça da gente, tem que mudar pra população, que também não está acostumada com isso, então é uma mudança assim radical!” (JAQUEIRA)

Em Campinas, não foi nem é diferente, as entrevistas trazem detalhes desse processo como dificuldades enfrentadas, mudança do foco de atenção, atividades desenvolvidas, entre outras, que ilustram essa construção, esse processo.

4.2.1 O PSF antigo

Utilizaremos o termo “PSF antigo” para referenciar o período de 1995 a 2000, diferenciando do termo “PSF” usado para designar o modelo assistencial em discussão. Já para o modelo do PSF atualmente em implantação em Campinas, manteremos o termo “Paidéia/PSF”.

Ao analisarmos o motivo inicial de adesão ao PSF antigo, constatamos que vários entrevistados não tinham noção do que era o PSF na época, enquanto outros já optaram por esse trabalho. ABACATEIRO coloca *“eu nem sabia o que era saúde da família”* ou como disse GOIABEIRA *“...é minha paixão, eu gosto de trabalhar na comunidade, de fazer programas, de atenção à saúde...”*.

Nessa época (1996 a 1998), estava ocorrendo a expansão do programa no país, sendo realmente desconhecido da maioria dos profissionais.

As dificuldades enfrentadas estavam relacionadas à questão da legitimidade do trabalho, infra-estrutura, recursos humanos e especialmente a ausência de diretriz municipal, como já dissemos anteriormente.

Apesar de a equipe ser menor e os trabalhadores estarem aprendendo a trabalhar na lógica do PSF, visto como já colocamos que desconheciam esse programa, eles referiram que *“...com os recursos que a gente tinha, a gente resolvia, porque às vezes tinha só que ouvir as pessoas, né? Só ouvir basta!”* (CARAMBOLEIRA)

A escuta e a conversa com o usuário são instrumentos, tecnologias importantes do trabalho incorporadas na área da saúde, que no PSF adquire outro enfoque pela dinâmica do trabalho desenvolvido, com base nos problemas e necessidades da população adscrita e a complexidade do trabalho em saúde.

Por estarem situados em áreas de exclusão social, o ouvir, o acolher, torna-se uma importante tecnologia para se trabalhar, principalmente, quando o maior problema era *“problema social, pobreza, lixo, miséria, alcoolismo, drogadição, que era o que pegava mais do que a falta de médico, digamos assim, o povo precisava de comida mesmo pra comer...”* (ABACATEIRO).

Apesar das dificuldades, as equipes atuaram com resolutividade dentro de suas possibilidades e limites, como AMOREIRA diz *“...aqui é bom porque a gente sabe o dia que nasce e o dia que morre”*. Estar próximo da população permitiu acompanhar a evolução dos casos, vendo os resultados de seu trabalho. Retomando AMOREIRA *“então você percebe que era uma coisa assim que você se envolve e uma coisa que é mais resolutiva, tá mais perto e é mais fácil, você vê o resultado!”*

Dentro deste contexto, as equipes desenvolveram várias atividades como cadastro, visita domiciliária, atendimento individual na unidade e no domicílio, atendimento coletivo na comunidade pois não havia espaço na unidade, ações intersetoriais na comunidade e com a comunidade, entre outras.

“...a gente fazia quase de tudo na verdade. A gente fazia cadastro. Fiz bastante cadastro. A gente fazia discussão com a comunidade, várias vezes a gente fez grupos, fazia palestras na escola, visita domiciliar ...” (GOIABEIRA)

4.2.2 O Paidéia/PSF

“A idéia é linda, mas ainda não tá sendo, a viagem do papel pra realidade é diferente!” (JAQUEIRA). Esta fala reflete o que está ocorrendo atualmente em Campinas, a diretriz está dada, mas a mudança do modelo assistencial está sendo construída.

Este inclusive é um dos aspectos positivos, destacado nas entrevistas, a questão da diretriz municipal, como também que todos os trabalhadores da rede básica de saúde estão envolvidos nesse processo de mudança de modelo. Citando ABACATEIRO, *“...todos os profissionais fazem parte de uma equipe, então isso é bom, porque ninguém tá fora do processo, tá todo mundo dentro do processo...”*.

Esta mudança é processual, está em construção, por isso concordamos com GOIABEIRA quando diz que *“vejo muito a cara do ainda modelo de atendimento de, com as especialidades gerais, pediatria, GO, clínica e a enfermeira ainda continua no trabalho burocrático...”*. A rede básica de saúde de Campinas é constituída por centros de saúde onde realmente atuavam as especialidades médicas consideradas gerais como a pediatria, a clínica médica e a ginecologia-obstetrícia, além da enfermagem e odontologia, a isso podem estar incluídos ou não, a saúde mental. Nessas unidades realmente predominava o modelo tradicional médico-hegemônico, baseado nas especialidades médicas, hoje em mudança (CAMPINAS, 2001a).

Contrapondo-se ao PSF antigo, hoje, as mudanças estão relacionadas ao processo de trabalho e em menor intensidade a falta de infra-estrutura e/ou de recursos humanos. JAQUEIRA destaca *“Não mudou nada assim, só no nome, mas efetivamente não, mudou foi o trabalho, a quantidade de trabalho que tem.”*

“A gente na hora que faz a reunião e tudo, na hora que participa das capacitações até que vai, mas no dia a dia, na hora que se coloca lá no dia a dia, lá no centro de saúde por exemplo, pelo menos não, ninguém conseguiu sair muito ainda não do antigo” (CARAMBOLEIRA).

O trabalho permanece centrado dentro da unidade, ressalta JAQUEIRA *“...se não consegue tirar um médico da unidade pra sair visitar, então acaba ficando um mini-posto...”*

Nesse processo de implantação do Paidéia/PSF, destacam-se alguns aspectos como:

- espaço fixo semanal para reunião de equipe de referência,
- o núcleo de saúde coletiva,
- o apoio matricial, e,
- a equipe ampliada.

Para mudarmos um modelo assistencial de um modelo médico-hegemônico para outro, precisamos *“mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência”*, agregando novos conhecimentos técnicos, novas configurações do trabalho em saúde, que possibilitem novos processos de trabalho, pautados pela construção de novos valores como solidariedade, cidadania e humanização na assistência (FRANCO e MERHY, 1999).

Assim, faz-se necessário contextualizar os sujeitos deste processo, os ACS, os “novos” para a rede básica de saúde de Campinas e para os trabalhadores de saúde. Como também, as configurações deste trabalho.

4.2.3 O agente comunitário de saúde, quem é esse sujeito?

Como já dissemos o ACS só foi introduzido na rede básica de saúde em Campinas a partir de junho 2001, com o início da implantação do Paidéia/PSF.

Conhecer quem é esse ACS não é o objetivo deste trabalho, mas como os ACS fazem parte desse processo, consideramos interessante destacar algumas falas a respeito do trabalho desse profissional.

“O agente que tem um papel fundamental, eu acho que ele era pra ser há muito tempo, desde o tempo lá de 98, já era pra ter. Eles fazem um papel assim fundamental, acho até que eles é que fazem o elo mesmo da gente com a população. Eles é que estimulam até mais a gente, a tá trabalhando no saúde da família. Eles trazem, no nosso caso, eles é que trazem as dúvidas da população, o caso escabroso, normalmente social” (JAQUEIRA).

“...os agentes comunitários tem sido usados pra trabalhos com a dengue, capacitações, então assim, eles não conseguem dar vazão ao cadastramento, além do que a população é muito além, é muito maior do que aquilo que o agente comunitário pode dar conta, né?” (GOIABEIRA)

“a gente sente o agente muito sub-utilizado, não sei se é porque as equipes não sabem também qual o papel dela, então se sub-utiliza, eles estão fazendo o papel dessa falta de funcionário que a gente tem na unidade, pra guardar pasta, pra atender na recepção, pra fazer todo tipo de ação que não é dele... porque você não faz, o profissional não faz, fica esperando o agente na rua pra procurar, o agente não tá na rua... então ele não é mais agente de saúde, é mais um funcionário lá do centro de saúde trabalhando do jeito que todo mundo sempre trabalhou!” (LARANJEIRA)

Um aspecto que chama atenção nesses relatos é a questão do cadastro. Cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro é atribuição do ACS segundo o MS (BRASIL, 2001). Mas se realmente o ACS está sendo sub-utilizado, por vários motivos como por exemplo, seu desconhecimento e da equipe de saúde de suas atribuições e das propostas de mudanças cabíveis no modelo da atenção da saúde da família, quem está fazendo o cadastro? Ou ainda, o cadastro está sendo feito?

A base da ação da ESF é o planejamento das ações, baseado na territorialização e na adscrição da clientela (BRASIL, 2001). Assim, como o cadastro não está sendo feito, ou

melhor, está vagarosamente sendo feito, as ESF não têm um diagnóstico da comunidade, não conhecem quem são, quantos são, enfim, desconhecem o perfil da sua população adscrita e continuam planejando suas ações ainda nas demandas da unidade, sem um olhar mais ampliado sobre sua comunidade.

MANGUEIRA relembra *“você conhecia as famílias porque você ia lá cadastrar, e hoje não, hoje é os agentes, então a gente não conhece toda população.”* Cadastrar permitiu as equipes conhecerem “in loco”, nas casas, sua população adscrita, processo que facilitava a apropriação das equipes de seu território.

O cadastro além de quantificar a população, facilita o levantamento das necessidades da população, resultando no diagnóstico da comunidade, sendo um dos disparadores da organização do processo de trabalho de uma ESF. Segundo MACIEIRA *“você saber as necessidades da população, acho que tendo essa imensa necessidade dá pra você fazer um programa legal!”*

Conhecer o perfil de sua população adscrita, amplia o olhar da equipe sobre o território, permite entender as relações que permeiam essa comunidade, torna o mapa da área vivo, facilita e estimula a equipe apropriar-se da realidade de sua comunidade, além de buscar diagnosticar os problemas de saúde, identificando as necessidades.

Mesmo sendo recente a implantação do Paidéia/PSF, quase dois anos, o cadastro deveria estar, no mínimo, quase pronto. A sub-utilização dos ACS demonstra que ainda a rede básica de saúde não entendeu a proposta de trabalho desses trabalhadores. Esses dois pontos, o cadastro e a sub-utilização dos ACS, permite questionarmos se o Paidéia/PSF poderá modificar o modelo assistencial de saúde em Campinas? Visto que estes pontos são fundamentais e cruciais para a efetiva implantação do PSF.

4.2.4 Sendo trabalhador do Programa Saúde da Família

Uma mudança de modelo assistencial necessita de uma mudança dos trabalhadores, dos sujeitos. Para trabalhar na saúde em geral, o trabalhador se apropria de um conjunto de conhecimentos para produzir novas práticas, novos fazeres.

Apropriando-se assim de algumas tecnologias, que segundo MERHY et al. (1997, p.121) podemos classificar de leves, leves-duras e duras. Na saúde da família, o trabalhador se utiliza, principalmente, as leves e as leves-duras que seriam: o vínculo, o acolhimento, a epidemiologia, a vigilância à saúde, entre outras, para desenvolver seu trabalho.

No seu trabalho reflete-se essa apropriação, permitindo-nos analisar seu perfil.

A mudança de um modelo assistencial exige, então, uma mudança do perfil deste trabalhador e esta é uma das dificuldades enfrentadas no PSF. TEIXEIRA (2002) em seu trabalho relata que é importante valorizar o perfil dos trabalhadores na saúde da família, sensibilizando-os para a mudança da prática.

Destacaremos a seguir, algumas falas sobre este tema que permeia o PSF.

“...eu acho, sabe, sinceramente, as pessoas às vezes, não tem perfil, né? Pra trabalhar no Paidéia, nestes projetos. É onde as coisas complicam. Na hora da reunião, calma ai, que eu vou fazer! Cada um tem uma tarefa, né? Depois, esquece! Acaba não fazendo, esquece” (CARAMBOLEIRA).

“...tem muito, também relacionado com o perfil, né? Porque a gente teve momentos na mesma equipe, com outro profissional, que não conseguia fazer o trabalho. Então, assim o PSF tem uma coisa de perfil de pessoa que está trabalhando lá, que assim, não falar: - Ah! Vou ganhar mais, então vou pro PSF. Se a pessoa não tem perfil, não gosta, não vai, não adianta! Tem equipes iguaizinhas que não consegue fazer o trabalho todo mundo igual!”(LARANJEIRA).

“...o projeto, naquele momento era um projeto marginal, porque ele era um experimento que as pessoas tinham que estar com, muito envolvida ideologicamente que aquilo era uma saída interessante pra gente resolver boa parte dos problemas da saúde da população. Se você não tivesse isso dentro de você, podia esquecer, as pessoas transitavam ali por um tempo, ganhavam aquele dinheiro diferencial, que era maior e iam embora. Porque não adiantava só ganhar se ele não tinha retaguarda da própria estrutura institucional então era um processo ainda instituinte. Então isso precisava das pessoas um potencial de resiliência ai bastante grande de tentar ficar

no processo fazendo, fazendo, fazendo, fazendo pra conseguir mostrar que o processo poderia ser diferente né. É muito, muito, muito complicado” (CAJUEIRO).

Pretendendo uma mudança de modelo assistencial, aquele que desenvolverá esse trabalho é peça-chave desse processo. Capacitar os trabalhadores, permitindo-lhes refletir sua prática, estimulando novas posturas e atitudes profissionais, são funções dos gestores, dar o tom da mudança, se a finalidade da implantação do PSF for realmente, uma mudança do modelo assistencial.

Creditar somente nos trabalhadores a responsabilidade pela mudança de modelo assistencial seria simples e incoerente, assim concordamos com TELXEIRA (2002, p.70) quando coloca que *“não podemos perder de vista outras determinações, pois estamos sendo simplistas em nossa análise”*. Determinações históricas, sociais, políticas e econômicas, *“em um mundo imperfeito em constante mudança social, a melhor expressão da verdade que atenda o imperativo ético social da cidadania plena ainda está por ser formulada”* (ANTUNES e EGRY, 2001, p.99).

4.2.5 Metas - a questão da avaliação

Meta significa marco, limite, alvo, mira, objetivo, segundo o dicionário “Aurélio” (FERREIRA, 1975, p.917), no trabalho, seja este na área da saúde ou não. Definir as metas é definir os objetivos a serem alcançados com este trabalho, a finalidade deste trabalho.

Conceitualmente, alguns entrevistados relatam que no PSF por adscrever a clientela, esperava-se que se alcançasse 100% de cobertura em tudo, o que realmente ocorreu nas ESF em relação à cobertura de vacinação em menores de 5 anos ou acompanhamento de pré-natal, por exemplo.

A única meta claramente definida foi o cadastro de 100 famílias por equipe, por mês, exigida pelo Conselho Municipal de Saúde, no ano de 1996. O cumprimento desta meta exigida naquele período era condição imposta para o recebimento do diferencial de salário.

ABACATEIRO comenta isso “...se a equipe não quiser fazer nada, não faz.”

“Eu acho que não, assim, claro pra equipe, no programa em si tinha, né? Cê tinha que ter 100% de acompanhamento de pré-natal, tinha que ter isso, tinha que ter aquilo, tinha que ter tudo”(LARANJEIRA).

“...nunca foi assim, uma coisa obrigatória a gente entregar nada, não tinha, não via isso como meta não!” (JABUTICABEIRA)

Constatamos que essa questão da avaliação é uma questão incerta, para alguns as metas existiam e para outros não. Somente no Paidéia/PSF, há um consenso que as metas não existem no momento.

“As metas do Paidéia, hoje não tem metas ainda, não tem definição de metas, não tá acertado ainda” (ABACATEIRO).

“...basicamente o estabelecimento de metas hoje, nas condições que a gente tem com o vagar do cadastramento, é, se pode estabelecer metas mais em cima assim, de incêndios, apaga incêndios, mas não com uma programação...” (GOLABEIRA)

“Agora não tem. Meta, meta, não foi passado nenhuma...” (MACIEIRA)

A avaliação das metas e o acompanhamento do trabalho são colocados muito pontualmente como avaliação da própria equipe sobre o seu trabalho. A avaliação formal da instituição não era e nem é sistematizada.

“... a gente foi perdendo um pouco o pé do controle das dessas metas, porque a própria equipe foi andando, foi trabalhando, foi fazendo outras coisas e a gente, numa confusão do próprio projeto pra dentro da instituição...”(CAJUEIRO)

“...mas nunca alguém de fora, com o olhar da instituição avaliou. Tanto pro bem quanto pro mal, né? Avaliar que tinha 100% de cobertura de vacina, de ver que tinha 100% de cobertura de pré-natal, de ver que aquilo era interessante...porque já no outro modelo a gente não tinha 100% de cobertura...foi uma coisa que estava muito dentro das pessoas que estavam ali trabalhando, não era uma coisa de fora” (LARANJEIRA).

O PSF prevê o fornecimento de dados através de um programa de informação, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que contempla dados de cobertura de acompanhamento por grupos de risco como nascidos vivos, crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, entre outros. Além de dados de produção, quantas consultas médicas individuais por faixa etária, procedimentos realizados (como curativos, injeções, inalações, etc), atendimentos em grupos, visitas domiciliares, famílias cadastradas, entre outros.

O SIAB trabalha por dados de produção e de cobertura, como a avaliação, baseia-se nestes dados, não contempla as relações interpessoais que se estabelecem entre os trabalhadores e os usuários, as quais são fundamentais na mudança do modelo de atenção à saúde.

SOUSA (2002) identifica que o processo de monitoramento e avaliação do programa precisa ser aperfeiçoado com os objetivos de apoiar decisões para o enfrentamento dos problemas identificados e facilitar o crescimento e a sustentabilidade do programa.

“Mas tem uma questão que é a intervenção deles dentro desses territórios que não está escrita e que não está até hoje! Porque assim, o quanto de vínculo que se produziu? O quanto de responsabilização pelos casos que se produziu, né? Esses são indicadores de processos que a gente não conseguiu desenvolver, né?” (CAJUEIRO)

A questão da avaliação dos serviços de saúde em geral enfrenta essa dificuldade: como avaliar e acompanhar o processo de trabalho, as nuances das relações que se estabelecem entre os sujeitos, trabalhadores e usuários? Quais instrumentos utilizar na avaliação que realmente contemple as tecnologias dadas no trabalho em saúde? Questões para as quais ainda não há respostas nesse momento. Desafio colocado hoje para o PSF e todos os serviços de saúde.

4.2.6 Diferenciando o PSF de outros modelos de atenção à saúde

Ao perguntarmos aos entrevistados se diferenciavam alguma característica no trabalho do PSF dos outros trabalhos na saúde, a maioria respondeu que sim, dentre as diferenças estavam alguns princípios do programa, como adscrição de clientela e territorialização, e algumas características do processo de trabalho como vínculo, prevenção, intersetorialidade, entre outras.

A adscrição da clientela é uma característica marcante do PSF, entendendo-a como proximidade e conhecimento da clientela. Saber quem é sua população permite as ESF planejar seu trabalho de acordo com o perfil de sua comunidade, acompanhando e monitorando-a.

“...a adscrição da clientela, que você dentro do centro de saúde, você não conhece sua população, você só conhece quem chega, quem entrou, quem não entrou, você não faz a mínima idéia de quem seja aquela população...” (LARANJEIRA)

“...é o vínculo com a população, você trabalhar conhecendo a sua população, acho que o trabalho sai, é, com uma qualidade melhor, mesmo que você não tenha muitos recursos para poder aplicar, mas eu acho que sai melhor!...de você saber as necessidades da população, acho que tendo essa imensa necessidade dá pra você fazer um programa melhor! Mesmo que não tenha muito recurso, que no nosso caso é falta de RH!” (MACIEIRA)

“..., eu via a característica do PSF de uma cidade do interior, que você tinha um número de pacientes cadastrados, você conseguiria avaliar quantas crianças você tinha menores, você conseguiria avaliar quantos idosos, quantos jovens...” (JABUTICABEIRA)

Outra característica é o vínculo, entendido como a relação que se estabelece entre o trabalhador e o usuário, onde o trabalhador responsabiliza-se pelo cuidado ao usuário, e este identifica o trabalhador como “seu” cuidador, ou melhor, como “seu” profissional da saúde, “seu” médico, “suas” enfermeiras (quer seja enfermeira ou auxiliar de enfermagem), “seu” agente comunitário, como referência para o atendimento das suas necessidades de saúde.

“...eu trabalhei no hospital e você não forma muito vínculo no hospital, né? Ainda, eu não trabalhava no pronto socorro, mas aqui, nós formamos muito vínculo com a população, você fica sabendo até da vida das pessoas...” (MANGUEIRA)

“A gente tinha assim, um vínculo com esse povo, eles recebiam a gente tão bem, porque eles queriam ter alguém da saúde pra eles (grifo nosso)” (CARAMBOLEIRA).

“O PSF, ele dá uma possibilidade que outras áreas da saúde não dão, de o vínculo maior com as pessoas...” (ABACATEIRO)

Nesse sentido, o vínculo pode ser colocado como um diálogo permanente e um recíproco apoio entre os coletivos em uma relação institucional, assim, *“para o profissional, a instituição é seu trabalho e...para a clientela, a instituição é o seu cuidado”* (SCHRAIBER et al., 2000, p.40).

MERHY et al.(1997, p.123) diziam que para mudarmos o modelo de atenção à saúde, *“um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, efetivos e potenciais, do sistema de atenção à saúde”*. Mesmo não se tratando de uma possibilidade só do PSF, identificamos que neste processo de trabalho esta possibilidade se dá de modo muito concreto.

O PSF aparentemente facilita essa construção de uma nova relação entre o trabalhador e o usuário, através do vínculo, da responsabilização, da adscrição da clientela e da territorialização. Tudo isso é facilitado pela proximidade da equipe, da unidade de saúde da família, com a comunidade.

“...a gente trabalha com a população definida, né? E geralmente o que acontece no saúde da família é que você está mais próximo daquela população...” (AMOREIRA)

“...o que a gente conseguiu fazer com essas equipes , enxergar sua clientela, se responsabilizar pela sua clientela, ligar pra ver se foi na consulta ou o próprio cliente vir contar pra você que não foi por causa de determinado problema que impediu ele de chegar lá e que você entende, e, que você vai reagendar o mais rápido possível pra ele” (CAJUEIRO).

“...tinha envolvimento, a equipe conhecia, não sei se por ser aquela população fechadinha, sempre conhecia todo mundo, sempre, sei lá, tinha os retornos que a

gente não tinha na unidade, né? De conhecer os RN, de conhecer as gestantes e até era um trabalho que dava muito mais satisfação pra equipe, por você conhecer mesmo, saber quem eram as pessoas” (LARANJEIRA).

Outras características estão relacionadas com o modo de operar o trabalho em saúde, como as atividades que dependem de articulações intersetoriais, ações de prevenção, participação da comunidade e ainda atendimentos que buscam a integralidade na atenção à saúde.

“Mas o que a gente fez, uma coisa que foi bom, era um trabalho interinstitucional, né? Entre as várias instituições que trabalhavam no bairro, e nós conseguimos assim, um trabalho de fazer um programa de ação em conjunto, junto com a escola, junto com a creche, né? Foi uma experiência muito boa, né?” (AMOREIRA)

“...no PSF rola o princípio de tratar e também de prevenir...e eu vejo assim, uma humanização do atendimento, uma visão integral do ser humano...” (GOIABEIRA)

“...manteve isso o trabalho com a população em conjunto, então assim, tudo que a gente faz aqui, é passado pra população, a comunidade tá junto com a gente em tudo que a gente faz” (MACIEIRA).

A diferença mais marcante é, sem dúvida, a continuidade do cuidado, que não é característica exclusiva do PSF, mas pela proximidade e pelo vínculo, adquire uma intensidade, uma amplitude que o diferencia de outros trabalhos na saúde.

“...num hospital tem diferença, você tá à parte, então você tá ali, você trata o doente. Ele vai embora, você vai embora. Você não tem essa intimidade com a pessoa. Então não te angustia muita coisa! Deu o tempo acabou, você fez seu trabalho, foi embora! E ali não, ali você tá diariamente com a pessoa e você acaba até fazendo parte da família” (JAQUEIRA).

Várias diferenças apontadas pelos entrevistados são na realidade características propostas para o SUS. O PSF possibilita que essas diferenças sejam concretamente construídas, mas para isso precisamos reordenar os processos de trabalho.

4.3 Reordenando o processo de trabalho

Para mudar um modelo assistencial, precisamos mudar, reordenar, reorganizar os processos de trabalho, instituindo uma nova prática, o que não é uma coisa simples, MERHY (1997, p.91) já dizia “*mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses*”.

Em um processo de trabalho em saúde está em disputa um conjunto de autogovernos em constante operação, cabeças e um jogo de interesses organizados como forças sociais (MERHY, 1997). E é nesse espaço político que ocorrem as disputas, reiterando e/ou constituindo novos processos, novas práticas.

Em qualquer modelo de atenção à saúde, seja este tradicional médico-hegemônico ou o PSF, as disputas que ocorrem no trabalho em saúde estão diretamente relacionadas com o produto deste trabalho. Assim, no modelo tradicional, o foco do trabalho é o procedimento, sendo médico-centrado, já no PSF, a proposta é usuário-centrado e o foco do trabalho é o sujeito, individual, familiar e coletivo. Neste trabalho, efetivamente, não podemos dizer que o foco de trabalho mudou, mas o olhar para o trabalho com certeza está em mudança, como expresso no trecho “*you não trabalha em função do médico, você trabalha em função da população*” (MACIEIRA).

Possivelmente isso promove uma reorganização dos interesses em jogo em um processo de trabalho, fazendo com que novas práticas se instituam.

A enfermagem tem seu trabalho modificado por esta lógica no PSF. Historicamente, o trabalho da enfermagem tem sido vinculado e subordinado ao trabalho médico, fazendo parte de um trabalho coletivo em saúde.

A seguir, discutiremos o trabalho da enfermagem no PSF.

4.3.1 Características do Trabalho da Enfermagem no PSF

O trabalho da enfermagem no PSF em Campinas se confunde com o próprio trabalho do PSF, visto, que a maioria das ESF, até o ano de 2000, eram compostas basicamente por trabalhadores de enfermagem, predominantemente por auxiliares de enfermagem.

“Acho que assim, até não era nem como era o trabalho da equipe de enfermagem, era como era o trabalho do PSF, porque ele era a equipe de enfermagem, né? O médico nunca existiu tanto e não era nem só no módulo que eu ficava lá! Era nos outros também. Médico sempre, às vezes tinha, às vezes não tinha, às vezes ajudava, às vezes atrapalhava” (LARANJEIRA).

A enfermagem por ser a ESF no PSF antigo, tendo uma população adscrita sob sua responsabilidade, tornou-se referência para sua comunidade, desenvolvendo um trabalho centrado no usuário, com um olhar para a comunidade.

“É a gente no programa saúde da família, a gente fazia as visitas aquelas famílias que foram consideradas de risco né? Não era todas as famílias que a gente trabalhava né? Então tinha um cadastro já feito e a gente tinha aquelas famílias que a gente acompanhava, né, ia na casa, tinha o pessoal da assistência social, e eles passavam com a gente, a gente ia visita junto né?”(AMOREIRA)

“...antigamente, no PSF antigo, a enfermeira tinha uma participação, tanto a enfermeira como o auxiliar de enfermagem, tinha uma participação mais externa, tinha uma amplitude maior de ação” (GOIABEIRA).

“...elas conheciam todo mundo e como trabalharam sempre sozinhas, a população tinha elas como referência, então se conseguia trabalhar que a população reconhecia...” (LARANJEIRA)

As atividades desenvolvidas eram as ações na saúde coletiva como visitas domiciliárias, atendimento individual como puericultura, pré-natal, coleta de citologia oncológica, atendimento coletivo como grupos de hipertensos, gestantes, idosos, acompanhamento de crianças desnutridas, vacinação, curativos e outros procedimentos de enfermagem, além de ações intersetoriais em parceria com a educação e a promoção social.

“O trabalho que eu faço é o mesmo, eu sempre fiquei na puericultura, vacina, no AE adulto, eu sempre fiquei mais nessa parte, e, mas faço de tudo também, tô na

recepção, tô no expurgo, só no CO que eu não sou muito fã, só quando sou obrigada mesmo, aí eu vou pro CO. A gente tá pensando em voltar a fazer grupos novamente”(MANGUEIRA)

“...também lá a gente levou pra fazer vacinação, a gente fazia vacina, fazia consulta de pressão, tinha trabalhos assim de grupo de hipertensão, a enfermagem já tinha isso feito quando, no tempo que eu fiquei lá a gente tinha uns seis grupos...”(AMOREIRA)

Essas atividades são as mesmas descritas por ALMEIDA (1991) na sua pesquisa sobre o trabalho de enfermagem na rede básica de saúde de Ribeirão Preto – SP, bem como por NASCIMENTO (2002) na sua pesquisa sobre as enfermeiras na rede básica de saúde de Campinas – SP nas décadas de 70 e 80. Essas ações já eram realizadas pela enfermagem na saúde pública.

A pesquisa de TEIXEIRA (2002) sobre o trabalho da enfermeira no PSF na saúde da família na região de Ribeirão Preto mostrou as ações realizadas pelas enfermeiras segundo suas frequências, algumas com maior frequência foram a pré e pós-consulta, orientação do público para coleta de exames, curativos, por exemplo, enquanto as ações com menor frequência foram administração de medicamentos por via oral e intramuscular, solicitação de exames laboratoriais normatizados, entre outras.

Ao analisarmos o reordenamento do modelo assistencial não devemos focar nossa atenção às ações realizadas, mas à finalidade do trabalho, quais os interesses em jogo, como o processo de trabalho se organiza.

Quanto à essência do trabalho, a enfermagem tem se voltado para o cuidado, principalmente o aspecto educativo do cuidado, tanto o auxiliar de enfermagem quanto a enfermeira, além da administração do trabalho:

“...a enfermagem tem um valor muito grande no aspecto administrativo e realmente tem feito muito, mas tá deixando, tem deixado muito de lado o potencial que o PSF defende do aspecto educativo, do atendimento de enfermagem, de tá orientando...” (GOIABEIRA)

“...a gente trabalhando sozinha, a gente trabalha mais pra fora...então acho que é um facilitador, se sai pra fora...” (LARANJEIRA)

Atualmente, no Paidéia/PSF, existem algumas diferenças como o trabalho está centrado na unidade básica de saúde e a enfermeira ainda exerce predominantemente o papel administrativo, esforços estão sendo feitos para mudar esta prática, que é processual.

“...a gente sabia que a demanda de médico dentro da unidade ia acabar nisso, né? Acaba concentrando o paciente aqui dentro!” (JABUTICABEIRA)

“Hoje o PSF, ele é muito mais localizado na unidade de saúde...” (GOIABEIRA)

Estes depoimentos parecem indicar que no PSF antigo como as ESF eram compostas essencialmente pela enfermagem, a lógica do trabalho voltava-se para a comunidade e suas necessidades, enquanto que no Paidéia/PSF, com a presença do médico nas equipes, o trabalho da enfermagem permanece complementar ao trabalho médico, ficando limitado aos encadeamentos deste trabalho.

Uma dificuldade da enfermagem no Paidéia/PSF é a sobrecarga de trabalho pela demanda e pelo grupo desfalcado, o que desmotiva a equipe e gera insatisfação com o trabalho.

“...de uma maneira em geral a equipe de enfermagem tá trabalhando demais, tá muito, muito! Então é uma sobrecarga de trabalho muito grande, uma cobrança muito grande e que você tem que fazer, você tem que e não está dando conta de fazer. E isso gera a insatisfação, gera frustração, os LTS, é verdade!” (JAQUEIRA)

“Sabe é como eu falo pra você, a demanda é muito grande, não acho que eles vão trabalhar assim, como a gente fazia lá. Eu acho que era melhor, lá no módulo” (CARAMBOLEIRA).

“A equipe desfalcada, porque a gente tem curativo, tem inalação, tem puericultura, tem o AE adulto, tem CO, né? Pra enfermagem, para duas pessoas, a gente não dá conta. Então tá um ponto negativo pra nossa equipe, ai, você acaba trabalhando demais, se fica doido...” (MANGUEIRA)

O auxiliar de enfermagem desenvolve, no momento, as atividades que desenvolvia anteriormente, com uma limitação, principalmente, na frequência das visitas domiciliares, pela sobrecarga de trabalho dentro da unidade básica de saúde.

“Como qualquer auxiliar de qualquer posto! A mesma coisa, né? A gente não consegue fazer o trabalho de sair, é diferente, né? Você acaba sendo engolido pelo CS...” (JABUTICABEIRA)

“...hoje em dia, as AEs, elas não tem muita noção do que é, do que elas estão fazendo, né? A equipe está toda assim, muito desmotivada, muito desmotivada, porque se focalizou muito no acolhimento, no tal do acolhimento e se esqueceu do resto, do restante” (JAQUEIRA).

As enfermeiras retratam uma mudança no trabalho entre o PSF antigo e o Paidéia/PSF, os seus depoimentos indicam que a atuação na modalidade anterior permitia mais contato com as famílias, era uma dimensão mais assistencial.

“eu tinha maior contato com as famílias que a gente trabalhava, tinha um conhecimento maior da família, talvez, por estar no módulo mais próximo. Então, tinha mais contato mesmo, tinha mais, assim, é, uma atuação de enfermeira, de prevenção, de conversar, de fazer grupos, sabe!” (JAQUEIRA)

“a enfermeira saía com a gente, fazia curativo, fazia atendimento de enfermagem com criança, o papanicolau...” (GOIABEIRA)

No Paidéia/PSF, a dimensão administrativa do trabalho das enfermeiras destaca-se, relacionando-se com o processo de trabalho em que estão inseridas. Os CS comportam mais de uma ESF, mas como o horário de atendimento da unidade é amplo, normalmente das 7 às 19, 21 ou 22 horas, perfazendo de 12 a 15 horas diárias de atendimento, as enfermeiras das ESF estão divididas para cobrir todo horário de atendimento, assim, normalmente há somente uma enfermeira na unidade, sendo responsável pelo atendimento da equipe de enfermagem, independente de os auxiliares de enfermagem disponíveis fazerem parte de sua ESF ou não.

“É, eu faço de tudo, né, a gente coordena a equipe, o trabalho, faz o papel de tudo, de administrativo, de auxiliar, de enfermeira, faço tudo, faço tudo. A enfermeira, no meu caso, faço o pré-natal, todos os procedimentos de enfermagem, a gente faz, o que mais? Papel de administrativo, o consolidado dos atendimentos, mesmo que se daí eles não pedem pra gente, mais eu tenho que ter o meu pra ter controle como está saindo nosso trabalho, eu tenho feito” (MACIEIRA).

“A gente aqui é 37 mil habitantes, né, por mais que a gente esteja dividida em equipe, né! Quando você está aqui no centro de saúde, você vai acolher, daí é você” (AMOREIRA).

“Hoje, eu ainda não consegui ser enfermeira de saúde da família né? Então, só no nome, que de verdade mesmo, eu não consegui, porque tem toda, sou eu sozinha na unidade de manhã, então, tem tudo da unidade pra resolver né? Todas as complicações que tem na unidade, é a vacina, o curativo, a farmácia, faz inalação, o paciente fazendo bafão lá na frente tem que resolver, os encaminhamentos da unidade, o funcionário que faltou, o médico que não veio, o que que a gente faz, tudo né! E a equipe, tem que dar conta das outras equipes também, porque não tem enfermeira no momento pra dar...” (JAQUEIRA)

As dimensões assistenciais e gerenciais compõem, historicamente, o trabalho da enfermeira, relacionadas com a origem da enfermagem moderna na Inglaterra, no final do século XIX, como também o cuidado, a partir dessa época, passa a ser exercido por agentes, uns que gerenciam e outros que executam (ALMEIDA e ROCHA, 1989).

No PSF antigo pela própria característica da equipe, do tamanho da população adscrita, o enfermeiro teve uma ação mais assistencial, mas no momento, no Paidéia/PSF, por ainda estarmos em transição do modelo médico hegemônico para o modelo PSF, o enfermeiro tem o seu trabalho centrado na gerência do cuidado e da unidade básica de saúde, segundo PEDUZZI (2000) *“o enfermeiro exerce ações de cuidado direto e, sobretudo, cuida de quem cuida”*.

A enfermagem reflete sua insatisfação com o trabalho que está ocorrendo no momento, referindo sobre sobrecarga de trabalho, citada anteriormente, e a questão salarial, *“não tá vendo o retorno financeiro necessário pra isso”* (JAQUEIRA), *“o salário é muito pouco pra enfermagem”* (MACIEIRA).

CAMPOS (1997, p.237) dizia, que *“a realização das pessoas depende também das recompensas financeiras que recebem em troca do trabalho realizado”*. A noção de satisfação é social e histórica, sendo sempre redefinida. Novos processos de trabalhos requerem posturas diferentes dos trabalhadores e redefinição da relação com seu trabalho, assim, questões como o salário e a sobrecarga precisam ser discutidas e avaliadas. Lembrando

que ao constituírem-se novos processos de trabalho, estarão em disputa novos e velhos interesses organizados por novas “cabeças” e forças sociais.

Para discutir a reordenação do processo de trabalho tanto para a enfermagem como para os outros trabalhos em saúde, precisamos analisar o trabalho em equipe, visto que na saúde o trabalho é coletivo.

4.3.2 O trabalho em equipe

A enfermagem se constitui em um trabalho em equipe, pela própria divisão do trabalho, assim a equipe de enfermagem precisa, no PSF, integrar-se aos outros trabalhadores, constituindo uma equipe multiprofissional. Tal fato não é especificidade do programa, mas ao mesmo tempo é uma necessidade para que a proposta se efetive na perspectiva da mudança do modelo assistencial.

A multiprofissionalidade precisa ser entendida em duas dimensões, segundo SCHRAIBER et al (2000):

“a dimensão objetiva e material da organização dos procedimentos dispostos de acordo com uma dada racionalidade dominante nas práticas de saúde, e a dimensão subjetiva da referida organização que diz respeito à formulação dos projetos de ação pautados nas práticas e nos saberes pertencentes a cada trabalhador.”

Para construir um trabalho em equipe multiprofissional, que, realmente, promova uma reordenação do processo de trabalho, precisamos de uma equipe integrada, ou seja, que articule as ações executadas pelos trabalhadores da equipe através da comunicação e da inter-relação desses (PEDUZZI, 2001).

No trabalho em equipe, os diversos trabalhos que constituem o trabalho coletivo em saúde, interagem-se, complementando-se, como cita o trecho a seguir:

“...acho que tem um valor enorme o trabalho da equipe multidisciplinar. Visões diferentes, por exemplo, o médico tem formação muito curta em administração e educação, o pessoal da enfermagem já tem uma boa formação em educação e administração, então se complementa, né? São propostas, assim, profissões que se complementam. Então, você tem uma atenção à saúde mais rica, mais eficiente!” (GOIABEIRA)

Segundo PEDUZZI (2001), existem duas modalidades de trabalho em equipe: a equipe agrupamento, onde ocorre a justaposição das ações e os agentes se agrupam, e, a equipe integração, onde as ações se articulam e os agentes se interagem. Pela própria organização parcelar do trabalho em saúde, sempre existirá uma equipe multiprofissional, quer seja na modalidade de agrupamento ou integração.

Destacamos dois pontos encontrados sobre o trabalho em equipe neste estudo, a equipe multiprofissional em construção e a fragmentação do trabalho.

O PSF pressupõe um trabalho em equipe multiprofissional, facilitando este processo de construção de uma equipe integração, como destacamos nos trechos das entrevistas a seguir:

“...é um trabalho em conjunto, a gente procura é, ter o mesmo objetivo, então a gente procura trabalhar na mesma linha. A gente procura trabalhar junto com a equipe, não é um trabalho individual”(MACIEIRA).

“...acabava entrando tudo junto né? A mesma coisa que hoje, uns participa, outros vai pra rua. Quando não dá, outros fica, outros faz visita. Se tem atendimento de rua, uma vai, a outra vai, alguém fica, né? Não tem como acaba, acho que acaba entrando tudo junto, se acaba fazendo sem, você acaba fazendo sem saber o que que é multi”(JABUTICABEIRA).

“Ah, mas uma coisa, a visão é de trabalho em equipe. Sem dúvida nenhuma é um, o trabalho em equipe, como eu falei, ele valoriza, ele torna mais eficiente as ações, porque você tem formas diferentes de pensar tentando atingir um objetivo comum, ou tentando achar um diagnóstico, uma forma de tratamento, que seja melhor pra comunidade, pro indivíduo”(GOIABEIRA).

A ESF ao trabalhar com uma população adscrita, tem definida sua responsabilidade sobre os resultados do trabalho coletivo desenvolvido, mesmo mantendo a divisão de trabalho entre o enfermeiro, os auxiliares de enfermagem, os ACS e o médico.

“O trabalho em equipe não pressupõe qualquer idéia de apagamento das diferenças de papéis ou de funções entre os trabalhadores, numa espécie de reedição delirante da utopia maoísta de que todos deveriam fazer um pouco de tudo, como se por essa via fossem apagados a separação e o conflito entre trabalho manual e intelectual”(CAMPOS, 1992, p.158).

A idéia no trabalho em equipe é que todos são responsáveis pelo trabalho coletivo, socializando o direito de opinião sobre a organização do serviço e de participação na gerência, inclusive elaborando o planejamento das ações. Assim as ações desenvolvidas seriam de responsabilidade coletiva, como exemplo a cobertura de vacinação em crianças menores de cinco anos ou a atenção aos hipertensos. *“Os médicos teriam de conhecer e opinar sobre as tarefas da enfermagem, e esta sobre o envolvimento e desempenho deles”*(CAMPOS, 1992, p.159).

Ainda estamos construindo o trabalho em equipe integrado. Mudar o modelo assistencial requer um novo processo de trabalho que, como já dissemos anteriormente, não é coisa simples por requerer mudanças nos interesses e nas “cabeças”.

“Multiprofissional era bastante conturbada, por conta que a gente tinha um auxiliar que tinha um pouco mais de vivência em saúde pública, médico que tinha pouco conhecimento em saúde pública, os que tinham o conhecimento em saúde pública um pouquinho maior, eles conseguiam alavancar mais o trabalho, conseguiam fazer um processo de capacitação da equipe...tinha um pouco mais de facilidade pra agregar a equipe, pra desenvolver a equipe de forma mais homogênea. Todo mundo construindo, fazendo um processo mais participativo. Diferente em outra equipe onde o médico tinha uma coisa muito centrada nele, ele fazia, ele se colocava muito como o dono do conhecimento então isso dificultava bastante o trabalho da equipe. Agora, isso foi um processo, que foi na verdade, ele foi aprimorando, todo mundo foi aprendendo com esse processo”(CAJUEIRO).

Para trabalhar em equipe precisamos entender que mesmo sendo trabalhadores, com núcleos de competência e responsabilidade definidos, somos sujeitos de um trabalho coletivo, atuando no campo da Saúde Coletiva, no PSF.

Entendemos núcleo como “*o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos de cada profissão ou especialidade*”, e por campo, “*os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades*” (CAMPOS, 1997, p. 249).

Um desafio para o trabalho em equipe integração é vencer a fragmentação do trabalho. Os trabalhadores precisam integrar-se, articulando suas ações, para isso, precisam ter claro em suas “cabeças” a finalidade de seu trabalho.

“...tinha uma participação maior na verdade, hoje nós temos um espaço bom pra discussão de casos, mas fica muito ainda no aspecto teórico da discussão, né? Em vez, a deliberação de ações ainda está nas especialidades, por exemplo, se hoje se discute alguns casos, mas assim quem vai ver é o médico? Não, é o auxiliar de enfermagem. Não, é o enfermeiro. Então assim, dificilmente a gente tem uma ação mais coletiva, junto, tal. Vamos juntos fazer alguma coisa, e eu acho que é importante fazer alguma vez integrada as coisas...”(GOIABEIRA)

No PSF, a proposta de trabalhar com as famílias, com a comunidade, em uma área definida e adscrita, facilita aos trabalhadores a superação dessa fragmentação, desse trabalho realizado em procedimentos. Passa-se a trabalhar com base nas necessidades do usuário, da família, da comunidade. Como demonstram as falas a seguir:

“...é um trabalho junto, o que difere no nosso trabalho é assim, procedimento de enfermagem, é da enfermagem, médico é de médico, mas o que difere é isso, mas é todo mundo trabalhando com o mesmo objetivo”(MACIEIRA).

“...a gente não se dividia não. Fazia tudo em comum, eu ajudava ela, nós cadastrávamos todo mundo da mesma rua. Nós, depois que a gente cadastrou que a gente separou a equipe, mesmo porque a gente não deixava ela sozinha, mesmo porque eu não ficava sozinha, nem o médico, então a gente começava cadastrar, cadastrava todo mundo na mesma rua, ia todo mundo pra aquele mesmo lugar...”(JABUTICABEIRA)

Tanto no PSF como nos outros trabalhos em saúde, a construção do trabalho em equipe ainda é um desafio. Constituir projetos comuns e compartilhados é a busca do trabalho coletivo em saúde, respeitando e valorizando as competências de cada trabalhador da equipe, “*para, com base nas diferenças e na pluralidade das intervenções, contemplar mais ampla e apropriadamente as demandas de saúde da população*” (PEDUZZI, 2000, p.15).

A enfermagem está inserida em todas as atividades de uma unidade de saúde, inclusive e às vezes auxiliando na consulta médica, organizando o local de trabalho, gerenciando a unidade de saúde e desenvolvendo atividades, algumas cuja responsabilidade é, principalmente, nossa, como por exemplo, em Campinas, a organização, o controle, o monitoramento e a administração de vacinas, ou a organização, o monitoramento e as ações da vigilância epidemiológica.

Assim, para a enfermagem, outro desafio colocado é superar a “limitação” que o trabalho complementar a consulta médica nos impõe, assumindo as ações que já realizamos, valorizando-as e acreditando em nosso trabalho.

Mesmo sendo parte do trabalho coletivo em saúde, devemos lutar para que o foco de nosso trabalho seja efetivamente as necessidades do usuário, da família e da comunidade.

Para isso, precisamos articular novos modos de operar o processo de trabalho em saúde, o que implica, ao mesmo tempo, mudar as relações interpessoais, multiprofissionais e de poder, tanto entre os profissionais, quanto destes com a população.

COLHENDO FRUTOS
CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Não gostaria de ser mulher ou homem
se a impossibilidade de mudar o mundo
fosse verdade objetiva que puramente se constatasse
e em torno de que nada se pudesse discutir.
Gosto de ser gente, pelo contrário,
porque mudar o mundo é tão difícil quanto possível.*

Paulo Freire

Considerando os objetivos gerais deste estudo, analisamos o PSF no período de 1995 a 2002, enfocando o trabalho da enfermagem. Por entendermos que a enfermagem faz parte do trabalho coletivo em saúde, seu trabalho foi analisado durante o decorrer do estudo, destacando em um momento algumas características singulares de sua prática.

O PSF foi analisado em três períodos: o primeiro de 1995 a 1997, com o início das discussões e da implantação do PSF em Campinas; o segundo, de 1998 a 2000, com a implantação e atuação das primeiras três equipes de saúde da família; e o terceiro, de 2001 a 2002, quando o PSF torna-se diretriz municipal com a implantação na rede básica de saúde do projeto Paidéia/PSF, propondo a reordenação do modelo de atenção à saúde.

Historiar a trajetória do PSF em Campinas possibilitou caracterizarmos os profissionais que atuaram em cada período, destacando as diferenças. Nos primeiros dois períodos atuaram enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos, nem sempre generalistas, com uma população definida em 1500 pessoas. Atualmente, atuam, além dos profissionais já citados, agentes comunitários de saúde, outros médicos (ginecologistas, pediatras e clínicos) e dentistas, entre outros, com uma proposta de atender uma população entre 3500 a 7000 pessoas.

Identificamos as dificuldades que permearam toda trajetória do PSF como falta de recursos humanos em número suficiente para compor as ESF e locais de trabalho inadequados aos atendimentos das equipes, seja por falta ou inadequação do espaço físico. No PSF antigo existiu ainda a questão da ausência de diretriz municipal. No Paidéia /PSF, identificamos a

falta do cadastramento das famílias, a insatisfação pela sobrecarga de trabalho e a questão salarial, além das dúvidas sobre seu papel e dos seus parceiros de trabalho nesse novo modelo assistencial.

Em relação às facilidades, destacamos a adscrição da clientela, a proximidade da equipe com a população, o trabalho em equipe, a atenção integral, o vínculo e a intersetorialidade, como alguns pontos que favoreceram a atuação das três primeiras ESF, e estão favorecendo as ESF atualmente. Destacamos que essas facilidades não são exclusivas do PSF, mas de qualquer trabalho em saúde que tenha como objeto de trabalho o ser humano.

A mudança de modelo assistencial requer uma mudança dos trabalhadores, realizando o trabalho em um novo processo, assim, novas e velhas disputas se enfrentam, novos e velhos interesses se chocam, gerando novos atores sociais, que precisarão de tempo para mudar as “cabeças”. O PSF é um modelo assistencial em construção, que precisa ser analisado e avaliado para que efetivamente novas práticas se constituam, consolidando a atenção básica no país.

O Paidéia/PSF necessita reavaliar dois pontos para realmente se efetivar como um novo modelo assistencial: o cadastramento das famílias e a definição de metas, questões essenciais para o planejamento e a avaliação das ações das ESF.

A enfermagem tem sua história permeada pelas dificuldades e incertezas da implantação do PSF em Campinas, ao analisarmos seu trabalho encontramos alguns fatos que merecem destaque. No PSF antigo, a enfermagem tinha uma atuação mais assistencial, cuidadora, voltada para fora da unidade, centrada no usuário, na comunidade, tanto a enfermeira como a auxiliar de enfermagem. Atualmente, no Paidéia/PSF, o trabalho está mais voltado para dentro da unidade: sendo mais focalizado nos procedimentos, a enfermeira tem sua atuação limitada pela dinâmica da unidade; sendo essencialmente gerencial, e a auxiliar

de enfermagem teve sua atuação na comunidade limitada, faz menos visitas domiciliares, estando trabalhando dentro da unidade, enfocando os procedimentos.

Essas limitações do trabalho nos permitem questionar: a enfermagem está se identificando como um trabalho centrado na família e na comunidade? No PSF antigo, o processo de trabalho construído facilitou a aproximação da enfermagem com o usuário e a comunidade, permitindo que entendessem o homem inserido em um contexto histórico e social. Agora, como estamos em mudança dos processos de trabalho, este entendimento não está claro, ainda atuamos em cima da demanda que chega nas unidades e com o que os ACS identificam. Será que o que estamos fazendo pode ser considerado PSF? Será que o Paidéia/PSF modificará o modelo assistencial de saúde em Campinas?

Uma ferramenta essencial para mudar o processo de trabalho, com certeza, é o trabalho integrado e articulado da equipe multiprofissional, que também está em construção. O trabalho em equipe facilitaria a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação para o homem e não para o procedimento em si, reordenando o processo de trabalho e reorganizando a atenção básica à saúde.

Neste estudo não podemos e nem pretendíamos avaliar se o Paidéia/PSF é uma estratégia viável para grandes centros urbanos. Mas, com certeza, podemos afirmar que, se efetivamente implantado, com cadastro realizado, com diagnóstico da comunidade baseado no cadastro, com planejamento de ações definido pelas ESFs e com metas estabelecidas, realmente, o Paidéia/PSF traz oportunidades para provocar mudanças, reordenando o modelo assistencial “médico-centrado” e “hospitalocêntrico” ainda vigente em Campinas.

Outros estudos que aprofundem as questões referentes ao processo de trabalho no PSF, ao foco deste trabalho, e as questões singulares dos trabalhadores envolvidos nas ESFs, precisam ser feitos. O PSF hoje é uma realidade que necessita ser explorada, conhecida e

avaliada, para podermos dizer se este PSF dado é o PSF que queremos, ou mesmo, se realmente o PSF é o modelo que queremos para a atenção básica à saúde no Brasil.

Concluindo, concordamos com FAVORETO (2002, p.109), quando diz “...*este modelo (PSF) pode trazer, em seu bojo, oportunidades ímpares para o desenvolvimento destas mudanças no cuidado individual e na prática clínica*”.

Esperamos com este estudo ter colaborado com a discussão do PSF em Campinas, em grandes centros urbanos e no país. Afinal, discutir o PSF é discutir o processo que vivenciamos de construção do Sistema Único de Saúde.

Terminamos este estudo citando Paulo Freire, “*os sonhos são projetos pelo quais se luta. Sua realização não se verifica facilmente, sem obstáculos. Implica, pelo contrário, avanços, recuos, marchas às vezes demoradas. Implica luta.*” Continuemos lutando para engrandecer a Enfermagem e a Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma.** Rio de Janeiro, 1998. (Dissertação – Mestrado – FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública)

ALMEIDA, M. C. P. e ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M. C. P. e ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 1991. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

ANTUNES, M. J. M. e EGRY, E. Y. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enfermagem**, 54(1): p. 98-107, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1994. 225p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3): 401-12, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8080**. Brasília, 1990b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8142**. Brasília, 1990c.

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, 34(3): p.316-9, 2000b.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A regionalização e a atenção básica. **Rev. Bras. de Saúde da Família**, (04): p.11-6, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bate a porta**. Disponível em: <http://www.portalweb01.saude.gov.br/saude/visão.cfm?id_area=147>. Acesso em: 12 de dezembro de 2002b.

BRASIL. **Programa Saúde da Família**. Mensagem eletrônica recebida em 08 de maio de 2002c.

BRAVO, E. A. e VEJA, M. C. A. El médico y enfermera de la familia en Cuba: trece años de experiencia con logros significativos. **Rev. Assoc. Saúde Pública de Piauí**, 1(1): p. 91-4, 1998.

CAMPINAS. **Memória do Projeto Campo Grande e da Implantação do PSF na região noroeste de Campinas.** Campinas, Secretaria Municipal de Saúde/Distrito de Saúde Noroeste, 2001a.

CAMPINAS. **Projeto Paidéia/Programa Saúde da Família.** Campinas, Secretaria Municipal de Saúde, 2001b.

CAMPINAS. **Projeto Paidéia de Saúde da Família de Campinas: ampliação das ações de saúde coletiva.** Secretaria Municipal de Saúde/COVISA, 2001c. (mimeo)

CAMPINAS. **Programa Paidéia Saúde da Família.** Prefeitura Municipal de Campinas, 2002. (folder)

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1992. 220p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo-Buenos Aires: HUCITEC-Lugar, 1997. p.229-66.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 4(2): p. 393-403, 1999.

CIAMPONE, M. H. T. e PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, 53(especial): 2000.

FAVORETO, C. A. O. **Programa Saúde da Família no Brasil: do discurso e das práticas.** Rio de Janeiro, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499p.

FRANCO, T. B. e MERHY, E. E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial.** Campinas, 1999. (mimeo)

FRANCO, T. B. e MERHY, E. E. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em debate**, 26(60): p.118-22, 2002.

GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1983.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva.** 1(1): p.77-96, 1991.

MACHADO, M. H. et al. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MENDES, V. E. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde.** 2ª edição. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 310 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo-Buenos Aires: HUCITEC-Lugar, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STEFANO, E.; STEFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A. et al. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo-Buenos Aires: HUCITEC-Lugar, 1997. p.113-50.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 2000. 268 p.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001.

NASCIMENTO, E. P. L. **As enfermeiras e suas práticas: na rede básica de Campinas nas décadas de 70 e 80.** Campinas, 2002. (Dissertação - Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas).

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: **Seminário: O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo: 9 a 11 novembro de 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, 35(1): p.103-9, 2001.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT, Annablume, 1998. 253 p.

RIZZOTTO, M. L. **O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas).

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, 2000. 290 p.

SILVA, E. M; NOZAWA, M. R; SILVA, J. C; CARMONA, S. A. M. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 17(4): p.989-98, 2001.

SOUSA, H. M. Reforma da reforma. **Rev. Bras. de Saúde da Família**, (04): p.11-6, 2002.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, 53(especial): p. 25-30, dez. 2000.

TEIXEIRA, R. **O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem?** Ribeirão, Preto, 2002. (Dissertação - Mestrado – Universidade de São Paulo).

VIANA, A. L. A e DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil: programa saúde da família; informe final. **Estudos em Saúde Coletiva**. IMS/UERJ, n.166, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1 - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data: _____ Início: _____ Término: _____

I – Identificação:

- 1- Profissão: 1. __ enfermeiro(a) 2. __ auxiliar enfermagem 3. __ médico 4. __ _____
2- Sexo: 1. __ masculino 2. __ feminino
3- Ano de Nascimento: _____

II – Formação Profissional:

Graduação/Conclusão do Curso Profissionalizante:

- 1- Nome da Instituição: _____
2- Entidade Mantenedora: 1. __ pública 2. __ privada

Localização da Instituição:

- 3- Estado: ____ (sigla do estado)
4- País: 1. __ Brasil 2. __ Exterior
5- Ano de Graduação/Conclusão do Curso: _____

Pós-Graduação:

- 6- Você já fez alguma habilitação?
__ Não
__ Sim, qual? Em que ano conclui? _____
- 7- Você já cursou algum programa de residência?
__ Não
__ Sim, qual? Em que ano concluiu? _____
- 8- Você já cursou algum curso de especialização? (com mais de 360 h de duração)
__ Não
__ Sim, qual? Em que ano concluiu? _____
- 9- Você cursou algum programa de mestrado/doutorado/pós-doutorado?
__ Não
__ Sim, qual? Em que ano concluiu? _____
- 10- Você tem título de especialista?
__ Não
__ Sim, qual? Concluiu, em que ano? Através de que curso, prova. Especifique.

11- Você cursou alguma capacitação em Saúde da Família?

Não

Sim, onde? _____

Concluída? Não Sim, em que ano? _____

O Trabalho:

12- Você já trabalhou na saúde?

Não

Sim, onde? Quando? Por quanto tempo?

13- Você já trabalhou na saúde pública?

Não

Sim, onde? Quando? Por quanto tempo?

14- Em qual período, você atuou (ou coordenou, ou supervisionou) no Programa Saúde da Família? (de mês/ano a mês/ano) _____

Qual o motivo inicial de adesão ao PSF? _____

Qual o motivo do desligamento do PSF? _____

III – Sobre o trabalho:

1- Como era (ou é) a equipe que você trabalha (trabalhou) no PSF?

2- Como era (ou é) o seu trabalho como coordenadora/supervisora/enfermeira/auxiliar de enfermagem/médico do PSF? (Descreva livremente e detalhadamente)

3- Como era (ou é) o trabalho da equipe de enfermagem no PSF?

4- Como era (ou é) o trabalho da equipe multiprofissional de saúde no PSF?

5- Havia (ou há) definição de metas para o trabalho no PSF?

Quais eram (são) as metas? Como eram (ou são) definidas? Eram (ou são) avaliadas?

6- Se 5 sim, considera, que o alcance das metas ocorreu (ou ocorre) devido a quais fatores? Por que? Discorra mais detalhadamente.

7- Você identifica no trabalho do PSF alguma característica que o diferencia de outros trabalhos na área da saúde? Justifique.

8- Você gostaria de comentar ou complementar algo sobre o que dissemos nesta entrevista? Fique a vontade.

ANEXO 2 - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA:

“O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”

Pesquisadora: Enfª Dalvani Marques.

Orientadora: Profª Drª Eliete Maria Silva.

Esta pesquisa busca analisar o trabalho desenvolvido pela enfermagem no Programa Saúde da Família na cidade de Campinas, no período de 1998 a 2002.

Para esta pesquisa serão entrevistados os profissionais de saúde que trabalharam (coordenaram ou supervisionaram) nas equipes de saúde da família durante o período de 1998 a 2000, e continuam trabalhando atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas .

Sendo assim solicito seu consentimento para ser entrevistado, sendo que será realizada gravação, para posterior transcrição pela própria entrevistadora/pesquisadora, garantindo total sigilo, sendo esta entrevista confidencial.

Ressalta-se que nenhum prejuízo poderá decorrer das informações fornecidas e fica garantido o direito de interromper a sua participação a qualquer tempo se assim o desejar.

Para maiores informações ou posteriores esclarecimentos, poderá entrar em contato com Dalvani Marques, no telefone (19) 3461-0661 ou celular 9736-3755; com a orientadora Eliete Maria Silva no telefone (19) 3788-8824 ou celular 9724-9137.

Em caso de recurso ou reclamações entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM (Faculdade de Ciências Médicas) da UNICAMP, tel. (19) 3788-8936.

Enfª Dalvani Marques
Entrevistadora/pesquisadora

Profª Drª Eliete Maria Silva
Orientadora

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA:

“O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, residente a Rua _____ n°
_____, apto _____, no bairro _____, na cidade de
_____, concordo em participar desta pesquisa realizando uma
entrevista que será gravada, reservando meu direito ao sigilo.

assinatura do entrevistado

Dalvani Marques
entrevistadora