



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Cristina Guglielmi

**Apolítica pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação –
do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco**

Rio de Janeiro

2006

Maria Cristina Guglielmi

Apolítica pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Ricardo Tavares.

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

G942 Guglielmi, Maria Cristina.
A política pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação – do
Profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco /Maria
Cristina Guglielmi. – 2006.
119 f.

Orientador: Ricardo Tavares.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Programa Saúde da Família (Brasil) – Teses. 2. Família – Saúde e
higiene – Teses. 3. Pessoal da área médica – Teses. 4. Saúde da Família. I.
Tavares, Ricardo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614:392.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Maria Cristina Guglielmi

**Apolítica pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação – do
profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração. Área de concentração:
Política, Planejamento e Administração em
Saúde.

Aprovada em 10 de abril de 2006.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo Tavares (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Anna Maria de Souza Monteiro Campos
Departamento de Planejamento e Administração em Saúde - UERJ

Prof.^a Dra. Célia Regina Pierantoni
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Celso Martins Azar Filho
Instituto de Ciências Humanas e Sociais - UFF

Prof. Dr. Massimo Canevcci
Instituto de Estudos Avançados - USP

Rio de Janeiro

2006

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Daisaku Ikeda, fundador da Universidade Soka no Japão e nos EUA; fundador do Centro de Pesquisa para o século XXI de Boston e do Instituto Toda para a Paz Global e Pesquisa Política; membro correspondente da Academia Brasileira de Letras; presidente da Soka Gakkai International; Doutor Honoris Causa desta causa e de mais 181 universidades mundiais, dentre outras atribuições, e a quem eu espero ter correspondido.

AGRADECIMENTO

Agradecimentos especiais a:

- Célia Regina Pierantoni, pelo início da trajetória.
- Massimo Canevacci, pela oportunidade ímpar de estágio na “La Sapienza”.
- Ricardo Tavares, por tudo.

Com muita gratidão a:

- Celso Martins Azar Filho, pela gentileza constante.
- Maria Maciotti, por ter me indicado o professor Massimo Canevacci.
- Mario Morcellini, pelo estudo na Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.
- Ruben de Mattos, o primeiro a me direcionar no IMS e
- Vera Vergara Esteves, pelos preciosos subsídios e estímulos desde as graduações,

Extensivos a:

- Anna Maria Campos;
- Ivete Helou da Silva;
- Kenneth de Camargo Jr;
- Maria Antonieta de Azevedo;
- Maurício Pinheiro;
- Márcio Dionízio;
- Valéria Romano.

Anderson Noel, Anderson (Filé), Ana Cristina da Silva, Antonio Paolo Guglielmi Montano, Ariadne Marra, Augusto de Oliveira, Aurélio Runco, Caroline Ausäderer, Claudia Guglielmi Montano Lécas, Clóvis de Araújo, Dario Regisdavi, Davi Moreira, Eneida Gomes, Ednalva dos Santos, Filipe Macario, Francesca Rosarno, Geralda Talone, Gina Rêgo, Inês Azar, Joaquim dos Santos (Joca), Jorge Luís do Amaral, (Bigú), José Carlos de Souza Lima, José Henrique

Coutinho, Laerte Guline, Leila Senna Maia, Lourdes Vilela, Maia Pinto, Marcello Gangemi, Márcia Cristina, Márcia Luiza dos Santos, Marita de Castro, Marco Antônio Steimback, Marcos Paulo Nascimento, Maria Claudia Tardin Pinheiro, Maria Luiza Seminério, Marina Tavares, Marismary de Setta, Marisol Barreto, Nally de Oliveira, Nestor Lelis Filho, Nilson(Nilsinho), Regina Mazzaroppi, Ronald Sá Freire, Rosalda, Rosella Gangemi, Sélia Dias Amador, Sérgio Pacheco, Silvia Debastiani, Stefano Piletti, Tania França, Thereza Varella, Valdeci da Silva, Valéria Dias Mattos, a todos do Shibu Nova Iguaçu, a todos do CPQAM em Pernambuco, e aos voluntários participantes da pesquisa, que por motivos éticos, não são citados os seus nomes.

Carinhosamente a:

Cléber Andrade, Gabriele Gangemi, Georgete Espírito Santo, Giulia Guglielmi Montano Lécas, Guilhermina de Vasconcelos Giglielmi, Helena Guglielmi Montano e Wallace Moura.

RESUMO

GUGLIELMI, Maria Cristina . *A política pública “Saúde da Família” e a permanência – fixação – do profissional em medicina: um estudo de campo em Pernambuco*. 2006. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

A proposta “Saúde da Família” surge em 1994, como um modelo assistencial com equipes multiprofissionais, visando à promoção, prevenção e assistência primária em Saúde. Em 2001 é lançado o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), e mais recentemente o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), em vigência até 2009, com verbas provenientes do governo federal e do BIRD, destinando-se à ampliação da atenção básica. A pesquisa objetiva trazer dados capazes de auxiliar a solução do problema da fixação dos profissionais de saúde no PSF. Elucidando dilemas, preenchendo a distância existente entre a Política Oficial da Saúde da Família e os recursos humanos, no caso, especificamente, o médico. Buscando contribuir, de maneira efetiva, com informações capazes de auxiliar o enfrentamento das questões do Sistema Público de Saúde.

Palavras-chave: Área com escasses de médicos. Programa Saúde da Família. Área médica – Recursos humanos.

ABSTRACT

GUGLIELMI, Maria Cristina. *Public policy "Family Health" and stay - setting - Professional in medicine: a field study in Pernambuco*. 2006. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

The "Family Health" is a public policy strategy for health promotion – to promote primary care. It is funded by Brazilian's government and the BIRD. There are a lot of problems, but the most important is about human resources: doctors are overstressed, and is very difficult to have one to work in this program called PSF, for more than two years, principally at the same place. This research have the purpose of looking for informations and date by trying to solve question. The PITS and the PROESF, are programs created to improve PSF, but without the solution of human resources' problems, specially about doctors, is impossible take better each health system.

Keywords: Area with a shortage of doctors. Family Health Program. Medical - Human Resources

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO		
1	A PROBLEMÁTICA	2
1.1	. A fixação, a permanências do profissional em medicina nas equipes de saúde da família	2
1.2	Justificativa do estudo	6
2	OS ANTECEDENTES E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	19
2.1	O fator econômico, o contexto sociológico e histórico-político	19
2.2	A formação médica	45
2.3	A equipe de saúde da família	51
2.4	A capacitação profissional	57
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	61
3.1	Os aspectos ideológicos – culturais e a comunicação humana	61
4	A PESQUISA DE CAMPO	75
4.1	Objetivos e finalidades	75
4.2	Metodologia	78
4.3	População e amostragem	83
4.4	Apresentação e análise dos resultados	84
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM CONTRAPONTO	103
	REFERÊNCIAS	108

INTRODUÇÃO

No Brasil, a operacionalização das Políticas Públicas da Saúde através do Programa de Saúde da Família, tem proporcionado melhoria nos indicadores de Saúde. Mas, o PSF vem enfrentado dificuldades, embora existam mecanismos como o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), e mais recentemente o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família). Os Relatórios do Ministério da Saúde mostram a questão da fixação dos Recursos Humanos e a alta rotatividade dos profissionais, como um dos grandes desafios a ser enfrentado.

O problema específico deste estudo, foi o de analisar a efetividade do programa a fim de que se consiga fixar os médicos, uma vez que uma das justificativas alegadas é a insuficiência de profissionais necessários para o desempenho das atividades. A dificuldade da permanência do médico no PSF, se coloca como questão de perspectiva de vida. No trato deste problema utilizamos para o estudo dos aspectos ideológicos – culturais as proposições de Bourdieu, Bateson e Canevacci.

Com Bourdieu é possível se observar à questão da não fixação dos médicos, através da distinção de várias formas de poder, ou de capital, que atuam dentro do mundo social. Em Bateson compreende-se o processo de comunicação, e o contato entre diferentes culturas compostas por grupos diferenciados de indivíduos. E Canevacci possibilita o entendimento da transformação que a globalização e a localização provocam na comunicação e na cultura, através do sincretismo cultural.

Com essa base teórica o estudo mostra um programa do governo federal que, devido aos bons resultados, vira uma estratégia nacional, embora com um grave problema relacionado à fixação do profissional em Medicina.

A pesquisa apresenta-se estruturada em cinco etapas, sendo que, na primeira, no capítulo I, constam os dados relativos à rotatividade dos médicos nas Unidades do Programa de Saúde da Família, da área de abrangência do estudo, bem como a justificativa de sua delimitação.

As etapas posteriores buscam a contextualização da problemática da fixação. São observados os fatores econômicos, sociológico e histórico - político necessários a uma reflexão dos motivos da implantação e implementação desta política pública de Saúde. O caminho percorrido busca elucidar questões como a formação e capacitação médicas, e o trabalho nas denominadas equipes multiprofissionais de saúde.

Resolver o problema da não permanência médica através de uma nova proposta curricular na área da formação da Medicina, da valorização econômica do médico, e da ampliação do número de médicos na assistência à população, talvez sejam as orientações a serem operacionalizadas, para que o PSF se inscreva como um mecanismo efetivo de otimização das políticas de Saúde no Brasil.

Conclui-se, tanto com uma reflexão das mudanças necessárias à fixação do médico no Programa de Saúde da Família, quanto com um repensar dos caminhos e percalços da Saúde Pública no Brasil. Talvez, com a necessidade de uma continuação da Reforma Sanitária, que venha propiciar, efetivamente, a "Saúde Como Direito de Todos" os brasileiros, indistintamente, de todas as camadas, classes sociais, e como um "Dever do Estado". (C.F., 1988).

1 A PROBLEMÁTICA

1.1 A fixação, a permanências do profissional em medicina nas equipes de saúde da família

No panorama atual da Política Pública da Saúde no Brasil encontra-se o programa de “Saúde da Família”, considerado pelo governo federal uma estratégia, que busca melhorar e ampliar a atenção básica em Saúde. Mas, tanto nos grandes centros urbanos, quanto no interior, tem enfrentado dificuldades, embora existam mecanismos auxiliares como o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), e mais recentemente com o lançamento do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família).

Diversos problemas necessitam ser superado, a fim de que a implantação e implementação do PSF (Programa de Saúde da Família) se realizem de forma efetiva. Um deles é o relativo aos Recursos Humanos. Uma das justificativas alegada é a insuficiência de profissionais preparados para o desempenho das atividades, devido à falta de iniciativas que promovam a adequação dos Recursos Humanos ao perfil profissional necessário, bem como o desenvolvimento de prerrogativas de valorização do trabalhador ¹ a fim de propiciar a adesão e a fixação destes.

¹ Em muitas localidades os vínculos são de contratos temporários, sem direitos trabalhistas, feitos por cooperativas. A justificativa declarada como causadora de tal fato é a Lei de Responsabilidade Fiscal, a qual só permite o limite máximo com gastos de pessoal, na esfera municipal, de 60% da Receita Corrente Líquida, sendo 6% para o Poder Legislativo, incluindo Tribunal de Contas quando houver, e 54% para o Poder Executivo.

Há um consenso entre o Relatório Preliminar do Ministério da Saúde (MS) de 1999, o Perfil dos Médicos e Enfermeiros do PSF de 2000, o Relatório de Pesquisa do MS de 2001, e o Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação do MS de 2002, quanto à dificuldade de fixação dos Recursos Humanos no Saúde da Família. Citam: **alta rotatividade (composição e manutenção) dos profissionais envolvidos, como um dos grandes desafios a ser enfrentado, tanto nos grandes centros quanto no interior.**

Seixas e Stella (2002) demonstram que a relação médico por habitantes na região Nordeste é a segunda menor do país, só perdendo para a região Norte. Sendo que, na própria região Nordeste, a diferença desta relação entre as capitais e o interior é enormemente acentuada, aproximadamente 23 vezes menor no interior. (Nas capitais: 2,73 médicos por 1000 habitantes; e no interior: 0,12 médicos por 1000 habitantes).

Associam tal fato à imagem-objetivo dos alunos de Medicina estar direcionada às especializações e residências, as quais, na maior parte, são destinadas às ações de média e alta complexidade. Por sua vez, estas se encontram nas capitais. Daí buscarem se fixar onde está sendo oferecida a formação que almejam, os serviços de alta tecnologia, além dos atrativos da sociedade de consumo dos grandes centros urbanos, condicionados pelo próprio capital cultural, oriundo tanto da classe social a que pertencem, como também dos currículos que os formaram.

No enfrentamento desta questão, é criado em 2001 o PITS — Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. *“Essa interiorização de médicos e enfermeiros tem por objetivo impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no país e fortalecer o Programa de Saúde da Família...”* (Seixas e Stella, 2002: p. 350). De início, dentre outros critérios, foi direcionado a Municípios com até 50 mil habitantes e sem equipe de saúde da família, mas a partir de 2002 é destinado

também a localidades onde estas já estejam implantadas, objetivando a ampliação da cobertura populacional.

No ano de lançamento do programa, em 2001, os locais que receberam o maior número de inscrições de médicos para o PITS foram os Municípios da região Nordeste. Póvoa et al (2004) citam a teoria econômica que sugere estarem os ganhos líquidos entre regiões influenciando a escolha locacional. Em suas análises destaca-se a abordagem da função utilidade, onde *“o consumo dos indivíduos depende da renda real esperada pelo indivíduo na região... que está diretamente associada ao PIB per capita da região. A utilidade do médico também depende das perspectivas de aperfeiçoamento disponíveis na região, que são dadas principalmente pela presença de faculdades de medicina e de programas de residência médica.”* (p.05)

Naquele ano, o Rio de Janeiro foi um dos Estados de onde veio uma das maiores parcelas dos inscritos para o PITS. Porém, *“os médicos além de se inscreverem em menor número, representam também o maior componente dos desligamentos...”* (Seixas e Stella, 2002: p. 360). Os desligamentos podem se dar de duas maneiras: involuntariamente e voluntariamente, que são os considerados desistentes. *“Os desistentes representaram a grande maioria, tendo com causa dificuldade de adaptação às condições locais e/ ou ao modelo de prática profissional, problemas de doença ou de família.”* (Ibidem).

Em entrevista realizada em fevereiro de 2005, com formandos de Medicina na cidade do Rio de Janeiro, foi argumentado: *“pretendo acabar a faculdade e ir trabalhar num PSF no interior da região Norte, porque lá pagam mais... ficar um, no máximo dois anos, juntar uma dinheiro e voltar. E aí fazer uma residência, uma especialização — cirurgia —, montar um consultório...”* Este, provavelmente, será mais um dos casos de desistentes.

A dificuldade de fixação do médico no Saúde da Família, não está localizada somente no interior, também ocorre nos centros urbanos. Em uma das entrevistas com responsáveis pelos Recursos Humanos em Saúde na cidade do Recife, ficou explícita a questão da perspectiva de vida: *“eu acho assim: a questão da fixação está diretamente ligada à questão do perfil...aquela pessoa que tem o espírito do trabalho comunitário, que a perspectiva daquilo ali é a perspectiva da vida dele. A gente conseguiu fixar até alguns com esse perfil. Mas é ruim... porque você fica devendo à comunidade o trabalho de promoção...”* (Entrevista realizada em abril de 2005).

Tais colocações quanto à fixação profissional nas equipes de saúde da família, têm ressonância na argumentação da necessidade do Banco de Trabalho do PSF da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde, de que por vezes há profissionais insatisfeitos com a atual inserção, e que podem ter interesse em outras vagas disponíveis. *“A responsabilidade pelo processo de contratação é do município que, em muitos casos encontra dificuldades para captar profissionais”*. (www.saúde.gov.br/sidots. Consulta realizada em junho de 2005).

O Presidente da Associação Médica Brasileira, Eleuses Vieira de Paiva, e o Coordenador da Comissão de Ensino Médico do CFM, em declaração a um jornal de grande circulação ², criticam a inexistência de planos de carreira por parte do Estado para o profissional de Medicina. Paiva acredita que a municipalização das contratações na Saúde faz com que não seja possível, por exemplo, um médico iniciar sua carreira numa cidade do interior e ser transferido, ou removido, para a capital.

Observa-se, então, a problemática da rotatividade do profissional em Medicina de dois modos, que se complementam: adesão do médico ao modelo Saúde da Família, e / ou fixação do médico em dada equipe do PSF. Ou seja, há um hiato de expectativas. Por parte dos médicos: expectativas profissionais X oportunidades de trabalho; e por parte dos empregadores: expectativas de desempenho X desempenho efetivo.

² O GLOBO de 24 de abril de 2005.

1.2 Justificativa do estudo

Conforme mencionado anteriormente, no panorama atual da Política Pública de Saúde no Brasil encontra-se o Saúde da Família, estratégia empregada pelo governo federal visando a atenção básica em Saúde. Além do PITS, o PROESF — Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família — tem metas elevadas de ampliação e implantação, até 2009, nos grandes centros urbanos.

Diversos problemas relacionados aos Recursos Humanos da Saúde, particularmente em relação ao profissional de Medicina devido ao papel fundamental que desempenha, necessitam ser superado. A preocupação com os Recursos Humanos é mundial; haja vista que o ano de 2006 foi estabelecido pela OMS — Organização Mundial de Saúde — o como o marco de lançamento da década (2006-2015) dos Recursos Humanos da Saúde.

De acordo com a OMS: *“o problema mais comum nos diferentes países é a insuficiência de Recursos Humanos na Saúde, agravado pela distinção geográfica entre áreas urbanas e rurais, e entre o setor público e privado, resultando em baixa produtividade, na migração (inclusive transnacional), na sobrecarga de trabalho, e em salários inadequados...”* (www.who.int/hrh/whr06. Consulta realizada em 13/09/05).

O relatório “Human Resoucers for Health” (2004), produzido com o aval da OMS, adverte que a crise na Saúde, provocada pelos baixos investimentos nos Recursos Humanos, é o resultado também de duas décadas de reformas, restringindo o orçamento público para a Saúde, congelando recrutamento de pessoal e salários. Constata que os Recursos Humanos, os primeiros responsáveis pela sobrevivência humana, encontram-se sobrecarregados, sendo poucos em número, insuficientes em relação à quantidade populacional.

Em entrevista realizada em dezembro de 2005, com médicos do PSF de Goiás é relatado: *“atende-se cinquenta pessoas por dia, e ainda cobra-se qualidade. É cobrança em cima de cobrança... é uma humilhação... só se sujeita quem está precisando mesmo. Pré – agendamento, trabalho de prevenção não existem. É uma emergência, não é nem um posto de Saúde... Tem é que se obedecer ordens de todos os coordenadores. Aqui não se tem direitos trabalhistas nenhum, e quando assinam carteira é abaixo do valor que te pagam. Se você não faz o jogo político deles é demitido. Nem estão preocupados com a rotatividade. A não ser quando é aquele lugar bem distante, onde ninguém quer ir. O problema é a municipalização...”* (médica com quatro anos de formada, já tendo trabalhado em três unidades do PSF de dois diferentes estados do Brasil).

“Such systems are impossible without health workers who are the ultimate resource of health systems... Workers are active, not passive, agents of health change... Higher worker density and better work quality — joining social determinants of health as education ... Management of the workforce for better performance brings together the health and the educational sectors to achieve three objectives — coverage, motivation and competence... No country is an island in workforce development. Transnational flows of labor, knowledge... imply that successful country strategies...” (J.L.I., 2004: 2; 4; 5).

Neste sentido, buscou-se uma parceria com os “saberes” de outros países, com a Comunidade Européia, através da Università degli Studi di Roma La Sapienza. Porém, a fim de se entender melhor a problemática, convém explicitar a situação em que se encontravam os Recursos Humanos no Brasil na conjuntura da reforma do Estado na década de 90 , época em que foi criado o Programa de Saúde da Família.

Os Recursos Humanos e o Saúde da Família

Nos anos 90, com a adesão às propostas neoliberais, ocorreram mudanças na administração pública no país, com ênfase na diminuição do tamanho do aparato estatal, e no combate à burocracia. Pierantoni (2001) salienta ainda o baixo investimento que vinha sendo dispensado para o desenvolvimento dos Recursos Humanos, podendo este ser aferido pela pouca profissionalização e conseqüente baixa valorização do trabalho, sendo essas condições agravadas pela falta de perspectiva de uma melhor remuneração. E argumenta:

"A favor dessas propostas encontrava-se uma opinião pública fortemente cooptada pelos meios de comunicação, especialmente no governo Fernando Collor de Mello, que fortaleceu o descrédito no funcionalismo público, o que terminou por neutralizar os próprios trabalhadores do setor. O efeito produzido, no entanto, demonstrou que a demissão em massa não resolveria a ineficiência da burocracia estatal". (Pierantoni, p. 344)

Observa-se, que se tomou o caminho oposto ao que deveria ter sido desenvolvido, ou seja, a valorização dos RH como prerrogativa essencial, visto estes serem os responsáveis pela excelência da produção de serviços. Nogueira e Santana (2000) acrescentam que este novo estilo de administração, resultaria numa gestão de Recursos Humanos basicamente negativista, por não dedicar atenção ao seu ordenamento jurídico nem à sua complexidade política. Vianna (1991) já advertia: *"...sua produtividade será tanto maior quanto este tempo for gratificante e oferecer oportunidades para seu pleno desenvolvimento". (VIANNA, p. 37).*

O que se constata, e que na década de 90, proliferaram as relações informais de emprego, também no SUS, com contratos precários de trabalho, sem

direito a férias, décimo -terceiro salário, licenças, FGTS e aposentadoria. Ainda no âmbito do SUS, os concursos públicos para a admissão de novos servidores foram escassos. Após esta década, de certa forma, os Recursos Humanos têm sido vistos como a chave fundamental para uma boa gestão de saúde. (Nogueira, 2002).

Em 1994, naquele cenário de reformas e naquela situação precária para os Recursos Humanos, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), apresentado como um novo modelo na atenção básica visando à promoção, prevenção e assistência em Saúde. De início, a meta era a ampliação do acesso aos serviços de Saúde em determinadas regiões do Brasil. Após 1996, o programa tornou-se também uma proposta de substituição das práticas tradicionais, cujos objetivos estavam centrados na doença e em ações curativas individuais.

Na época atual, a forma de vinculação dos RH no PSF ainda, em determinadas regiões, se dá através de contratos temporários sem direito a férias, décimo-terceiro, FGTS, licenças e aposentadorias. Esta situação, obviamente, não satisfaz aos trabalhadores: 45% dos médicos do PSF gostariam que a forma de vinculação fosse exclusivamente estatutária, 18,8% como servidor celetista e 2,5% por formas indiretas de vinculação desde que atendidos os direitos do trabalhador. Destaca-se que a utilização de mão-de-obra de entidades sem fins lucrativos, via terceirização, também tem sido utilizada. (Nogueira, 2002).

Assim, frente à reforma na área da saúde, os Recursos Humanos apresentaram pontos críticos: corporativismo dos profissionais de saúde estabelecendo o grau de formalização do exercício profissional, além da incapacidade de adequação à nova proposta assistencial. Tal fato era também resultante de um sistema formador orientado para médicos especialistas quando a necessidade apontava para médicos generalistas. (Vianna & Dal Poz, 1998).

Dain (2001), no Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde identifica também as seguintes causas: (i) desprestígio político e social dos

Recursos Humanos; (ii) resistência corporativa a mudança no processo de trabalho na saúde, principalmente em grandes centros urbanos, visto nestes haver uma maior organização de entidades corporativas, podendo acirrar disputas às categorias profissionais da saúde; (iii) dicotomia entre os valores das corporações profissionais de saúde e as necessidades da população.

Por sua vez, Dain (2002), Pierantoni (2001), Viana & Dal Poz (1998), são unânimes quanto ao significativo problema dos Recursos Humanos disponíveis para o programa, no que se refere à formação das diferentes categorias profissionais envolvidas. Destacam que o trabalho numa equipe de saúde da família exige, dentre outros fatores: integração multiprofissional, práticas interdisciplinares, assim como a superação de disputas corporativas. Ou seja, um novo profissional da área de saúde capaz de atender às transformações do modelo assistencial e, até mesmo, das relações de trabalho.

A Emenda Constitucional de 1998 produziu os seguintes efeitos legais em relação aos Recursos Humanos: perda da estabilidade do funcionário público, podendo ser demitido por insuficiência de desempenho; substituição do Regime Jurídico Único por formas “flexibilizadas de contratação” para servidores da administração direta, autarquias e fundações; estabelecimento de critérios para a remuneração, com tetos e sub-tetos, com a supressão da palavra isonomia do texto constitucional; possibilidade de re-alocação de servidores entre órgãos e entidades da administração.

Pierantoni (2001) ressalta três dimensões críticas para os Recursos Humanos setoriais: 1- aspectos da dimensão gerencial (relacionados com a gerência de sistemas e serviços de saúde); 2- aspectos da dimensão estrutural (quanto as questões relativas à formação e a disponibilidade do mercado de trabalho); e 3- aspectos da dimensão regulatória (concernentes a mecanismos de interação entre o processo de trabalho e a legitimação profissional).

Dentre os aspectos da dimensão gerencial, salienta-se a dificuldade encontrada pelos gestores quanto à avaliação de desempenho³. Tal fato se deve à alta rotatividade, acumulação indevida, temporalidade dos contratos, interferência política — clientelismo —, dificuldades de sistematização de processos de avaliação, envolvimento de diversas categorias profissionais, diferentes modalidades de contratação (foram identificadas treze diferentes formas de vinculação), entre outras.

Na dimensão estrutural destaca-se o distanciamento entre o setor educacional e as discussões das reformas implantadas no setor saúde, visando uma melhor aplicabilidade de conteúdos e práticas pedagógicas capazes de atender às reais e atuais necessidades do sistema de saúde. Aspecto também relevante é a grande valorização do docente acadêmico pela dimensão da sua pesquisa, e não pelo exercício da atividade ensino.

Em relação à dimensão regulatória, a existência de monopólios profissionais é fator limitante ao trabalho interdisciplinar. *“Nos processos de mudança no campo das políticas públicas de saúde é inegável a participação da profissão médica. Essa participação é explicitada, entre outras coisas, pela dominação e habilidade em se opor e rejeitar mudanças indesejáveis”*. (Pierantoni, 2001, p.355).

Tal fato é corroborado pela manifestação nacional de doze categorias profissionais da área de saúde — Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia e Técnicos em Radiologia — contra o Projeto de Lei do Ato Médico. A Proposta, tramitada no Senado Federal em meados de setembro de 2004, restringe aos médicos as chefias e coordenações das unidades de saúde, assim como estabelece serem estes os únicos capazes de realizar prescrição terapêutica.

³ Pesquisa realizada pelo CONASS/CDRHSUS/MS em 1997 (apud PIERANTONI, 2001).

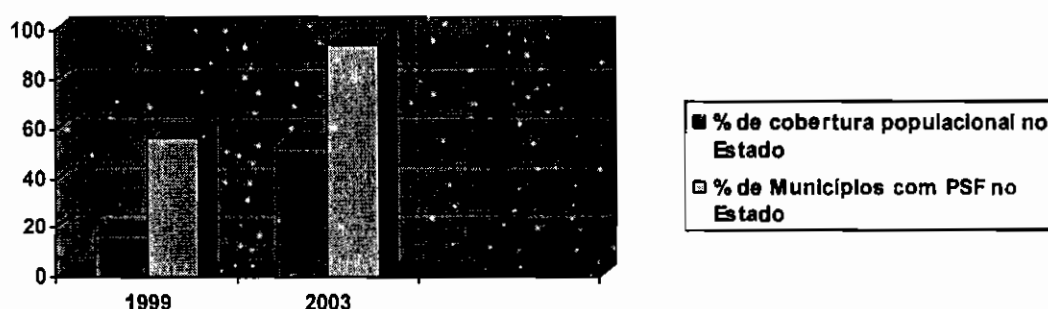
Pertinente é o posicionamento de Kuhn (1997): *“Há escolas nas ciências... estão sempre em competição... O resultado disso é que membros de uma comunidade científica vêem a si próprios e são vistos pelos outros como os únicos responsáveis pela perseguição de um conjunto de objetivos comuns. No interior de tais grupos a comunicação é relativamente ampla e os julgamentos profissionais relativamente unânimes... A comunicação profissional entre grupos é algumas vezes árdua. Frequentemente resulta em mal-entendidos e pode, se nela persistirmos, evocar desacordos significativos e previamente insuspeitados”* (p.221).

O recorte

Embora a questão da fixação, da permanência, dos Recursos Humanos esteja presente nas diferentes categorias profissionais envolvidas no Programa de Saúde da Família e em todo o território nacional, uma delimitação, um recorte do estudo se faz necessário a fim de que seja viável a realização do mesmo por um único pesquisador. Assim, prioritariamente, a pesquisa estará direcionada para o profissional em Medicina, devido à função primordial que desempenha no setor Saúde.

Quanto ao recorte territorial, no momento, o estudo se deterá a região Nordeste, região do país que possui o maior percentual de cobertura populacional pelo Saúde da Família. Especificamente no Estado de Pernambuco, em um dos Municípios de uma das suas dez Regionais da GERES, de uma das cinco mesorregiões do Estado de Pernambuco — Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e São Francisco.

O Programa de Saúde da Família, em Pernambuco, foi implantado a partir da sua criação, ou seja, desde 1994. Em 1999, cobria 16,79% da população, com 369 equipes, presentes em 57% Municípios; em 2003, com 1.263 equipes em funcionamento, a cobertura foi ampliada para 53% do número de habitantes do Estado, num total de 94,59% dos Municípios. Neste sentido, o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), iniciado em 2001, proporcionou que o PSF chegasse a Municípios menores e mais distantes.⁴



Mesmo assim, o percentual de cobertura populacional é menor que o de Municípios do Estado com o Programa de Saúde da Família implantados. Questões relativas aos Recursos Humanos ainda dificultam a sua implementação. Tanto que na pauta de março de 2005, da Ata da Centésima Quinquagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, consta como necessidade a formulação e a implantação da política de Recursos Humanos.

Para a escolha do Município a ser estudado, foi necessário, primeiramente, o levantamento de dados junto a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, a partir do qual foi montado um quadro com o número populacional, o quantitativo de médicos do Programa de Saúde da Família. A meta era identificar tanto o tempo de adesão de um profissional médico ao PSF, quanto o tempo de permanência deste profissional a uma mesma equipe de saúde.

4 - Dados provenientes de www.abrasil.gov.br/estados. Consulta realizada em junho de 2005.

Dentre as dez Regionais do Estado Pernambuco, o estudo priorizou a Regional Recife (Regional I), apesar desta estar situada na mesorregional Metropolitana, não sendo, aparentemente, tão grande as dificuldades de interiorização. Entretanto, apresenta Municípios afastados da capital, com localidades que chegam a 100% de rotatividade de médicos.

Em relação à rotatividade de médicos do PSF dentro de uma mesma Regional, na Regional Metropolitana Recife, os Municípios onde houve maior ocorrência foram: do Ipojuca, Iguarassu, Cabo de Santo Agostinho, Araçoiaba e Abreu e Lima. Ou seja, o profissional em Medicina continuou trabalhando no PSF, mas trocou de cidade.

ROTATIVIDADE DE MÉDICOS DO PSF ENTRE MUNICÍPIOS DA MESMA REGIONAL.

Ipojuca – dos 09 que saíram, 01 foi para Recife e 01 para Cabo de Santo Agostinho ainda em 2004, e 01 foi para Recife em 2005.
Iguarassu – dos 12 que saíram, 01 foi para Recife e 01 foi para Olinda em 2005
Cabo de Stº Agostonho – dos 11 que saíram, 01 foi para Recife em 2005
Araçoiaba – dos 03 que saíram, 01 foi para Abreu e Lima em 2005.
Abreu e Lima – dos 04 que saíram, 01 foi para Iguarassu em 2005.

FONTE: SES DE PERNAMBUCO

A tabela a seguir, foi elaborada a partir de informações fornecidas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Dessa forma poderá ser feita uma melhor apreciação referente à rotatividade do profissional em Medicina no Programa de Saúde da Família de cada um dos Municípios da Regional I – Regional Metropolitana Recife.

Regional I –Regional Metropolitana Recife –PSF

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	Nº DE ALT. ANUAL
ABREU E LIMA (96.560 habitantes)	1º SEM. 2004	25				04
	2º SEM. 2004	25	25	0	0	
	1º SEM. 2005	25	21	04	04	
ARAÇOIABA (17.474 habitantes)	1º SEM. 2004	03				03 (+ 01 médico)
	2º SEM. 2004	03	03	0	0	
	1º SEM. 2005	04	0	03	04	

FONTE: SES DE PERNAMBUCO

continua

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	Nº DE ALT. ANUAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO (169.230 habitantes)	1º SEM. 2004	38		04		11 (- 04 médicos)
	2º SEM. 2004	34	28	06	06	
	1º SEM. 2005	34	33	01	01	
CAMARAGIBE (147.048 habitantes)	1º SEM. 2004	38				02 (+ 01 médico)
	2º SEM. 2004	38	36	02	02	
	1º SEM. 2005	39	38	0	01	
CHÃ GRANDE (20.226 habitantes)	1º SEM. 2004	06				02
	2º SEM. 2004	06	05	01	01	
	1º SEM. 2005	06	05	01	01	
FERNANDO DE NORONHA (2.277 habitantes)	1º SEM. 2004	01				01 (+ 01 médico)
	2º SEM. 2004	01	01			
	1º SEM. 2005	02	0	01	02	
GOIANA (75.576 habitantes)	1º SEM. 2004	17				07 (+ 01 médico)
	2º SEM. 2004					
	1º SEM. 2005	18	11	06	07	
IGUARASSU (90.905 habitantes)	1º SEM. 2004	21				13
	2º SEM. 2004	21	18	03	03	
	1º SEM. 2005	21	11	10	10	

FONTE: SES DE PERNAMBUCO

continua

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	Nº DE ALT. ANUAL
IPOJUCA (67.961 habitantes)	1º SEM. 2004	12				10 (- 02 médicos)
	2º SEM. 2004	10	02	10	08	
	1º SEM. 2005	10	10	0	0	
ILHA DE ITAMARACA (18.527 habitantes)	1º SEM. 2004	03				01
	2º SEM. 2004					
	1º SEM. 2005	03	02	01	01	
ITAPISSUMA (22.439 habitantes)	1º SEM. 2004	06				05 (- 01 médico)
	2º SEM. 2004	07	06		01	
	1º SEM. 2005	06	03	04	03	
JABOATÃO DOS GUARARAPES (640.722 habitantes)	1º SEM. 2004	40				09 (+ 05 médicos)
	2º SEM. 2004					
	1º SEM. 2005	45	31	09	14	
MORENO (55.516 habitantes)	1º SEM. 2004	10				03
	2º SEM. 2004	10	09	01	01	
	1º SEM. 2005	10	08	02	02	
OLINDA (384.512 habitantes)	1º SEM. 2004	42				19 (- 02 médicos)
	2º SEM. 2004					
	1º SEM. 2005	40	23	19	17	
PAULISTA (294.033 habitantes)	1º SEM. 2004	43				03 (- 10 médicos)
	2º SEM. 2004	29	27	16	02	
	1º SEM. 2005	30	29	0	01	
POMBOS (24.667 habitantes)	1º SEM. 2004	07				04
	2º SEM. 2004	07	03	04	04	
	1º SEM. 2005	07	07	0	0	

FONTES: SES DE PERNAMBUCO

continua

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	Nº DE ALT. ANUAL
RECIFE (1.501.010 habitantes)	1º SEM. 2004	217				36 (- 09 médicos)
	2º SEM. 2004	202	197	20	05	
	1º SEM. 2005	208	186	16	22	
SÃO LOUREÇO DA MATA (93.247 habitantes)	1º SEM. 2004	22				04
	2º SEM. 2004	22	22	0	0	
	1º SEM. 2005	22	18	04	04	
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO (124.349 habitantes)	1º SEM. 2004	17				04 (+ 03 médicos)
	2º SEM. 2004	18	15	02	03	
	1º SEM. 2005	20	16	02	04	

FONTE: SES DE PERNAMBUCO

O próximo capítulo percorrerá um caminho onde serão observados: o fator econômico, o contexto sociológico e histórico - político envolvido na criação e no desenvolvimento do Programa de Saúde da Família, na busca de elucidar estas questões, identificadas na construção do problema.

2 OS ANTECEDENTES E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 O fator econômico, o contexto sociológico e histórico-político

A ciência econômica moderna se desenvolveu como a racionalização da chamada Economia de laissez-faire, e da sua preocupação com o funcionamento do mercado privado. As investigações teóricas dos problemas econômicos por parte do Estado são mais recentes, como a adoção de decisões por parte deste em relação aos bens coletivos ou indivisíveis. É o estudo da Economia do Bem-Estar. Os meios de solução são políticos, mas os problemas em si são econômicos. (Arrow & Scitovsky, 1974).

Após a Grande Depressão de 1929, a ideologia Keynesiana, de que o Estado deve intervir na economia nos momentos de crise, passa a influenciar diversos países. Com a primeira guerra mundial, os ideais não-intervencionistas dos liberais se mostraram impotentes para coordenar uma economia de guerra prolongada. E, na segunda guerra mundial há uma exacerbação da intervenção estatal nas economias, devido à ascensão dos governos autoritários.

Por sua vez, os Keynesianos passam a discutir questões mais de cunho macroeconômicos, os marxistas mantêm seu foco direcionado a críticas ao capitalismo, e, dessa forma, se dedicam pouco aos aspectos microeconômicos. Daí, os estudos na área do Bem-Estar, serem, quase que exclusivamente, feitos por economistas vinculados à escola Liberal.

A teoria econômica (liberal)⁵ se distingue entre a denominada Economia Positiva, cujo objetivo é a explicação do funcionamento do sistema econômico, e a Economia do Bem-Estar, que prescreve a política a ser empregada, se propondo a verificar a eficiência das instituições econômicas ao utilizar os recursos de uma dada comunidade. As propostas do emprego de recursos da Economia do Bem-Estar se baseiam em dois tipos de prescrições: 1) uma quantidade fixa de recursos ; e 2) uma quantidade variável de recursos. (Scitovsky, 1974).

“Todas las proposiciones del bienestar de los economistas clásicos — competencia perfecta, libre comercio e tributación directa — pertenecen a la primera categoría... Todas ellas se basan en el principio de que, dada una cantidad total de recursos utilizados, lo más conveniente es distribuir tales recursos entre usos diferentes...” (Scitovsky, 1974: p.14). E acrescenta que, de fato, todas elas baseiam-se no critério da eficiência econômica.

De acordo com alguns teóricos, para se chegar ao máximo de Bem-Estar, os meios mais importantes são a igualdade de preço e custo marginal ⁶, visto que *“la competencia perfecta es claramente imposible cuando los costos marginales son menores que los costos médios”*. (Radomysler, 1974: p.111). Dessa forma, defende que, onde exista o monopólio, ou a concorrência seja imperfeita, a concorrência perfeita deve ser restabelecida através da empresa privada, ou de outra instituição.

Esta é uma concepção vinculada à teoria econômica de matiz liberal, ou seja, dar prioridade ao restabelecimento da concorrência perfeita às atividades que apresentem situações de concorrência imperfeita. Cabe, então, citar a proposição Keynesiana de que, se a atividade é importante para a sociedade e há recursos

⁵ Observação da autora.

⁶ Custo Marginal é o acréscimo no custo total resultante de uma unidade a mais do bem. Partindo-se da hipótese que os custos são crescentes, a partir de uma quantidade, no momento em que o custo marginal iguala-se ao preço do produto, a produção de uma unidade a mais do produto irá resultar em prejuízo para o produtor [a hipótese dos custos crescentes é fundamental para essa concepção, o que acaba restringindo sua aplicação, na medida que nem todas as atividades encontram este tipo de função de produção].

ociosos (trabalhadores, em especial) o Estado deve promover esta atividade, principalmente nos casos em que o setor privado não possui interesse.

Campos e Albuquerque (1998) ao analisarem os aspectos econômicos na Saúde, explanam que *“o peso da incerteza e as enormes assimetrias de informação existentes são determinantes no surgimento da falha de mercado e, conseqüentemente, na necessidade de instituições nessa atividade”*. (p.07). Argumentam ainda que *“as forças de mercado”* não são a fórmula para o funcionamento do setor Saúde.

Citam uma série de fatores que distinguem o setor Saúde: incapacidade do consumidor de compor a sua cesta (do usuário saber optar antecipadamente pelo procedimento que virá a ser necessário caso venha a ficar doente); inexistência de limites para racionalizar a produção (como por exemplo: optar pela extinção de cirurgia vascular em emergência onde seja baixa a incidência de ocorrência deste tipo de trauma); insumos e processos não são padronizáveis (*“culturas”* médicas e respostas terapêuticas diferenciadas).

Arrow (apud Campos e Albuquerque, 1998) expõe que *“praticamente todas as características especiais desse setor, de fato, derivam-se da prevalência da incerteza... a doença, em grande medida, é um fenômeno imprevisível...A doença não apenas é um risco , mas é um risco associado a um custo em si.”* (p.09). Além do custo do atendimento médico, há a diminuição da capacidade de trabalho e de renda do enfermo. Por sua vez, as condições da oferta de entrada no mercado não são livres. Há o necessário credenciamento obtido via altos custos da educação médica.

Aliás, a questão dos custos crescentes em Saúde tem sido uma preocupação constante tanto no setor público quanto privado, e o ponto fundamental passa a ser como chegar a um equilíbrio entre custos, quantidade e qualidade dos serviços de Saúde. Na busca de tais parâmetros, encontram-se a Análise de Custo-Benefício e Análise do Custo-Eficiência. Porém, num Sistema Universal de Saúde,

custos e investimentos nacionais no setor devem ser compatíveis. Senão, bastaria um sistema liberal de atenção à Saúde, se apenas fossem considerados os segmentos privilegiados da população. (Campos, 1988).

Neste sentido, Vickrey (1974) em um estudo sobre a Economia do Bem-Estar, bastante arraigado em ideais liberais de que as atividades a serem executadas devem ter sempre uma viabilidade econômica, argumenta que antes de se decidir oferecer tais serviços à população, é necessário que se faça uma análise referente a se os benefícios são compatíveis com as cobranças a serem feitas, a fim de cobrir seus custos.

De todo o modo, a intervenção do Governo na função do Bem-Estar, se dá através das Políticas de Estabilização, Distributivas e Alocativas. A função estabilizadora, busca controlar o nível agregado da demanda, intervindo nos gastos públicos, no crédito ao setor privado e nos níveis de tributação. O propósito é evitar crises de inflação ou depressão, em razão dos impactos sócio-econômicos derivados destas.

Já função distributiva se justifica, pelo fato de que mesmo onde exista uma economia de mercado eficiente, pode ocorrer uma distribuição de renda extremamente desigual. Neste caso, um dos meios mais utilizados é o sistema tributário e a política de gastos governamentais, ampliando despesas de transferências que beneficiem as classes de renda menos privilegiada.

Por sua vez, na função alocativa o governo intervém no sentido de alocar recursos na produção de bens e serviços necessários à sociedade e não ofertados pelo mercado. É o caso dos "Bens Públicos", como, por exemplo: a Segurança Nacional, o controle do trânsito numa grande cidade etc. Ou seja, a demanda por estes bens é coletiva e de difícil individualização. Há ainda o caso dos "Bens Semi-Públicos", onde há também a presença da iniciativa privada, mas o

Governo intervém na produção destes bens, como se encontra atualmente a situação da Saúde.

Vickrey (1974) pondera que os serviços sanitários e hospitalares têm uma tendência a serem utilizados demasiadamente, já que são gratuitos. Dessa forma, observa que as atividades médicas não são tão objetivas como requereria o conceito de um nível de Bem-Estar. Quanto ao financiamento dos serviços explana que *"em cierto sentido, se justifica que quienes disfruten los beneficios o causen los costos, deben pagar consiguientemente..."*(p.227). Mas, *"como medir el beneficio: deberá medirse em términos del costo, o em proporción del servicio al individuo implicado, o em proporción a la cantidad que el individuo pagaria, antes que privarse por completo del servicio?"* (p. 228)

A partir da Constituição de 1988, o financiamento da Saúde no Brasil, passa a ser proveniente de recursos dos orçamentos da União, dos Estados, e dos Municípios, assim como de um elenco de contribuições sociais. (Art.195). De acordo com a Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Serviços e Sistemas de Saúde (2002): *"não houve especificação de uma fonte exclusiva para o setor saúde nem foram definidos percentuais de vinculação que assegurassem a transferência proporcional à arrecadação das contribuições"*. (OPAS, 2002, p.32).

Nos anos 90, os gastos da Saúde, integram o Orçamento da Seguridade Social havendo dois padrões distintos de financiamento: impostos e contribuições sociais. Especificamente: receita fiscal à Saúde e à Assistência. Porém, em 94/95, do total dos recursos da Seguridade, 20% vão para o Fundo Social de Emergência, em 96 vão para o Fundo de Estabilização Fiscal, e por último com o estabelecimento da DRU (Desvinculação da Receita da União — prorrogada até 2007) os recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social têm proporcionado ao governo atingir as metas de superávits. (DAIN, 2002).

Sob a égide de vincular recursos especificamente para a Saúde, são criados em 1996 a CPMF — a EC 12 —, e em 1999 a EC 29⁷, que estabelece um percentual mínimo obrigatório de 12% de receitas estaduais e 15% de receitas municipais, até 2004, para aplicação de recursos na Saúde⁸, sendo a participação da União corrigida pela variação nominal do PIB. Neste sentido, já advertiam Noronha e Soares (2001):

“A emenda constitucional nº 29, sob a aparência que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o governo federal perpetra mais uma reengenharia, reduzindo sua obrigação e repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior... Boa parte dos municípios brasileiros já contribui, em média, com 17% de suas receitas de impostos e transferências.”
(p.449).

De todo o modo, o formato “Seguridade Social” também foi dissociado, ocorrendo à separação das funções: Saúde, Previdência e Assistência, sendo as fontes de financiamento da Saúde, dentre outras, a COFINS, a CSLL e a CPMF. A COFINS e a CSLL direcionadas também à Assistência Social, ao pagamento dos Encargos Previdenciários da União, e ao Fundo Social de Emergência. A CPMF, conforme já mencionado anteriormente, destinada exclusivamente para a Saúde.

⁷ A Emenda Constitucional nº 29 estabelece para a Saúde recursos expostos à variação nominal do PIB, implicando, dessa forma, a queda dos mesmos nos períodos de recessão.

⁸ Em agosto de 2004, a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei complementar que atualiza os percentuais de participação. A fixar para a União: 10% das receitas correntes; para os estados e DF: 12% da receita obtida com o ICMS e IPVA, assim como os repasses da União do IR (deduzidas a transferências aos municípios); para os municípios e DF: 15% da arrecadação do IPTU e demais impostos, além dos repasses da União do IR.

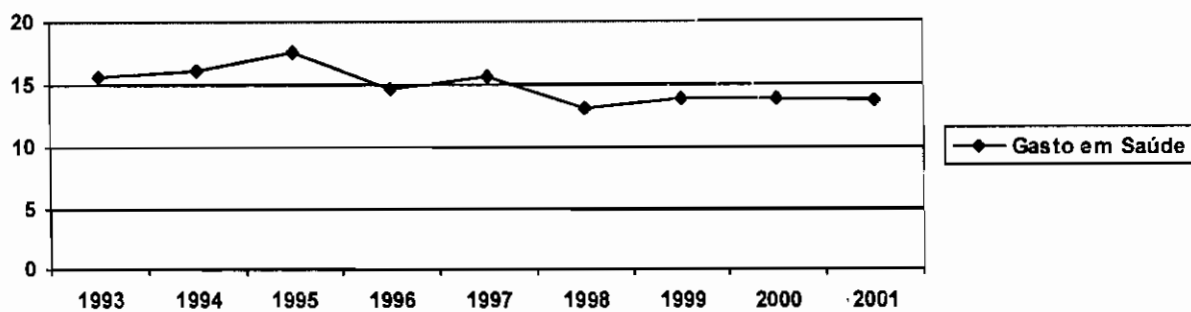
Reforça Vickrey (1974) que uma cobrança nova que se faça por um serviço pré-existente, que já venha sendo oferecido à população, tenderá a gerar um sentimento de insatisfação, de injustiça, ainda que seja necessária tal cobrança para manter o custo do referido serviço. Assim, há um efeito significativo sobre a maneira que se percebe a relação entre o benefício e a carga tributária por parte do público, bem como o grau de aceitação desta relação.

Hipótese interessante é a de Arrow & Scitovsky (1974) de que os participantes de um sistema político, os eleitores, são os mesmos indivíduos que participam do sistema do mercado, logo o que sustenta suas decisões como eleitores são os mesmos sistemas de preferências que regem o mercado.

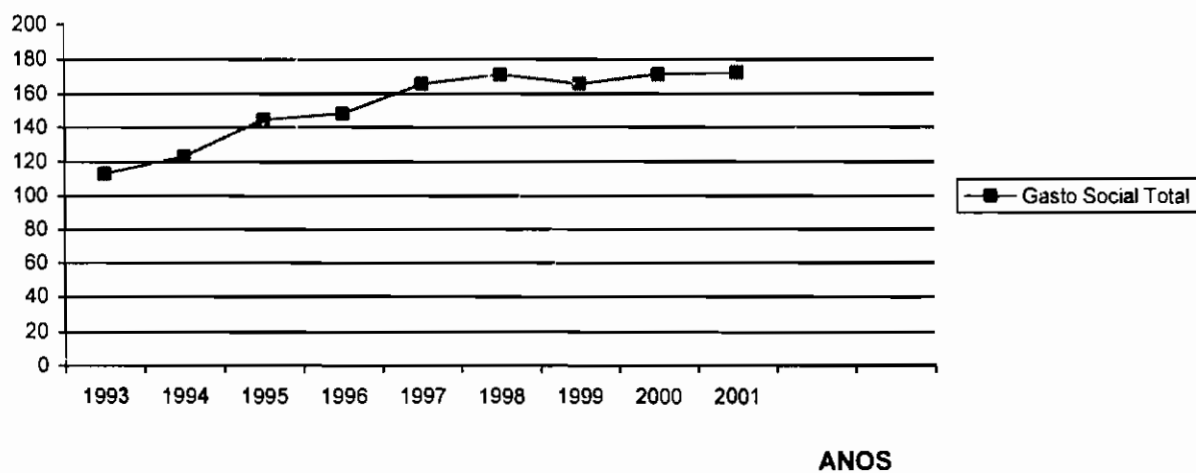
Convém, no entanto, uma apreciação da relação entre os Gastos investidos na Saúde em comparação com o Gasto Social Total do governo Federal, no período entre 1993 (ano anterior à criação do PSF) e 2001 (ano anterior à vigência do PROESF). Nota-se que em 1994 — ano da criação do PSF — embora tanto o Gasto Social Total quanto o Gasto em Saúde tenham tido uma elevação, houve um aumento efetivo da ordem de 8,7% somente no Gasto Social Total, porque em relação à Saúde a elevação foi de 0,51%.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GASTO SOCIAL TOTAL (EM MILHÕES DE R\$)	113.038,	122.873,	144.461,	148.075,	185.198,	171.238,	168.101,	171.178,	172.549,
GASTO EM SAÚDE (% DE APLICAÇÃO DO GASTO SOCIAL TOTAL)	15,69	16,20	17,54	14,66	15,66	13,19	13,92	13,88	13,82

Fonte: IPEA / DISOC, apud OPAS, 2002, p. 29.

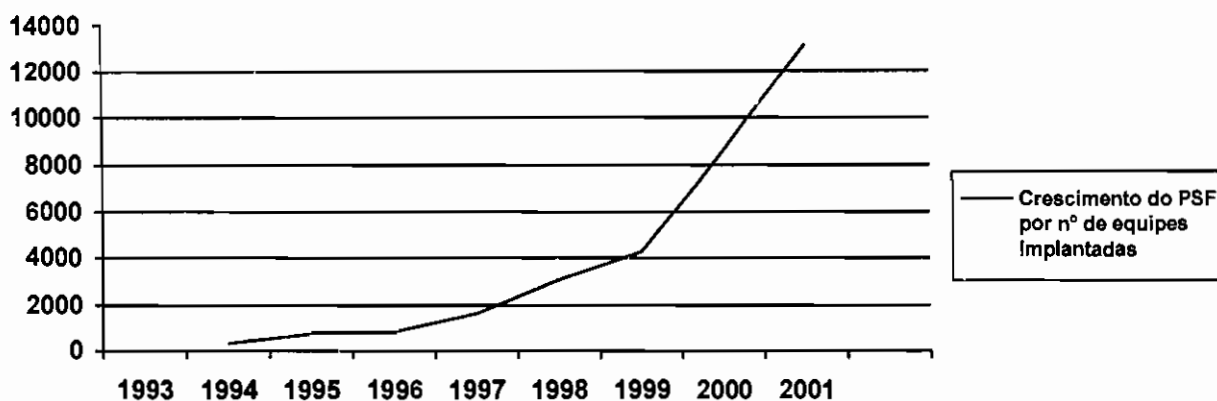


MILHÕES DE REAIS



Prosseguindo a observação, em 1996 (ano da instituição da CPMF — criada especificamente para vincular mais recursos à Saúde — e ano no qual se iniciam os incentivos à implantação do PSF) o Gasto Federal em Saúde decresce, apesar do Gasto Social total estar num crescendo. O mesmo ocorre em 2001 (ano

antecessor à vigência do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), quando o Gasto em Saúde cai a patamares menores que em 1993. E, neste cenário o PSF veio crescendo.



Observa-se que o Saúde da Família, é uma proposta que a um baixo custo financeiro proporciona melhoria nos indicadores de Saúde e amplia atenção básica a um grande número de pessoas, promovendo a saúde e prevenindo doenças. E assim, aliviando, desafogando, os demais setores da Saúde, onde os custos são maiores, como, por exemplo, o custo de uma internação hospitalar. Além de que, mantendo a saúde da população, se está permitindo manter, ao menos no mínimo, a sua produção de renda. Porém, se faz necessária também uma reflexão sobre os aspectos a seguir.

A década de 70 é palco de uma crise monetária mundial. Tal fato era resultado da crise mundial do capitalismo atribuída, em parte, as mudanças no paradigma tecnológico e, em parte a desorganização do sistema financeiro internacional. Tal crise faz ressurgir o antigo ideário do liberalismo econômico, dando origem ao modelo neoliberal, consistindo na liberalização do mercado e redução dos gastos com o Welfare State, dentre outros aspectos. Os países que lideraram a adoção de tal modelo foram os EUA e a Inglaterra.

CB/C REDE SIRIUS / UERJ

No entanto, o ajuste de medidas pelos países centrais foi transferido, através dos chamados ajustes estruturais *“para a periferia via dívida externa, mantendo protegidas suas economias.* (Soares, 2002, p.14). Tais ajustes incluem a privatização do setor público, a redução do Estado, a desregulamentação dos mercados, com políticas liberalizantes. E assim, *“a teoria clássica do livre comércio serve para formular um esquema de divisão internacional do trabalho que vem respondendo a interesses dominantes.”* (Soares, 2002, p.15). E assim, nos anos 80 têm início, na maioria dos países da América Latina, as políticas de ajustes neoliberais.

Esta política neoliberal foi consagrada em 1990 por John Williamson no Consenso de Washington, o qual se compõe de um conjunto de regras aplicáveis aos países e regiões do mundo, a fim de obter apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais.(Soares, 2003). Logo, as reformas de cunho estrutural neoliberal assumem medidas recomendadas pelo Banco Mundial. Convém lembrar que os recursos destinados ao Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família provêm 50% de financiamento do BIRD.

O Brasil entra nesta política de ajustes neoliberais, após a maioria dos países da América Latina, ou seja, na década de 90. E é também nos anos 90 que se inicia o Programa de Saúde da Família, dentro do contexto histórico-político relatado anteriormente, onde proliferaram as relações informais de emprego °, inclusive no SUS, corroborados, à época, pelos escassos concursos públicos para a admissão de novos servidores à época. Por sua vez, passa a ser exigido um novo profissional da área de saúde, capaz de atender ao modelo de atenção à Saúde proposto, atuando em equipes multiprofissionais.

Tal atuação em abordagem multidisciplinar, passa a requerer *“processos diagnósticos da realidade, planejamento das ações e organização*

horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social".(Ministério da Saúde apud Ribeiro, 2004, p.441). Convém destacar que autores como Campos (apud Ribeiro, 2004) postulam que *"o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista... guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho"*. (p. 441)

É bem verdade que o chamado controle gerencial, uma criação capitalista para controlar o processo produtivo, com a fixação da jornada de trabalho, e de mínimos de produção, assume grandes proporções com F. Taylor, para quem o controle sobre o processo de trabalho é fundamental a uma gerência adequada. A esta, cabe planejar a tarefa dos trabalhadores conforme a divisão técnica atribuída a cada um dos trabalhos, sendo todas as atividades previstas, comunicadas, ordenadas, registradas e inspecionadas. (Diniz, 2001).

Já Barreto (2003), numa reflexão sobre o mundo do trabalho na atualidade, esclarece que as crises que vieram ocorrendo no capitalismo, bem como as transformações oriundas destas, trouxeram profundas repercussões nas relações sociais e trabalhistas. *"A nova face dos Recursos Humanos é identificada com a visão global: deve-se pensar além das fronteiras do seu cargo"*, passando a ser exigido trabalhadores flexibilizados inseridos em novos modelos, valores e metas: *"produzir com qualidade e em quantidade e a baixos custos"*. (p.100)

Neste sentido, o Programa de Saúde da Família se amolda perfeitamente. Proposto como um novo modelo de atenção básica, visando a promoção, prevenção e assistência à saúde, tem conseguido resultados satisfatórios em alguns indicadores de saúde a um baixo custo financeiro. Cada equipe, integrada por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 01 dentista, 01 técnico em higiene bucal e de 04 a 06 agentes comunitários de saúde (os de menor

⁹ Resultado das políticas neoliberais implantadas, onde proliferaram tais relações informais de trabalho, os contratos temporários, a ausência de direitos trabalhistas — nem mesmo férias, décimo-terceiro salário etc.

remuneração), atende ao mínimo de 2.450 pessoas — correspondente este mínimo a 800 famílias — e ao máximo de 4.500 pessoas¹⁰.

Convém destacar que, nesta equipe atuam, dividindo o mesmo espaço social, profissionais de diferentes campos da saúde, como, por exemplo, a profissão de agente comunitário de saúde, regulamentada somente em 2002 ¹¹, e a profissão médica, a primeira a ser regulada pelo Estado brasileiro. Por sua vez, sociólogos funcionalistas, tais como Talcott Parsons e Bernard Barber, definem “profissão” através de um esquema avaliativo de atributos, onde nem todas as categorias poderiam ser consideradas profissões, mas sim ocupações.

Entre alguns dos atributos considerados para que determinada atividade venha a ser uma profissão está a autonomia, a qual se encontra fortemente presente na Medicina. Para Machado (1996) *“nenhuma outra profissão se iguala a ela no grau de autonomia...”* (p. 32). Porém, conforme Barreto (2003) *“na complexidade globalizada, tudo se mistura, é confundido, adquire novo sentido e significado...Transformados em objetos, despidos de autonomia, impedidos de criar livremente, expropriados dos direitos... vivem o individualismo competitivo...”* (p. 102)

Machado (1996) ao investigar a profissão médica, obteve em resposta ao seu estudo de campo que 94,8% dos entrevistados consideravam como fundamental a autonomia. O dado surgia associado ao conceito de profissão liberal: *“ser independente, receber direto do cliente, ter consultório particular, ter liberdade de ação...”* (p.176). Ambos os sentidos mencionados anteriormente, expropriação de direitos e ausência de autonomia, de certo modo, estão presentes para a classe médica no Saúde da Família: contratados sem direitos trabalhistas no regime de 40 horas semanais.

¹⁰ Portaria nº 157 de 1998.

¹¹ Lei 10.505.

Ainda em relação às teorias atributivas-funcionalistas, argumentam seus defensores que o retorno monetário recebido pelos profissionais por seus serviços prestados, *“não tem o significado econômico convencional de remuneração num mercado, mas sim de reconhecimento da importante função que desempenham... Em síntese, o profissional é um especialista técnico em virtude do seu domínio da tradição quanto das habilidades necessárias à sua aplicação”*. (Diniz, 2001: p.19). Assim, justificam as diferenças salariais entre ocupações e profissões ¹².

Todavia, esta teoria é amplamente refutada, inclusive por considerarem o conceito de profissão, elaborado a partir de padrões da Inglaterra e Estados Unidos ¹³ com uma economia de mercado em comum, de difícil aproximação ao modelo dos Estados burocratizados da Europa Continental. No entanto, o conceito de profissão anglo-americano é bastante próximo do modelo weberiano de burocracia, correspondendo o serviço burocrático *“ao ideal de serviço das profissões, caracterizado pelo desinteresse e pela dedicação ao bem-estar público”*. (Diniz, 2001: p.26).

Weber identifica a burocracia com a especialização técnica e o prestígio do certificado educacional, relacionando a autonomia das profissões *“a tendência da burocracia de emancipar-se de seu senhor e se transformar em entidade corporativa com poder autocrático”*. (Diniz, 2001: p.28). Por sua vez, os neoweberianos, utilizam largamente o conceito de “fechamento das profissões”, no qual as coletividades sociais procuram maximizar seus ganhos através da restrição ao acesso apenas a um número limitado de elegíveis, os quais irão monopolizar tais ganhos.

Diniz (2001), ainda em seu estudo sobre a sociologia das profissões, esclarece que Abbot considera inadequado observar as profissões de maneira

¹² Em uma equipe de Saúde da Família, a remuneração mensal por categoria varia, em média, de 01 salário mínimo a 35 salários mínimos aproximadamente.

¹³ Países que adotaram o antigo ideário do liberalismo econômico na década de 70, dando origem ao neoliberalismo.

individualizada por acreditar que todas elas surgem e se desenvolvem num sistema de interdependência, onde a disputa por jurisdições, por domínios profissionais exclusivos, é o fator primordial. Neste sentido, Larson, analisa o processo da profissionalização como um monopólio de expertise. De todo o modo, o estudo das profissões deixa de ter como eixo o cognitivo e normativo, para ter como eixo o poder.

Por sua vez, Foucault (1979) em sua análise sobre o poder, o descreve como algo tão enigmático, *“ao mesmo tempo visível e invisível”* (p.75) presente e oculto, investido em toda à parte, não sendo ninguém propriamente seu titular, porém sendo ele sempre manifestado em determinada direção. Seu funcionamento se daria em cadeia, circulante, exercido em rede, onde os indivíduos, em sua malha, estariam em posição de exercer este poder e sofrer sua ação. Ou seja, o poder perpassa pelos indivíduos. Logo, o indivíduo em si passa a ser um efeito do poder e o seu centro de transmissão.

Bourdieu (1989) em *“O poder simbólico”* esclarece que são as diferentes espécies de poder ou de capital (cultural, econômico, simbólico e global), as propriedades atuantes na construção do espaço social. Este espaço poderia ser descrito como um campo de forças, um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos que entrem neste campo.

Os princípios de construção deste espaço social seriam as propriedades atuantes, ou melhor, as diferentes espécies de poder, de capital, *“A maneira de trunfos num jogo, são os poderes que definem as probabilidades de ganho num campo determinado”*. (Bourdieu, 1989: p. 134). Ou seja, a cada sub-campo corresponderia uma espécie de capital particular, como o poder. Porém:

“Falar de espaço social, é dizer que se não pode juntar uma pessoa qualquer com outra pessoa qualquer, descurando as diferenças fundamentais, sobretudo econômicas e culturais. Mas isso não exclui nunca

completamente que se possam organizar os agentes segundo outros princípios de divisão... É preciso, de resto, notar que estes estão geralmente ligados aos princípios fundamentais... (Bourdieu, 1989: p. 138).

Então, se poderia dizer que uma equipe de saúde da família seria um espaço social, onde estariam presentes as lutas simbólicas, sendo as individualidades dos agentes mais um dos princípios de divisão. De outra maneira, Diniz (2001) ao esclarecer demais questionamentos, relaciona a posição privilegiada assumida por determinados profissionais aos saberes especializados que dominam. Contudo, acredita que fatores que transcendem o meio social, são capazes de construir a base de formação dos indivíduos e de contribuir para uma estrutura de desigualdades.

Conforme Spranger (1948): *"Ciertamente pueden considerarse los grupos sociales como totalidades supraindividuales que, por decirlo así, actúan en el espacio y en el tiempo como massas animadas. Mas aun entonces habrá que aprehenderlos bajo el esquema cognoscitivo de una individualidad..."* (p. 78). Continuando acrescenta: *"... los seres humanos em virtud de regular acción conjunta y recíproca constituyen un grupo y tienen una cultura común...(p. 315)"* e *"... las normas colectivas de comportamiento no son formas hijas de la arbitrariedad.. Sino que están em conexión de sentido ..."* (p. 316)

Penna (1986) analisa a contribuição de Spranger *"em função da relevância concedida aos fatores cognitivos na determinação do comportamento ..."* (p.23). Assinala que em Spranger há uma disposição pluralista, visto admitir seis formas de vida com um tipo de valor predominante em cada uma delas, sendo *"que nenhuma se revela pura e logicamente também não se mostrará pura"* (p.24). Ou seja, em cada estrutura estão presentes também os demais valores, porém de maneira subordinada, e por vezes de forma contrastante, ao valor mais relevante.

Heller (1983) questiona se as idéias guias da Filosofia, produzidas através de juízos de valor, estariam guiando as ações da sociedade. Elucida ser o indivíduo e a sociedade caracterizados por um sistema de valores, onde a escolha de cada um destes valores teria afinidades com determinadas classes sociais, com seus interesses e carências. Assim, a opção por determinado valor na realização de uma ação, dependeria tanto da adequação deste valor frente à situação apresentada, como da influência do fator personalidade nesta tomada de decisão.

Makiguti (1995), contudo, relaciona os valores aos ideais do Bem, do Benefício e do Belo. Em sua teoria estabelece o Benefício em substituição à Verdade, por entendê-lo imutável, enquanto o valor se modificaria. Assim, defende o ideário de um sistema educacional que incentive a criação de valor através da estimulação da virtude, do benefício e do belo. Postura esta adversa aos posicionamentos filosóficos; no entanto, Heller observa: *"na definição de valores verdadeiros, deixamos aberto um problema decisivo, o da colisão das idéias de valor"*. (p. 104)

Autores, tais como Deddeca (1998), Piancastelli (2000), Komatsu (1998) e Cordeiro (2000), independentemente de suas motivações, argumentam a importância de se ter um perfil do novo profissional de Saúde, seja para o estabelecimento de habilidades e atitudes a serem desenvolvidas, seja na mensuração de parâmetros avaliativos de tais qualidades.

Piancastelli (2000) ressalta ainda a necessidade de se *"mudar as práticas dos profissionais de saúde, de forma que suas bases sejam alicerçadas em novas habilidades, atitudes e valores éticos"*. (p.45). Diante de tais questionamentos, é necessário que se localize o contexto histórico-político em que foi criado e se situa o PSF, para que se possa compreender as razões e os percalços de sua trajetória.

Nos anos 70 é realizada a Conferência de Alma-Ata, sob os auspícios da OMS, e da Assembléia Mundial de Saúde, apresentando a expansão dos cuidados primários de saúde como eficiente e de baixo custo na melhoria de alguns indicadores

de saúde de uma dada população. Começa a ter repercussão o conceito de saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não mais como sinônimo de ausência de doença ou enfermidade. Em 1986, é estabelecida a Carta de Ottawa, onde consta:

“A promoção de saúde consiste em proporcionar à população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre a sua saúde, envolvendo: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade.”

Neste contexto, têm início, nos anos 80, na maioria dos países da América Latina, as políticas de ajustes neoliberais, com seus maiores reflexos em cortes financeiros nas políticas sociais, em particular na Saúde. No Brasil ¹⁴, a época era de transição democrática e de expectativas de ampliação dos direitos sociais. Questões relativas à Saúde vinham sendo debatidas através dos movimentos reformistas sanitários, resultando na universalização do acesso à Saúde através da promulgação da Constituição Federal de 1988, com o surgimento do Sistema Único de Saúde — SUS ¹⁵.

A Constituição de 1988 passa a estabelecer a Saúde como: *“direitos de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* (Art. 196). A Saúde é incorporada à Seguridade Social, a qual passa a englobar também os direitos relativos à Previdência e à Assistência Social.

¹⁴ Com um quadro de estagnação econômica e evolução da pobreza, apresentando *“aumento da concentração da renda e a melhoria de vários indicadores das condições de vida da população”*. (Tavares & Monteiro, 1994: p.43)

¹⁵ Nesta mesma década de 80 há o crescimento do mercado privado de saúde. (Bahia, 2001).

Na década de 90, ocorrem fatos significativos relacionados à Saúde como: a extinção do INAMPS (Lei 8.689/93), o papel das NOBS¹⁶ e da NOAS¹⁷, além das comissões bipartites e tripartites, e das transferências fiscais fundo a fundo¹⁸ para os governos subnacionais. Estas, devido à necessidade de complementação de receitas para o cumprimento dos encargos de competência de determinado ente federativo. Ressalta-se que a municipalização suplantou a estadualização, sendo em muitos Municípios os recursos provenientes do SUS a maior fonte de receita.

Neste íterim, objetivando ações de prevenção e promoção de saúde, amparadas pela Carta de Ottawa, que define Promoção de Saúde como “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde*”, é criado, em 1991, o PACS — Programa de Agentes Comunitários de Saúde — enfocando a família como unidade de ação na prevenção de doenças e promoção de saúde.

Em 1994 sob a influência do PACS é criado o PSF¹⁹, sendo ambos programas pertencentes à Rede de Proteção Social. A partir de 1996, o Programa de Saúde da Família passa a ter maior integração com o PACS, através da inclusão do agente comunitário em suas equipes de Saúde da Família. Por sua vez, a alta adesão de municípios ao programa, além dos resultados satisfatórios em alguns indicadores de saúde com baixo custo financeiro, fazem com que o PSF passe a ser identificado como uma “estratégia” de reorientação do modelo assistencial.

A proposta do modelo assistencial Saúde da Família é centrada na prevenção de doenças e na promoção de saúde. O atendimento à população se dá

¹⁶ A Norma Operacional Básica 01/96 define novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde.

¹⁷ A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/1) estabelece a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

¹⁸ As transferências intergovernamentais são mecanismos de repasse de recursos de origem fiscal objetivando a complementação de receitas necessárias ao cumprimento dos encargos de competência de determinado ente federativo.

¹⁹ Conforme Senna (2002): “*num contexto de crise e racionalização dos gastos em Saúde*” (p. 204), numa época em que “*ganha força a perspectiva de que mais do que a insuficiência de recursos, o que caracteriza a ação governamental no Brasil é a má distribuição dos recursos existentes, que acabam não atingindo os grupos sociais mais vulneráveis*”. (p.205).

através de unidades de ação formadas por equipes de saúde, integradas por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 agentes de saúde — podendo ser acrescida de dentista e de técnico em higiene bucal. Assim, uma equipe de saúde da família desenvolve, ações de saúde voltadas à família, de forma contínua, sendo capazes, de acordo com o declarado, de resolver 85% dos problemas de saúde da população, desafogando os hospitais ²⁰.

O financiamento do PSF provém de recursos federais — injetados com empréstimos do Bando Mundial. Tais recursos são repassados, transferidos regular e automaticamente sob a forma de incentivos mensais, através do PAB — Piso de Atenção Básica —, aos Municípios que tenham o Saúde da Família implantados em seus territórios, devendo ser seguidos os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Assim, um Município pode estabelecer quantas equipes considerar necessária para a cobertura de sua população, sendo cada uma delas responsável por uma quantidade variante de 2.400 a 4.500 pessoas.

O PSF, de início esteve sob a gerência específica da COSAC (Coordenação de Saúde da Comunidade) da Fundação Nacional de Saúde. Em 1995 o PSF é transferido para a SAS (Secretaria de Assistência à Saúde), para o Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Em 1996, têm início alguns incentivos financeiros à implantação do PSF: os Municípios que viessem a desenvolver ações básicas de saúde teriam acesso ao recém criado PAB (Piso de Atenção Básica) ²¹, vindo a ter a sua remuneração per-capita, além de serem favorecidos com recursos adicionais.

Em 1998, a PT MS/GM 157 determina que os recursos financeiros federais relativos ao PACS e ao PSF sejam transferidos aos Municípios habilitados, em parcelas mensais, fundo a fundo, de acordo com a Norma Operacional Básica

²⁰ FONTE: <http://www.saude.gov.br> Consulta realizada em fevereiro de 2003.

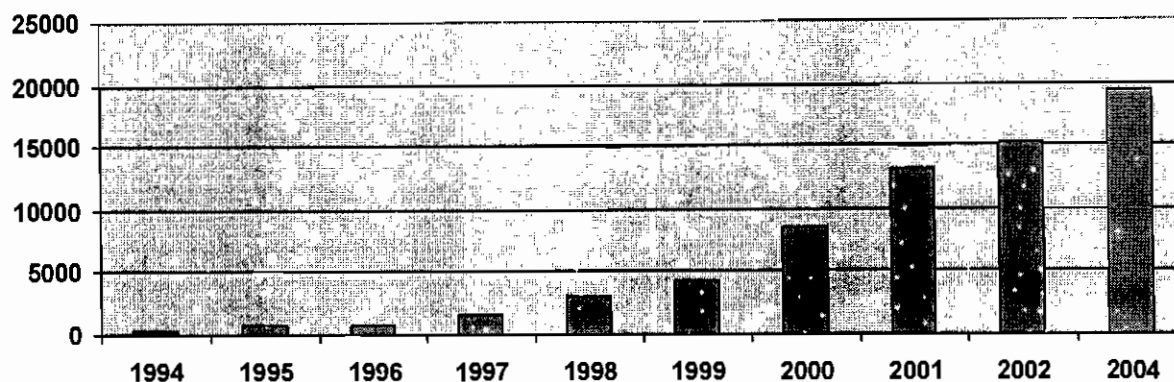
²¹ “O Piso de Atenção Básica é um mecanismo de repasse de recursos aos municípios para um elenco definido de ações básicas de atenção à saúde, não mais sob a forma de compra de serviços, mas com base em um valor per capita, de forma direta e automática aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados”. (OPAS, 2002, p.43)

(NOB) 01/96. O valor estipulado corresponde a R\$ 1.500,00 para cada agente comunitário por ano, sendo o recurso financeiro por equipe de saúde da família variável de R\$ 15.000,00 a R\$ 21.000,00 ao ano, conforme a parte fixa do PAB de cada Município.

Por sua vez, a portaria 1.329 de 1999 estabelece a transferência de um valor fixo por equipe de saúde da família, de acordo com a faixa de cobertura populacional. (Tabela 2). Em 2002, a portaria 1.444 cria o incentivo financeiro para a saúde bucal junto ao PSF, no valor de R\$ 5.000,00 por equipe implantada, objetivando a aquisição de instrumentos de saúde bucal e odontológico. No ano de 2003 é estabelecido um incentivo adicional para a implantação de novas equipes de saúde, no valor de R\$ 10.000,00/equipes, pagos em duas parcelas, e de um incentivo fixo por ACS / ano de R\$ 2.200,00.

Ampliando a interiorização da atenção básica em saúde, em 2000 é criado, e, através da Portaria 227/MS, em 2001 é regulamentado o PITS — Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. A meta era a implantação de equipes de saúde da família nos Municípios de até 50 mil habitantes em que a taxa de mortalidade infantil fosse igual ou maior que 50/1000 nascidos vivos, além de dar prioridade aos locais de controle da hanseníase, tuberculose e malária.

Tais incentivos promoveram a expansão do PSF, passando o número de equipes implantadas de 328 em 1994 para 19.503 em meados de 2004. A meta do PSF, quando de sua criação, era a ampliação do acesso aos serviços de saúde em determinadas regiões; porém, após 1996, passa a ser também uma proposta de substituição das práticas tradicionais, as quais centram-se na doença e em ações curativas individuais. O crescimento do Saúde da Família pode ser observado a seguir:



ANOS	Nº DE EQUIPES
1994	328
1995	724
1996	847
1997	1.623
1998	3.083
2000	4.254
2001	8.604
2002	13.168
2003	15.201
2004	19.503

Fonte: DATASUS/SIAB – Junho de 2004

De acordo com documento da Secretaria de Política Econômica, mais de 50% dos investimentos em Saúde são destinados ao SUS para ações de natureza curativa, cabendo às ações preventivas, consolidadas no PAB, no PSF e no PACS, menor percentual de recursos financeiros (MF, 2003). É importante lembrar também das deduções do imposto de renda ²² auferidas aos segmentos de maior renda, e a renúncia fiscal (isenção de impostos) aos provedores filantrópicos de serviços de saúde.

²² Em 2000 corresponderam a 0,33% do PIB. Nos segmentos de menor renda estão os maiores clientes de planos de saúde. (Bahia, 2001).

Chega-se em 2002 a uma cobertura de 90% dos municípios brasileiros com assistência à saúde pelo PSF, num total de 16.847 equipes de saúde da família nas 27 unidades da federação, mas, com um índice de cobertura populacional correspondente a 1/3 da população (Caetano e Dain, 2002). Tal fato era resultado de uma política de incentivos financeiros, destacando-se a Portaria 1.329, que veio, privilegiar, indiretamente, os Municípios com menor número de habitantes.

VALORES TRANSFERIDOS CONFORME A PORTARIA 1.329 de 1999

Classificação da faixa	% da faixa de cobertura populacional	Valor em R\$ do incentivo/ano por equipe
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

O que se constata é que nos grandes centros urbanos, não foram suficientes para estimular o Saúde da Família: o incentivo adicional por implantação de novas equipes no valor de R\$ 10.000,00 por equipe / ano; o incentivo fixo por Agente Comunitário de Saúde de R\$ 2.200,00 por ano; e o repasse R\$ 5.000,00 para a aquisição de instrumental e equipamentos de saúde bucal e odontológico por equipe implantada junto ao PSF.

Algumas das dificuldades identificadas por Dain (2001) encontradas pelo Saúde da Família nos grandes centros: (i) sedimentação das ofertas tradicionais de serviços de saúde; (ii) focalização apenas nas áreas de risco, as quais, por vezes, apresentam problemático acesso devido à presença do crime organizado; (iii) mudança do perfil de agravos devido à violência urbana; (iv) duplicidade de gastos com a nova estrutura e a rede tradicional de serviços de alta e média complexidade; (v) falta de mecanismos de gestão, regulação, avaliação e negociação com prestadores privados conveniados ao SUS.

Corrigindo a Portaria 1.329 que, indiretamente, privilegiava financeiramente Municípios de menor população, é lançado o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família), objetivando a organização e o fortalecimento da Atenção Básica através da implantação e implementação do Saúde da Família nos Municípios acima de 100 mil habitantes.

O PROESF tem seus recursos financiados 50% pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD — Acordo de Empréstimo nº 7105-BR) e 50% pelo governo federal, no valor de US\$ 550 milhões previstos para os sete anos de vigência, de 2002 a 2009, conforme se observa no quadro abaixo.

FASES DO PROESF

Fase I	de set/2002 a junho/2005	US\$ 136 milhões
Fase II	de julho/2005 a junho/2007	US\$ 242 milhões
Fase III	de julho/2007 a junho/2009	US\$ 172 milhões

A Portaria nº 396 de 2003 dispõe os novos valores de incentivos financeiros para o Saúde da Família, os quais serão repassados trimestralmente para os Municípios habilitados.

VALORES CONFORME PORTARIA 396 DE 2003 PARA MUNICÍPIOS ACIMA DE 100 MIL HABITANTES

% de Faixa de Cobertura Populacional	Valor em R\$ do incentivo por equipe/ano
0 a 4,9	33.612
5 a 9,9	36.828
10 a 19,9	46.224
20 a 29,9	52.920
30 a 39,9	56.592
40 a 49,9	60.576
50 e mais	64.800

PARA MUNICÍPIOS ABAIXO DE 100 MIL HABITANTES

% de Faixa de Cobertura Populacional	Valor em R\$ do incentivo por equipe/ano
0 a 4,9	33.612
5 a 9,9	36.828
10 a 19,9	40.032
20 a 29,9	46.224
30 a 39,9	49.464
40 a 49,9	52.920
50 a 59,9	56.592
60 a 69,9	60.576
70 e mais	64.800

Buscando também ampliar e melhorar a atenção básica no âmbito do Saúde da Família, não só nos grandes centros urbanos, mas, considerando a baixa cobertura populacional de específicas localidades com menor número de habitantes, a Portaria nº 1.434/ GM de 2004 determina um aumento de 50% no valor dos incentivos ao Saúde da Família e Saúde Bucal. Dentre os Municípios contemplados, estão os que integram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS).

Por sua vez, a Convocatória nº 1 de 2004 propõe metas de cobertura do Saúde da Família por Porte de Municípios e Fases do PROESF.

Metas de Cobertura do PROESF

Porte dos Municípios	Fase 1	Fase 2	Fase 3
De 100 a 500 mil	45%	60%	70%
De 500 mil a 2 milhões	30%	45%	50%
De 2 a 5 milhões	20%	35%	40%
Acima de 5 milhões	15%	25%	30%

Quanto aos propósitos do PROESF, dentre outros, constam: a expansão do Saúde da Família às populações urbanas com acesso precário aos serviços de atenção básica à saúde, e melhoria do desempenho e efetividade dos serviços de atenção básica. Ao final do Programa, espera-se que nos Municípios participantes, a mortalidade infantil seja reduzida em 10%, o baixo peso ao nascer a menos de 7%, que 80% dos pacientes com hipertensão arterial sejam acompanhados.

Objetiva-se ainda: 75% das gestantes acompanhadas pelas equipes do SF tenham o mínimo de seis consultas pré—natais com todos os exames laboratoriais recomendados nos protocolos; 80% das equipes de SF sejam supridas com os medicamentos de farmácia básica; o percentual dos pacientes atendidos pelas equipes de SF referenciados para outros níveis de complexidade seja de até 20%. (www.saude.gov.br/proesf/, consulta realizada em 2004).

O PROESF tem também como uma das metas a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho, visando o desenvolvimento dos Recursos Humanos e mudanças na formação dos profissionais. Busca a estruturação das equipes/unidades, e a sua integração a outros níveis de complexidade do SUS, reafirmando os princípios da ESF: atuação em equipes multiprofissionais; integralidade e hierarquização dos serviços; avanços no processo de descentralização; territorialização e cadastramento da clientela. Vale ressaltar que na agenda de enfrentamento das demandas em Saúde destaca-se a promoção da saúde.

Para o alcance de tais metas, o PROESF está estruturado em três componentes: 1) Apoio à expansão e à conversão, a substituição, do modelo de atenção básica pela Estratégia de SF nos grandes centros urbanos. Neste caso, os Municípios interessados serão submetidos a um processo classificatório a fim de serem habilitados; 2) Desenvolvimento de Recursos Humanos (que será tratado a seguir); e 3) Implementação do processo de monitoramento e avaliação da atenção

básica, onde através do financiamento de ações objetiva-se fortalecer o papel das SES (Secretarias Estaduais de Saúde) ²³.

Quanto ao desenvolvimento de Recursos Humanos, o PROESF busca o aprimoramento de iniciativas de valorização dos trabalhadores. Tendo em vista a insuficiência e inadequação do perfil profissional existente, parte da premissa da necessidade de avanço no processo educativo que venha a assegurar o novo modelo sanitário. Dessa forma, direciona-se: (1) à Capacitação e Educação Permanente, (2) à Formação em Saúde da Família — incentivando inovações curriculares em escolas de medicina e enfermagem — e (3) apoio e monitoramento das ações mencionadas.

No sentido da Formação em Saúde da Família, almeja, dentre outros indicadores: (i) ampliação em 50% do número de bolsas de residência e/ou especialização a cada ano, (ii) criação de trinta novos cursos de especialização em SF e/ou Clínica da Atenção Básica, (iii) implementação de inovações curriculares em Faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia e outras profissões de saúde, (iv) desenvolvimento de metodologia e plano de avaliação da formação e capacitação de profissionais de saúde, (v) desenvolvimento e planos de avaliação dos projetos de inovação curricular. (www.saude.gov.br/proesf/, consulta realizada em junho de 2004).

²³ A Portaria Nº 1.555 de 11 de junho de 2004 estabelece os valores a serem transferidos ao final da Fase I, período de julho de 2004 a junho de 2005, aos Estados qualificados conforme Convocatória nº 01/2004. Ao Estado do Rio de Janeiro coube o montante de R\$ 2.497.000,00 para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. (Diário Oficial da União nº 112 de 14 de junho de 2004, pág. 21).

2.2 A formação médica

A reforma da saúde na década de 90 e as propostas de mudança do modelo assistencial repercutiram diretamente nos Recursos Humanos, daí estudiosos passaram a defender a existência de um novo profissional, vindo a ser sua formação calcada em um novo conjunto de habilidades, atitudes e valores. Acrescentam: *“É necessário que o sistema formador de recursos humanos repense, a partir de uma perspectiva histórica, sobre para quem, como e com que propósitos vem formando profissionais de saúde”*. (Piancastelli et al., 2000: p.45).

Ferlie *et al.* (apud Pierantoni ²⁴, 2001) sugerem profissionais híbridos, ou seja, a combinação de qualidades técnicas e especializadas num mesmo profissional. Por sua vez, Komatsu (apud Piancastelli et al, 2000) observa: *“Em nosso entendimento, há uma real dificuldade para estabelecermos parâmetros seguros de avaliação de habilidades e atitudes que expressem características desejáveis aos profissionais de saúde, especialmente os referentes ao relacionamento interpessoal e ao desenvolvimento humanístico”*. (p. 235).

De acordo com Mendes (1996): *“...uma reforma em profundidade de um sistema de saúde significará a mudança de um sistema de crenças vigente por um outro emergente”* (p.235). De um modelo sanitário flexneriano, para uma concepção de saúde-doença relacionada com as condições sócio-econômicas e ambientais de vida; da concepção de saúde como ausência de doença, para a possibilidade de uma prática sanitária denominada promoção e produção de saúde.

²⁴ O Relatório Preliminar do MS de 1999, o Perfil dos Médicos e Enfermeiros PSF de 2000, o Relatório de Pesquisa do MS de 2001, e o Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação do MS de 2002, assim como Dain (2002), Pierantoni (2001), Viana & Dal Poz (1998), ressaltam o significativo problema da formação dos RH. Argumentam que o trabalho numa equipe de saúde da família exige, dentre outros fatores: práticas interdisciplinares e superação de disputas corporativas, ou seja, um novo profissional da área de saúde capaz de atender as transformações das relações de trabalho.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 trouxe consigo a possibilidade de mudanças, com a flexibilização curricular e as diretrizes curriculares, preconizando a postura ética, o senso de responsabilidade social, o compromisso com a cidadania e a visão humanística. Porém, conforme Santana (apud Pierantoni, 2001): *"Inovações curriculares proporcionadas pelas idéias de cursos seqüenciais, ensino a distância e formação com base em competências proporcionadas pela nova LDB poderão representar uma inflexão nas propostas de formação profissional para a área de saúde"*. (p.352).

Dentro deste cenário de mudanças surgem propostas: a Aprendizagem Baseada em Problemas — proposta curricular, onde os problemas de ensino são cuidadosamente elaborados por uma equipe de especialistas, podendo ser uma estratégia de transformação e desenvolvimento curricular permanente — ; a Problematização — uma metodologia de ensino, onde os problemas são extraídos através da observação da realidade pelos alunos — ; e a proposta "UNI".

A Aprendizagem Baseada em Problemas, criada por Kilpatrick com base no pragmatismo de Dewey, foi desenvolvida no Canadá por um grupo de docentes do curso de Medicina da Universidade de McMaster, no final da década de 60. No Brasil, a ABP disseminou-se em 1997 para a Faculdade de Medicina de Marília, e em 1998 para a Universidade Estadual de Londrina. Convém ressaltar que existem diversas formas de ABP, devido às características distintas das diferentes instituições onde é aplicada, além dos mais variados docentes, discentes, culturas e estruturas.

Na ABP, o estudo é desenvolvido em grupos tutoriais de 8 a 10 alunos, onde o tutor apresenta um problema, previamente elaborado por uma comissão, conforme objetivos cognitivos a serem alcançados. Para sua implantação faz-se necessária uma Comissão de Currículo, uma Comissão de Avaliação, Comissões Diretoras e Comissão de Proposição de Problemas. Uma das grandes dificuldades encontradas na ABP é a capacitação docente, visto implicar uma mudança de

paradigma considerável: de um processo estruturado em disciplinas e centrado no professor, para outro centrado no aluno.

A Problematização é caracterizada por possuir cinco etapas: observação da realidade (redação do problema); pontos-chave (reflexão sobre as possíveis causas do problema e elaboração dos pontos essenciais a serem estudados); teorização (investigação do problema); hipóteses de solução e aplicação à realidade. É uma metodologia que pode ser desenvolvida em diferentes disciplinas, porém, não é apropriada a todos os conteúdos.

A Proposta "UNI" ²⁵ foi delineada numa América Latina recém-saída de governos autoritários em resposta aos novos problemas e necessidades na área de saúde. Enfrentavam-se as transformações do mundo do trabalho, a insatisfação da população com os profissionais de saúde, as contradições entre o antigo paradigma sanitário e a construção social da saúde, além da crise educativa entre a concepção tradicional (pedagogia da transmissão) e a concepção crítica reflexiva (a partir da problematização da realidade e da participação do aluno no processo educativo).

No "UNI" há a transformação do processo de formação profissional através da adoção de concepções críticas, reflexivas, problematizadoras, assim como de metodologias que permitam a participação ativa dos alunos, da interdisciplinaridade e da flexibilização. A incorporação tecnológica é tida como meio de favorecer mudanças pedagógicas, e o espaço de ação é a realidade concreta, existindo desde o 1º ano um módulo transcurricular, multiprofissional, desenvolvido na comunidade e na rede de serviços. Dessa forma, o "UNI" propõe uma mudança fundamental e nas relações universidade-serviços-comunidade.

O "UNI", concebido como uma crítica à concepção biologistica de saúde — centrada na doença e na ação curativa —, é lançado objetivando a descentralização e a construção dos sistemas locais de saúde. Reconhece as

necessidades sociais como problemas de saúde, valoriza as ações coletivas de prevenção e promoção de saúde, e atua em três esferas: organização dos serviços, práticas sanitárias e controle social. Defende o planejamento estratégico geo – político - social e cultural das unidades de saúde, a participação da população e os Conselhos de Saúde.

Certo é que sugestões e alterações curriculares têm sido feitas e estudadas, tais como o Projeto CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico). Este traça a proposta de transformação do ensino médico, sendo a capacitação de docentes para a docência médica profissionalizada, o desenvolvimento e teste de métodos, técnicas e instrumentos necessários à implantação do projeto, dois de seus pertinentes objetivos a fim de operar e efetuar a transformação esperada.

O PROMED, um programa de iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, incentiva mudanças curriculares nos cursos de Medicina, através de apoio técnico e financeiro às escolas que, por meio de projetos previamente aprovados, viessem a promover processos de mudança. Processos estes, *que “conduzam ao trabalho articulado com os serviços de saúde; à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista”*. (Feuerwerker & Lima, 2000: p.175).

Cordeiro (2000) destaca o aumento da demanda por profissionais que trabalhem cooperativamente nas equipes de saúde, indo além do simples somatório de competências individuais, referindo-se à educação superior como um dos grandes desafios à formação dos profissionais de saúde. Ressalta ainda ser crucial para o êxito da nova proposta de Saúde, o estabelecimento de políticas e diretrizes integradas do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, assim como a formação e a educação permanente dos integrantes da equipe de saúde da família.

²⁵ UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde-União com a Comunidade.(Alneida, 2004).

O mesmo autor propõe mudanças de ensino capazes de formar médicos e enfermeiros com um perfil onde sejam desenvolvidas as seguintes habilidades:

“ter a capacidade de estabelecer a relação entre o médico, o enfermeiro e o paciente e sua família dentro de padrões éticos, técnicos e humanísticos adequados e legitimados; trabalhar em equipe com os profissionais de saúde, evidenciando compromisso social com a melhoria contínua do atendimento e do desempenho dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de universalidade e eqüidade”. (Cordeiro, p. 42).

O pensamento de Cordeiro vem ao encontro ao de Ikeda (1996) e de Makiguti (1995). Ao de Ikeda por este acreditar que a Educação desempenhe papel fundamental na humanização do homem e na transformação social. Esta proposta é centrada, principalmente, em uma educação voltada para os Direitos Humanos, objetivando despertar uma consciência de igualdade e dignidade humanas. A Educação Makiguti eleva a consciência do indivíduo do foco limitado dos direitos e privilégios pessoais da vida privada, à aceitação de deveres e responsabilidades da vida social coletiva.

A pedagogia Makiguti visa estimular o potencial de cada indivíduo capacitando-o a enfrentar as dificuldades e a participar criativamente da sociedade, ressaltando a sua influência na transformação social. Makiguti valoriza a humanização do ser humano, assim como observa a influência dos aspectos geográficos e territoriais na vida humana, destacando a importância de a Educação estar associada ao ambiente local, ou seja, à comunidade.

Objetivando “Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde”, é realizado o Seminário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS em 2003, o qual detectou a

incapacidade em formar profissionais aptos a lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural. Esclarece, no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, que a fim de a aprendizagem ser significativa é fundamental considerar-se cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades, abrindo caminhos para a transformação da realidade social.

Ressalta como compromisso fundamental às mudanças na formação de graduação da Saúde e na formação de seus docentes, sendo esta feita através de um "programa de formação dos formadores". Reforça que os recursos destinados a tais mudanças sejam usados de maneira estratégica, de modo a fazer com que a instituição formadora venha a repensar valores e objetivos. Prioriza ações nas Faculdades de Medicina e Enfermagem, visando "*formação geral, crítica e humanista*" (MS, 2003: p.10). Observa ainda a possibilidade de capacitação em torno do tema "trabalho em equipe multiprofissional".

Vale lembrar que uma das linhas de investimento do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família — PROESF — destina-se aos Recursos Humanos, com incentivos a inovações curriculares em Faculdades de Medicina e Enfermagem.

O PROESF tem como meta a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho, visando o desenvolvimento dos Recursos Humanos e mudanças na formação dos profissionais. Parte da premissa da necessidade do avanço no processo educativo, tendo em vista as alegações de insuficiência e inadequação do perfil profissional existente, para atuar nas chamadas equipes de saúde da família.

2.3 A equipe de saúde da família

Os Recursos Humanos no Saúde da Família atuam em equipes estruturadas com base na organização horizontal do trabalho, no compartilhamento do processo decisório e no planejamento das ações ²⁶. Têm como um dos princípios *“envolver a participação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, progressivamente, agregar outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais etc.”* ²⁷. Dessa forma, estudiosos defendem que a mudança no modelo assistencial requer um novo profissional capaz de atender, inclusive, às transformações das relações de trabalho.

O modelo Saúde da Família *“prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de todas as pessoas estejam sadios ou doentes, de forma integral e contínua”* ²⁸. O atendimento à população se dá através de unidades de ação com as chamadas Equipes Multiprofissionais de Saúde da Família, as quais são integradas por 01 médico (generalista), 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde²⁹, podendo, conforme a necessidade de cada região, ser acrescida de outros profissionais de saúde, vindo a atuar na mesma equipe, ou em unidades em separado ³⁰.

A portaria nº 1886 de 1997 definia que cada equipe de saúde da família acompanharia mil famílias, num total de 4.500 pessoas. Em 1998, a Portaria nº 157 determina que cada equipe seja responsável por no mínimo de 2.400, e no máximo 4.500 pessoas. O valor mínimo, corresponderia a 800 famílias, em média com três pessoas por domicílio. (Mattos, 2002). Em 2000, a Portaria 1.444 estabeleceu o

²⁶ FONTE: Ministério da Saúde apud Ribeiro, 2004.

²⁷ FONTE: <http://www.saude.gov.br> apud Cordeiro, 2000: p.39.

²⁸ FONTE: <http://www.saude.gov.br>. Consulta em fevereiro de 2003.

²⁹ Somente em 2002, a Lei 10.507 regulamenta a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

³⁰ FONTE: <http://www.saude.gov.br>. Consulta em junho de 2004.

incentivo financeiro para a saúde bucal junto ao PSF de R\$ 5.000,00 por equipe implantada para a aquisição de instrumentos de saúde bucal e odontológico.

Sobre a atuação e o desenvolvimento do trabalho em equipe, Ribeiro (2004) considera que *“é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como a maneira mais adequada de atingi-la. Significa também... a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica”*. (p. 444). Em algumas regiões do Brasil, por vezes a atuação do PSF envolve o trabalho *separado e acoplado* de duas equipes — equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal —, o que significa uma interação inter e intra-equipe.

Peduzzi (2001) e Silva (2002), demonstram limites e possibilidades quanto ao trabalho multiprofissional em saúde, embora não especificamente relacionados com as equipes do Saúde da Família. Peduzzi (2001) considera o trabalho em equipe multiprofissional um tipo de trabalho coletivo com relações de reciprocidade entre as diferentes intervenções técnicas e a interação dos variados profissionais.

Observa duas modalidades de equipes: a equipe integração, com articulação das ações e interação dos agentes, e a equipe agrupamento, com justaposição das ações e agrupamento dos agentes. Analisa a questão dos diferentes e desiguais trabalhos: *“As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões... há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais... Os profissionais das diferentes áreas tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, mesmo quando tecem discurso crítico acerca da divisão e recomposição dos trabalhos”* (p.107).

Peduzzi (2001) ressalta que no trabalho coletivo onde há menor desigualdade entre os diferentes agentes e os respectivos trabalhos, ocorre maior integração na equipe. De todo o modo, em ambas as categorias de equipe estão

presentes à necessidade do isolamento dos saberes, observando que os profissionais ao partilharem o valor comum do modelo biomédico, deixam para um segundo plano a construção de projetos que abarquem a multidimensionalidade e a complexidades das questões de saúde.

Silva (2002) argumenta como fundamental o papel dos cursos e treinamentos que preparam os profissionais para a assistência à saúde, visando não somente às especificidades técnicas, mas também propiciando espaços para a vivência da construção de projetos assistenciais comuns. Dessa maneira, além de vir a integralizar uma futura equipe, melhoraria a qualidade dos serviços prestados. E adverte: *“Nem os profissionais podem ser reduzidos as suas competências técnicas e nem os usuários a passivos objetos de intervenção.”* (p. 116)

Em um estudo sobre as equipes de Saúde da Família em Teresina (PI), quanto ao relacionamento interno da equipe foi observada a inexistência de responsabilidade coletiva pelos resultados apresentados, desarticulação entre ações e baixo grau de interação entre médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde. Os participantes da pesquisa, responderam ao serem entrevistados, que a equipe não se considera um coletivo organizado preparada para produzir ações de saúde. (Pedrosa, 2001)

Em entrevista, criticaram o entendimento de colegas médicos e enfermeiras de que o programa destina-se a populações com problemas sociais e dependentes dos serviços públicos. Justificaram o entendimento de tal postura devido à formação profissional, na qual, historicamente, a saúde coletiva tem sido identificada como campo que privilegia os grupos excluídos socialmente. Reivindicaram respeito ético e profissional por parte dos profissionais do modelo biomédico - curativo.

Por sua vez, Salum (2001) critica veementemente o PSF, em particular, por ser um serviço taylorizado a favor de interesses externos — vide

empréstimo do Banco Mundial — sob um discurso da solidariedade. Acredita também que o PSF possa vir a ser uma opção positiva, contanto que se seja capaz de aperfeiçoá-lo observando suas limitações:

“estamos sendo responsáveis por uma reedição contemporânea da divisão técnica do trabalho em saúde... ao líder da equipe, que é o médico de formação, maior poder e maior salário; ao enfermeiro, salários intermediários, e o trabalho intelectual de comando dos agentes comunitários de saúde – precariamente remunerados – a quem se destina a tarefa de realizar, através de atividades simplificadas e manuais, a ponte com as famílias. Trata-se do atendente de enfermagem pós-moderno...” (p.28)

Stephan-Souza e Mourão (2002) vêm na análise conjuntural o ponto de partida para o entendimento do processo de trabalho em equipe, e, assim, a possibilidade de diluição do corporativismo, do individualismo e das formas predominantes de poder. Ressaltam que é necessário haver, efetivamente, a interdisciplinaridade proposta com a atuação das equipes multidisciplinares do Saúde da Família, torna-se necessário solucionar a convivência, desde o início da formação em saúde, entre as disciplinas biológicas e sociais, estas desvalorizadas em função das primeiras. Enfatizam ainda:

“A simples reunião de profissionais não leva à formação de um corpo de idéias...O trabalho em equipe é uma proposta necessária, devendo fazer parte de um projeto a ser construído no campo da formação profissional... A solução passa também pela reformulação curricular e acadêmica, a fim de que as disciplinas possam ser

visualizadas dentro de uma perspectiva de complementaridade e totalidade". (p.37)

Destacam ainda que o trabalho em equipe é dependente da qualidade do ensino ministrado nas treze diferentes profissões da área da saúde ³¹, assim como da metodologia da Educação em Saúde. Dessa maneira, passa a ser "re"vista como fundamental a formação, que, tradicionalmente, é tida como calcada no corporativismo, na definição de uma única profissão liderando o modelo sanitário, na fragmentação do conhecimento, além da estrutura verticalizada do poder.

Ribeiro (2004) argumenta que a proposta do Saúde da Família é um desafio, ademais estando em curso a influência do modelo biomédico. A fim de se atingir os objetivos propostos, tais como assistência integral, qualidade e resolutividade das necessidades da população adscrita, observa como, realmente indispensável, a abordagem multidisciplinar, com o partilhamento do processo decisório e planejamento das ações, e organização horizontal do trabalho. Conforme suas palavras:

"Quando a equipe é multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais". (p.441)

"Nos diversos depoimentos das equipes de saúde da família, evidenciam-se conflitos decorrentes das posições dos atores..." (p.445)

Em sua pesquisa, Ribeiro (2004) aponta deficiências na composição das equipes, tais como falta de profissionais com o "perfil" proposto pelo Saúde da

Família, e nos diferentes estilos de gestão das equipes, configurando ora relações conflituosas, ora relações aproximativas, e várias modalidades de contrato de trabalho. Acrescenta que por ser um trabalho do setor de serviços, compartilha das características deste, como a influência da divisão parcelar do trabalho, dificuldades do trabalho em equipe, burocratização, e pouca consideração da subjetividade dos trabalhadores.

Pires (apud Ribeiro, 2004) observa como prioridade o pensar e o propor formas educativas que venham a possibilitar a realização de um trabalho interdisciplinar e integrador das diversas áreas de saúde. Neste sentido o PROESF busca avançar na estruturação de processos educativos que assegurem novas práticas sanitárias, superando modelos tradicionais. Assim, as linhas de investimento estarão também direcionadas para a capacitação e educação permanente de Recursos Humanos com treinamento introdutório e áreas temáticas, bem como para a especialização e residência em Saúde da Família.

³¹ Conforme Resolução 218 de 97 do Conselho Nacional de Saúde (apud Stephan-Souza e Mourão, 2002): assistente social, biólogo, professor de educação física, enfermeiro, farmacêutico/bioquímico, fisioterapeutas, fonaudiólogo, médicos, medico-veterinário, nutricionista, odontólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

2.4 A capacitação profissional

O enfrentamento da adequação dos profissionais de Saúde ao modelo Saúde da Família se dá através dos Pólos de Capacitação e das Especializações em Saúde da Família. Convém observar que na formação desses Recursos Humanos, não são consideradas apenas questões de ordem técnica, visto envolver mudanças no processo assistencial e nas relações inter-pessoais.

Os primeiros Pólos de Capacitação datam de 1997 e eram em número de 12 em todo o Brasil. A seleção das Instituições para implantação dos Pólos foi feita através de licitação, levando-se em consideração a experiência em pesquisa e ensino, o projeto institucional de ensino / atividades, a demanda de capacitação de pessoal do PSF, a identificação dos beneficiários, entre outros aspectos.

Com o início do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), surge à necessidade da qualificação profissional, passando a ser oferecida a Especialização em Saúde da Família e a tutoria presencial e à distância. O objetivo da Especialização é que fosse ministrada, preferencialmente, no Estado aonde o profissional viesse a atuar, em Instituições de Ensino Superior, com carga horária mínima de 360 horas. Já educação continuada, só se destinaria aos profissionais que optassem em permanecer por mais um ano no programa. (Seixas e Stella, 2002).

Em relação ao oferecimento, de maneira geral, de Cursos de Especialização e Residência em Saúde da Família, em 1999 teve início o debate sobre a pós-graduação lato sensu, em forma de especialização e residência multiprofissional em Saúde da Família. A justificativa encontrava-se no *“descompasso existente entre a formação dos recursos humanos e a necessidade que os serviços*

apresentam...necessidade de recursos humanos com perfil mais adequado ao SUS e à estratégia de Saúde da Família". (Relatório Final, 2002, p.46).

Assim, em 2001, tem início as contratações de Escolas de Saúde de Secretarias Estaduais ou Instituições de Ensino Superior, para os cursos de especialização e residência multiprofissional. Tanto a residência quanto a especialização direcionada aos profissionais com graduação plena em suas respectivas áreas: Medicina, Enfermagem e Odontologia. O propósito dos cursos está no preparo de profissionais em consonância com os princípios do SUS, numa abordagem integral e familiar, buscando desenvolver a capacidade para o trabalho em equipe interdisciplinar³².

Para isso, possuem o chamado módulo interdisciplinar, ou melhor, que é comum, o mesmo, para todas as áreas: 1) 15h para Saúde Coletiva e os Sistemas de Saúde, 2) 15h para Políticas Sociais e Políticas Públicas de Saúde; 3) 45h para Epidemiologia Geral, Clínica e Aplicada; 4) 30h para Administração para o Processo de Trabalho; 5) 30h para Planejamento e Programação; 6) 60h para Desenvolvimento Pedagógico; 7) 30h para Metodologia de Pesquisa; 7) 15h para Racionalidades Médicas; e 30h para Saúde Mental.

Cada um dos tópicos desmembra-se, principalmente, em: 1) Políticas de Saúde no Brasil; Condicionantes históricos, demográficos e econômicos; Desafios do PSF; Processo de reforma Setorial; 2) Fases de implantação do SUS; Perspectivas para o próximo milênio; Agenda das reformas nos anos 80 e 90; O papel das agências internacionais; 3) Dinâmica populacional, indicadores demográficos e de saúde; Sistemas de Informação; 4) O processo de trabalho em Saúde, modalidades de contratação; 5) Critérios para elaboração de projetos de implantação do PSF; 6) O PSF na agenda dos desafios da universidade; 7) Os paradigmas para a pesquisa científica; 8) Construção psíquica do homem; abordagem familiar no PSF.

Em relação à Capacitação, no Relatório Final dos Coordenadores dos Pólos (2002) são citados dentre os resultados almejados: *“estimulo e fortalecimento à inclusão de diferentes áreas do saber que fazem interface direta com a saúde coletiva no processo de formação dos profissionais de saúde; desenvolver ações que oportunizem a abordagem do trabalho interdisciplinar dos problemas de saúde, sempre respeitando as especificidades de cada área participante”*. (p.48). No mesmo, é sinalizado que apesar dos Pólos de Capacitação estarem direcionados aos cursos introdutórios e à educação permanente, se faz necessário o seu envolvimento na discussão das especializações e residência.

As capacitações estão voltadas à habilitação das equipes ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), à abordagem temática e integral das diferentes etapas do ciclo humano (saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso), além de outros tópicos. Porém, a atividade mais desenvolvida é o chamado Curso Introdutório, constatando-se também que *“o Pólo tem sua ação mais voltada para a demanda de serviço e que existe uma demanda reprimida para o curso de capacitação, dificultando a inserção do profissional na estratégia PSF de forma mais adequada”*. (Relatório Final, 2002, p.23).

Por sua vez, no Seminário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MS, 2003) foi constatado existir: *“um consenso sobre a atual sobrecarga, repetição e fragmentação dos cursos de capacitação, a partir de uma lógica vertical e programática (temática)... Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e, também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimento prévio)”*. (p.05)

³² www.saudedafamilia-rj.com.br Consulta realizada em outubro de 2004.

Destaca-se, conforme já mencionado anteriormente, que o PROESF, a fim de implementar e fortalecer o modelo Saúde da Família, está destinando verbas para: capacitação e educação permanente de profissionais já envolvidos na ESF, assim como para a formação em Saúde da Família, com o devido acompanhamento tanto das atividades de capacitação e educação permanente quanto de formação.

Os valores correspondem para os anos de 2002-2004 a US\$ 38 milhões, para os anos 2005-2006 a US\$ 60 milhões, para os anos 2007-2008 a US\$ 43 milhões. Uma apreciação melhor poderá ser observada a seguir:

VERBAS DO PROESF DESTINADAS AO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Fases do PROESF	Fase I 2002 - 2004			Fase II 2005 - 2006			Fase III 2007 - 2008			Total das Fases		
	BIRD	Gov	T	BIRD	Gov	T	BIRD	Gov	T	BIRD	Gov	T
Financiamento												
VALOR destinado aos RH (em US\$ milhões)	34	4	38	54	6	60	39	4	43	127	14	141
TOTAL da verba destinada ao PROESF (em US\$ milhões)	68	68	136	121	121	242	86	86	172	275	275	550

FONTE: Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, 2002.

VERBAS POR FASES DO PROESF

Fase I	de set/2002 a junho/2005	US\$ 136 milhões
Fase II	de julho/2005 a junho/2007	US\$ 242 milhões
Fase III	de julho/2007 a junho/2009	US\$ 172 milhões
TOTAL		US\$ 550 milhões

BIRD — ACORDO DE EMPRÉSTIMO Nº 7105-BR

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Os aspectos ideológicos - culturais e a comunicação humana

Conforme já mencionado, a Política Pública brasileira denominada “Programa de Saúde da Família”, atualmente tida como uma estratégia, enfrenta dificuldades em seus doze anos de existência. Dentre todas, considera-se como prioritária a não permanência — não fixação — do profissional médico. Diversas questões foram levantadas nos capítulos anteriores no sentido de contextualizar e iluminar a problemática. O estudo dos aspectos ideológicos – culturais será tratado, com base nas proposições de Bourdieu, Bateson e Canevacci.

Bourdieu analisa a questão cultural através da distinção de várias formas de poder, ou de capital: i) capital global; ii) capital econômico; iii) capital simbólico (comumente chamado de prestígio, “*que é a forma percebida e reconhecida como legítima das diferentes espécies de capital*” (1989, p:135), ou melhor, uma propriedade de um dos tipos de capital, cujos agentes atribuem-lhe valor); e iv) capital cultural (neste inserido também o capital lingüístico). Estes poderes, ou capitais, atuam dentro do mundo social.

O capital cultural ³³ pode representar um poder sobre um campo. Neste caso, o volume do capital cultural “*determina as probabilidades agregadas de ganho em todos os jogos em que o capital cultural é eficiente, contribuindo, deste modo, para determinar a posição no espaço social...*” (Ibidem, p: 134). Aqui se inserem as práticas culturais dos professores e dos intelectuais, os quais se

constrangem da relação do senso da cultura e da apropriação simbólica, substitutos sublimes e sublimados de todas as apropriações materiais e de dominação. (Bourdieu, 1979, p: 321)

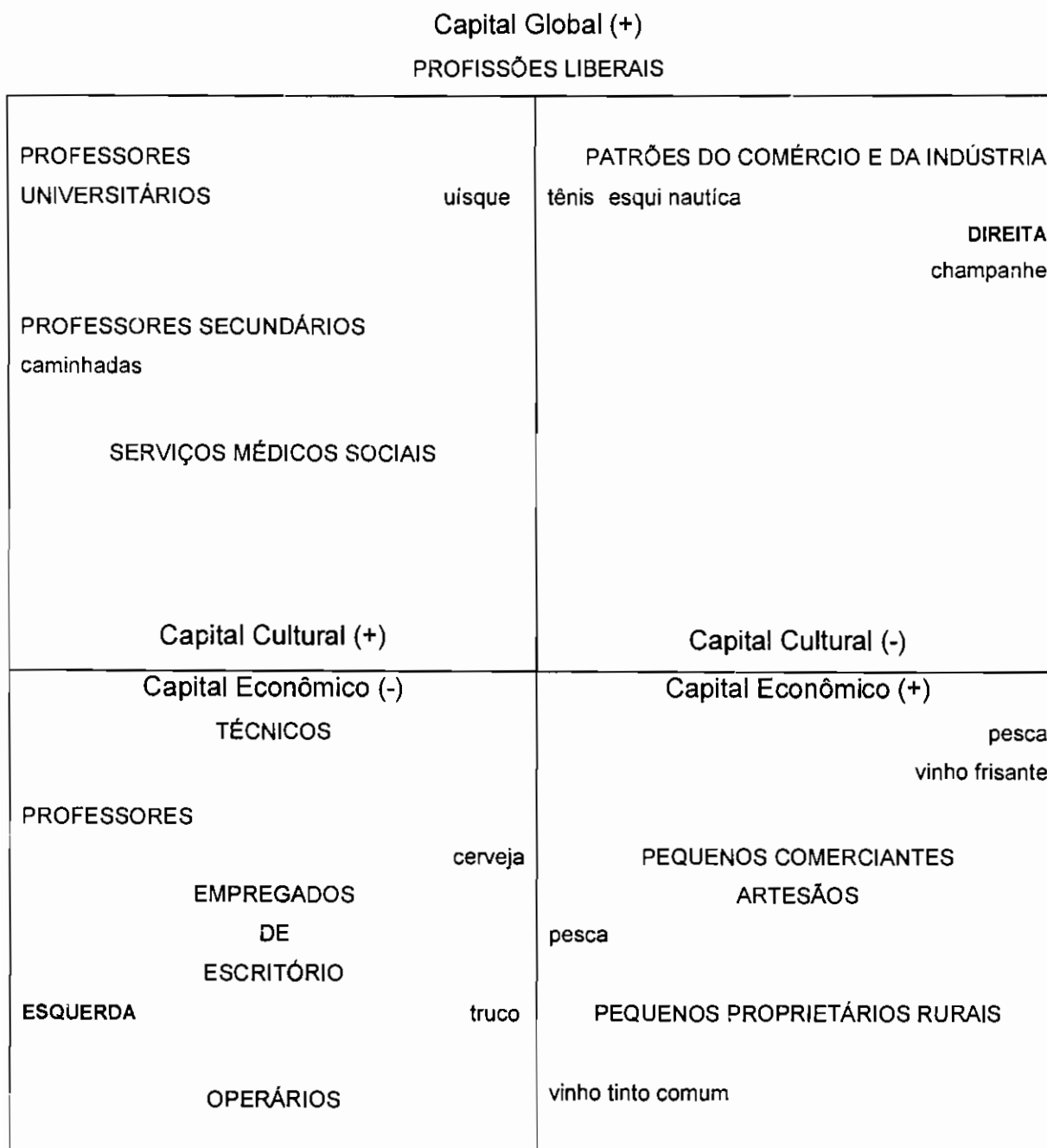
Bourdieu rompe com a teoria marxista no sentido de privilegiar grupos concretos em detrimento das relações. Rompe também com o “economismo” e “objetivismo”, visto o primeiro reduzir o campo social às relações de produção econômica, e o segundo a ignorar as lutas simbólicas. Estas por sua vez, seriam desenvolvidas em diferentes campos, onde estaria em jogo a representação do mundo social na forma de um espaço com várias dimensões.

Este espaço multidimensional é construído por princípios de diferenciação e pelo conjunto de propriedades que atuam no universo social. Ao detentor deste conjunto de propriedades é conferido o poder neste universo. Os agentes distribuem-se em duas dimensões: I) conforme o *volume global do capital que possuem*; e II) de acordo a *composição de seu capital — quer dizer segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das suas posses*”. (Bourdieu, 1989, p.135). Destaca-se que para o agente (ou grupo de agentes) não há a possibilidade de ocupar duas regiões opostas deste espaço.

Ou seja, são distribuídos “*de acordo com dois princípios de diferenciação... o volume global de capital..., e de acordo com a estrutura de seu capital, isto é, de acordo com o peso relativo dos diferentes tipos de capital, econômico e cultural, no volume global de seu capital... Os detentores de um maior volume global de capital, se opõem globalmente àqueles menos providos de capital econômico e de capital cultural; mas de outra perspectiva... do peso relativo do capital econômico e do capital cultural...opõem-se de maneira nítida aos relativamente mais ricos em capital econômico que cultural.*” (Bourdieu, 1996, p.19)

³³ “*Ao capital financeiro e industrial costuma-se hoje somar o capital cultural.*” (Canevacci, 2004, p: 38)

Bourdieu em *La Distinction* propõe um “Diagrama dos Espaços das Posições Sociais e dos Estilos de Vida”, que se apresenta de maneira simplificada conforme citação em *Teoria da razão prática* (1996, p: 20)



Capital Global (-)

Dentro deste espaço social estão relacionadas às posições sociais, as disposições (*habitus*) dos agentes sociais, e suas tomadas de posições (escolhas). *“O espaço de posições sociais se retraduz em um espaço de tomada de posições pela intermediação do espaço de disposições (ou do habitus)... a cada classe de posições corresponde uma classe de habitus (ou de gostos) produzidos pelos condicionamentos sociais associados à condição correspondente...”* (Bourdieu, 1996, p: 21) .

O *habitus* como *“um conhecimento adquirido e também um haver...”* (Bourdieu, 1989, p: 61) , sendo uma das funções da noção de *habitus* *“a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes. São princípios geradores de práticas distintas e distintivas...”* (Bourdieu, 1996, p: 21; 22)

Os esquemas de *habitus* funcionam aquém da consciência e do discurso, fora do controle voluntário. Pode-se dizer que orientam as práticas, enfatizam os valores nos gestos (dos mais automáticos), incluindo os princípios mais fundamentais da construção e da avaliação do mundo social, onde a divisão do trabalho de dominação imprime um certo traço, dando a aparência de natural. Assim, escondida no mais fundo dos inconscientes, está a representação da relação de divisão: de sexo, de trabalho, dominante - dominado etc. (Bourdieu, 1979). Explana:

“A teoria da ação que proponho (com a noção de habitus) implica em dizer que a maior parte das ações humanas tem por base algo diferente da intenção, isto é, disposições adquiridas que fazem com que a ação possa e deva ser interpretada como orientada em direção a tal ou qual fim, sem que se possa, entretanto, dizer que ela tenha por princípio a busca consciente desse objetivo.”
(Bourdieu, 1996, p: 170)

Neste sentido, a ação pedagógica “é obviamente uma violência simbólica, enquanto imposição, por um poder arbitrário, de um arbítrio cultural... reproduz a cultura dominante contribuindo desse modo para reproduzir a estrutura das relações de força, numa formação social onde o sistema de ensino dominante tende a assegurar-se do monopólio da violência simbólica legítima...violência simbólica se exercendo numa relação de comunicação...” (Bourdieu & Passeron, 1975, p: 21;26).

As ideologias “produto colectivo e colectivamente apropriado, servem a interesses particulares que tendem a apresentar como interesses universais, comuns ao conjunto do grupo” (Bourdieu, 1989, p:11). São duplamente determinadas: 1) pelos interesses das classes que elas exprimem, e 2) pelos interesses daqueles que as produzem. Observar tal fato, é evitar “a redução brutal dos produtos ideológicos aos interesses das classes que eles servem” (Ibidem, p:13).

“As oposições mais formais dessa mitologia social deve sempre sua eficácia ideológica ao fato que elas renovam mais ou menos discretamente as oposições mais fundamentais da ordem social: aquela que se inscreve na divisão de trabalho e se estabelece entre dominantes e dominados e aquela que está fundada na divisão do trabalho de dominação, oposta ao sentido da classe dominante; dois princípios de dominação, dois poderes dominantes e dominados...” (Bourdieu, 1979, p.547)

A cultura dominante contribui para legitimar a ordem estabelecida através de hierarquias, assegurando uma comunicação imediata, assim como para legitimar diferenças. Desse modo, a função da comunicação se divide em: instrumento de união, e instrumento de distinção. “O paradoxo da comunicação é que ela supõe um meio comum, mas que só tem êxito ao suscitar e ressuscitar

experiências singulares... isso é evidente no caso limite em que se trata de transmitir emoções...” (Bourdieu, 1996, p. 25)

Acrescenta que a comunicação entre classes distintas representa sempre uma situação crítica para a linguagem, porque mesmo uma única palavra pode assumir sentidos antagônicos, dependendo do emissor e do receptor. O falar é resultado da apropriação de um ou outro estilo já existente hierarquicamente, que permite, através deste ordenamento, observar a correspondência hierárquica dos grupos. *“As leis de transmissão do capital lingüístico constituem um caso particular das leis de transmissão .”* (Ibidem, p: 49).

Em relação às questões comunicacionais de atos de autoridade (atos autorizados), explana que um enunciado performativo está destinado ao fracasso se não o for emitido por alguém com o poder de pronunciá-lo. *“Assim, o ato de instituição é um ato de comunicação de uma espécie particular: ele notifica a alguém sua identidade, quer no sentido de que ele a exprima e a impõe perante a todos”.* (Ibidem, p: 101).

Compara a relação entre um emissor e um receptor com uma troca lingüística, uma troca econômica que se estabelece numa relação de força simbólica — de um produtor provido de capital lingüístico e com um consumidor (receptor) que poderá propiciar um lucro —. Assim a prática lingüística comunica não só o declarado verbalmente, mas também fornece informação sobre a maneira de se comunicar. A linguagem também se refere ao corpo que fala.

No que concerne ao processo de comunicação, Bateson (2005) argumenta que ele é complexo, tendo em vista envolver empatia, identificação, projeção etc. , além de ser verbal e não - verbal. A comunicação não verbal expressa relações tais como: amor, ódio, temor etc, entre o “eu” e um interlocutor, ou ainda entre o “eu” e o ambiente. Esclarece: *“Si notarà che la grande maggioranza dei messaggi, sai metalinguistici sai metacomunicativi, restano impliciti... (p:219).*

A comunicação verbal pode operar em duas direções: uma na qual o objeto do discurso é a linguagem — metalingüístico; e outra na qual o objeto do discurso é a relação entre interlocutores — metacomunicacional. Observa que mesmo a aprendizagem é um fenômeno comunicacional.

Reflete sobre a importância do conhecimento da relação evolutiva dos sistemas de comunicação humana, e assim esclarece: *“i meccanismi di codificazione caratteristici della comunicazione verbale differiscono profondamente da quelli della comunicazione cinetica e del paralinguaggio (Ibidem, p: 448). Mas a linguagem verbal não é um substituto evolutivo da comunicação cinética e paralinguística. “Al contrario, la cinética dell’ uomo è diventata più ricca e complessa, e il paralinguaggio è fionto parallelamente all’ evoluzione del linguaggio verbale” (Ibidem, p: 449).*

Bateson³⁴ apresenta, em sua teoria, uma nova forma de se entender um agregado de idéias. *“La parola idea, nella sua accezione più elementare, è sinônimo di differenza”.* (Bateson, 2005, p: 493), que denomina de “Ecologia da mente”, tal ecologia fornece uma rica compreensão cultural através da *“...espansione della mente al di fuori dei confini delle pelle dilata una ecologia sincretica... Un sincretismo comunicazionale.”* (Canevacci, 2004, p: 200).

Bateson afirma que só é possível compreender a crise em que se encontra o homem e o meio ambiente, através desta ecologia de idéias. De se saber *“come interagiscono le idee? Esiste una sorta di selezione naturale che determina la sopravvivenza di certe idee e l’ estinzione o la morte di certe altre? Che tipo di legge economica limita il moltiplicarsi delle idee in una data regione della mente?”* (Bateson, 2005, p:20). E argumenta :

“...abbiamo la natura sistemica dell’ essere individuale, la natura sistêmica dela cultura in cui egli vive, e la natura

³⁴ Propõe um método de pesquisa que tem o seu diferencial na maneira na qual os dados são montados e revistos. *“il montaggio come método, il mettere insieme i dati contiene un metamessaggio che si coloca all’ inizio e allá conclusione.* (Canevacci, 2004, p: 205).

sistêmica del sistema biológico, ecológico, che lo circonda." (Ibidem, p: 474).

Defende que a origem do princípio fundamental da ciência não se encontra na indução da experiência. E conforme citação acima, propõe um sistema com três pontos chaves: 1) o indivíduo humano (*l'organismo del singolo uomo*); 2) a sociedade onde vive o indivíduo (*la società umana*); e 3) o ecossistema (*il più vasto ecosistema*). *L'individuo, la cultura e l'ecologia*". (Ibidem, p: 474).

De acordo com a sua teoria, a frequência do uso de uma dada idéia, é um fator determinante de sobrevivência da ecologia de idéias, a qual chama de *Mente*. *"La sopravvivenza di un' idea di uso frequente è ulteriormente favorita dal fatto che la formazione de abitudini tende a rimuovere questa idea dal campo dell' esame critico... Ma... è determinata anche dalle sue relazioni com altre idee."* (Ibidem, p: 546). Assim, uma mudança de uma idéia pode gerar uma modificação em todo um sistema de idéias.

Em relação à Medicina, questiona como é feita a seleção de idéias, *"sulla base de quali principi la mia mente sceglie ciò di cui 'io' sarò cosciente?... Si consideri lo stato attuale della medicina. Essa viene definita 'scienza medica', ma in realtà ciò che accade è questo: i medici pensano che sarebbe bello eliminare la poliomielite, o il tifo, o il cancro, e quindi investono denaro e fatiche in ricerche che si concentrano su questo 'problemi' o fini..."* (Ibidem, p: 472),

Conclui que, tanto o objeto da pesquisa, como da consciência da ciência médica estão organizados em termos de finalidade, porque seu objetivo já está de ante-mão determinado. O fim determina qual deve ser o objeto de pesquisa ou da consciência da ciência médica; logo, está organizada em termos de finalidade. É feito um julgamento do que se quer, e segue-se o caminho mais breve e lógico (ou causal) para se obter o que se deseja, *"può, soprattutto, essere il denaro o il potere"*. (Ibidem, p: 473).

A respeito do contato entre culturas, considera: 1) a que pode ocorrer numa mesma comunidade composta por grupos diferenciados de indivíduos que vivem em um estado de equilíbrio aproximativo; e 2) as existentes entre duas comunidades com culturas diversas. Tal ocorrência provocaria uma perturbação em um dos dois grupos ou em ambos, podendo ocasionar a fusão completa destes dois grupos, ou a eliminação de um ou de ambos os grupos, ou ainda a persistência dos dois, numa espécie de equilíbrio interno e dinâmico de uma vasta comunidade.

Expõe que as relações entre os grupos podem ser simétricas e complementares — ambas com elementos dinâmicos —, ou ainda recíprocas. Na relação simétrica, os indivíduos dos dois grupos apresentam a mesma aspiração, porém com elementos que podem provocar divergências. Na relação complementar, tanto a aspiração quanto o comportamento são diferentes, podendo gerar divergências, chegando a distorções da personalidade dos membros dos grupos, favorecendo uma hostilidade generalizada. Já na relação recíproca, se observa equilíbrio no interno dos grupos, não tendendo a divergências.

Analisa que, na realidade, há a possibilidade de as relações não serem nem puramente simétricas, nem puramente complementares; e sim, uma mescla das duas. Ou melhor, que, na prática, todas as relações contenham umas, elementos das outras; porém, com a predominância de um dos tipos. Observa ainda que qualquer que seja o tipo de relação divergente entre dois grupos, ambos podem se unir contra um elemento externo, seja este um dado simbólico, ou uma população etc.

No caso de se estudar uma única cultura em instabilidade, é importante trazer à luz fatores que intervêm para este estado de desequilíbrio. Tarefa que parece simples, mas não é, justamente, por ter de se isolar estes fatores de instabilidade a fim de observá-los. Já numa fusão completa, é necessário saber qual o fator presente neste grupo para que os indivíduos apresentem uma estrutura de comportamento homogênea e compatível umas com as outras.

Para isso, é preciso observar, ao menos, os cinco tópicos a seguir: 1) aspecto da estrutura da unidade; 2) aspecto afetivo da unidade; 3) unidade econômica; 4) unidade cronológica e espacial; e 5) a unidade sociológica. Dessa forma, pode-se examinar também a fusão de dois grupos diversos convergindo somente em um único.

Quanto ao aspecto da estrutura da unidade, o comportamento de um único indivíduo corresponde com os dos demais do grupo. Sobre o aspecto afetivo da unidade, o comportamento é orientado pela satisfação ou insatisfação emocional dos indivíduos. Já na unidade econômica o comportamento é demonstrado como *“un meccanismo orientato alla produzione e distribuzione di oggetti materiali”* (Ibidem, p: 100). Na unidade cronológica e espacial, o comportamento é ordenado por tempo e espaço. E na unidade sociológica, o comportamento dos indivíduos é orientado segundo a integração ou desintegração no grupo como um todo.

No caso da permanência de ambos os grupos em equilíbrio dinâmico, considera que os fatores operantes são idênticos ou análogos aos presentes durante o desequilíbrio no mutamento cultural. Ou seja, são os mesmos ou semelhantes fatores constantes durante o tramite — que vai gerar um desequilíbrio — provocado pelo contato das duas culturas.

Canevacci (2004), observa que sincretismo cultural é a “palavra-chave” para o entendimento da transformação que a globalização e a localização provocam na comunicação e na cultura. O sincretismo *“investe, dissolve e rimodella il rapporto tra i livelli alieni e familiari, tra cultura contemporanee, d’ elite, di massa, d’ vanguardia.”* (Canevacci, 2004, p: 19)

“Il sincretismo culturale è tale proprio in quanto nega ogni tensione e dignità alla pulizia sintetica, ai superamenti dialettici.... Dentro al suo concetto permane un senso di

disordine, di confusione, di sporcizia.. E di movimento desiderante e inquieto.” (Ibidem, p:23)

Vasantkumar (apud Canevacci, 2004) explica ocorrer o sincretismo devido aos seres humanos não aceitarem automaticamente elementos novos. Desse modo, selecionam, modificam e recombinaem itens no contato entre (e com) culturas diversas. Acrescenta que entender o sincretismo é fundamental para a compreensão do processo de aculturação, difusão e inovação. *“L’ acculturazione rientra nell’ ambito del sincretismo. Questo termine, elaborato dall’ antropologia, tenta di delineare il cambiamento culturale in conseguenza del contatto tra due (o più) culture.”.* (Canevacci, 2004, p:27).

O sincretismo, no sentido de hibridações culturais, refere-se a todos os níveis de sistemas sócio-culturais: voluntário e coercitivo; explícito e implícito; inovativo e reinnovativo. *“Un sincretismo come proposta per una nuova antropologia ibrida, che ha la comunicazione come suo panorama fluido.* (Canevacci, 2004, p: 13).
E prossegue:

“Nel selezionare alcuni modelli sincretici come quello più innovativo non vi è nulla di prescrittivo o di normativo, tanto meno di assoluto: questi valore non appartengono all’ inquieta, decentrata, plurale istanza sincretica. Al contrario, tutto si fa sperimentale per sollecitare e desiderare le scelte incompatibili del soggetto. (Ibidem, p: 29).

Quanto à questão da cultura ser referida tradicionalmente a um conjunto de valores, crenças e comportamentos, esclarece que, segundo alguns autores, esta vem sendo repensada. Assim, passa a ser vista como uma unidade fragmentada por fluxos contrastantes e desordenados. Dessa maneira, *“o sentido...*

consiste em procurar a 'rede de significados' desses fragmentos, com os quais se possam reconstruir partes circunscritas da ordem cultural..." (Canevacci, 2004, p: 35)

Em relação à “cross culture communication”, reflete que esta não é administrar conflitos emergentes entre pessoas que convivem em uma mesma região e possuem culturas diversas. Mas, ao contrário, significa liberar infinitas possibilidades de combinações, cujos “cruzamentos” modifiquem o sentir do transito (da passagem) comunicacional. *“Il soggetto diasporico (multi-viduale), incrociando e attraversando tecnologie, stili, moduli culturali tra loro diversi, produce sincretismi.”* (Canevacci, 2004, p: 78)

Observa: *“A comunicação é terreno de conflito. Conflitos de classe, de pontos de vista, de etnicidade e de sexo, de ideias e de inovações, de produção e de consumo...”* (Canevacci, 2004, p: 42). A Comunicação *“non viaggia in una sola direzione – dall’ emittente al recivente – ma sempre più è multidirezionale, tendenzialmente interrattiva e interfacciabile.”* (Canevacci, 2004, p: 31). É dialógica³⁵. É metacomunicacional. E argumenta: *“La comunicazione, infatti, è scritta e visuale, verbale e non-verbale.”* (Ibidem, p:180).

Analisa que a comunicação, por um lado é ligada à cultura, e por outro a semiótica. Em relação à cultura, há variações nas formas comunicativas espaciais (de cultura a cultura, ou mesmo na própria cultura), e temporais (de historicidade). O conceito de cultura³⁶ *“é repensado como atravessado por fluxos contrastantes, confusos e desordenados, que fragmentam sua unidade em mil pedaços.”* (Canevacci, 2004, p: 35).

³⁵ *“In questo l’ antropologia è simile alla musica: è un’ arte dell’ ascolto, perché nel modello dell’ ascolto si stabiliscono empatie tra due soggettività tra loro irriducibili.”* (Canevacci, 2004, p: 55)

³⁶ No significado antropológico: modo de sentir, pensar, agir. Nas metrópoles, tudo é cultura. É a fusão dos modos de vida popular, de massa e de elite. No século XIX com uma perspectiva globalizante. No significado de “civilização”: a arte, a educação e a formação intelectual. (Canevacci, 2004)

Em relação à semiótica, a comunicação veicula signos e símbolos. E dentro de uma hiperinflação de signos, os quais são multiplicados por unidade de indivíduos comunicativos, é que se insere o conflito. Ou seja, na sociedade contemporânea à comunicação *“exprime os seus próprios conteúdos conflituais através da competição dos signos.”* (Canevacci, 2004, p: 23). Numa cidade, a relação comunicacional não é somente de meros expectadores, mas também de atores, interage-se.

Nas regiões metropolitanas, a comunicação tem um sentido dialógico e não um sentido unidirecional. É bidimensional. *“O olhar significa não somente olhar, mas também ser olhado”*. (Canevacci, 2004, p: 43). A comunicação não é simplesmente a emissão de uma mensagem, que o outro decodifica (e que nem sempre decodifica). O receptor interage. Mas, *“as metrópoles têm de ser vistas de seu interior (um interior plural e móvel)... os seus centros e limites dissolveram-se e dissolvem-se continuamente”*. (Canevacci, 2004, p: 96).

O sistema comunicativo se mostra complexo e circular com o advento da cibernética, e a noção de feedback — termo proveniente da eletrônica que significa retro - alimentação, empregado no processo de desenvolvimento interpessoal —. *“Si dice che la comunicazione è un sistema a canali multipli nei quali l' attore sociale partecipa in ogni istante con i suoi gesti, il suo sguardo, il suo silenzio, persino con la sua assenza.”* (Ibidem, p: 182).

Explana que a comunicação contemporânea exprime a complexa cultura contemporânea. E sendo o fluxo dentro da metrópole comunicacional, cultural, compreender os aspectos ideológicos - culturais de uma localidade, de uma cidade, bem como de sua população, e / ou dos profissionais que nela atuam, significa colher fragmentos. No caso do presente estudo, fragmentos que darão base ao entendimento da problemática já levantada.

Duas das anotações feitas, por esta pesquisadora, enquanto teve a oportunidade de assistir algumas de suas aulas — verdadeiras palestras, animadas e participativas — são fundamentais ao capítulo seguinte, o qual tratará da pesquisa empírica: 1 - a questão da observação-observante, e não só participante. Ou seja, observa o fenômeno e observa a si próprio, numa relação interativa com os participantes da pesquisa; e 2 - que uma pesquisa não se faz sobre uma idéia, mas sobre uma paixão.

4 A PESQUISA DE CAMPO

4.1 Objetivos e finalidades

De acordo com a OMS — Organização Mundial de Saúde: *“o problema mais comum nos diferentes países é a insuficiência de Recursos Humanos na Saúde, agravado pela distinção geográfica entre áreas urbanas e rurais, e entre o setor público e privado, resultando em baixa produtividade, na migração (inclusive transnacional), na sobrecarga de trabalho, e em salários inadequados...”* (www.who.int/hrh/whr06. Consulta realizada em 13/09/05).

Tais questões são de tal importância, que a OMS estabeleceu o ano de 2006 como o marco de lançamento da década (2006-2015) dos Recursos Humanos da Saúde. Assim, vai ao encontro das diretrizes da OMS a presente pesquisa, de cunho qualitativo, e de natureza exploratória.

A linha guia deste estudo teve como ponto de partida a busca do entendimento, da elucidação, do dilema da não fixação do profissional médico no Programa de Saúde da Família. No percurso deste caminho, ao se estabelecer uma relação dialógica entre o pesquisador, as questões teóricas e os entrevistados, se foi tecendo, construindo e reconstruindo a investigação.

O hiato de expectativas é um fato. Por parte dos médicos, (expectativas profissionais X oportunidades de trabalho), e por parte dos empregadores (expectativas de desempenho X desempenho efetivo). Logo, o objeto

de estudo será a classe médica, tanto os já profissionais atuantes no PSF, como os passíveis de vir a integrar uma equipe de saúde da família.

O objetivo geral da pesquisa é trazer dados capazes de auxiliar a solução da problemática de fixação do profissional médico no PSF, preenchendo a distância existente entre a Política Oficial do Saúde da Família e os Recursos Humanos. É contribuir, de maneira efetiva, com informações capazes de auxiliar o enfrentamento das questões do Sistema Público de Saúde.

Os objetivos específicos seguem o ordenamento abaixo:

- Diagnosticar o percentual de rotatividade, através do levantamento de dados de cada um dos Municípios da Regional I (Regional Recife), com o número populacional, o quantitativo e a rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família.
- identificar o tempo de permanência de um profissional médico no Saúde da Família, cada um dos Municípios da Regional I (Regional Recife) através de levantamento específico.
- Identificar se os aspectos ideológicos – culturais, presentes nas diferentes fases de uma trajetória médica, interferem na problemática da fixação. Consideradas as fases: a) iniciação na graduação em Medicina; b) formandos da referida graduação; c) residentes aptos a integrar uma equipe de saúde da família; e d) profissionais médicos já atuantes no Programa de Saúde da Família.

Os resultados obtidos serão de valia na elaboração de surveys³⁷, quando da amplitude do universo da pesquisa, visando uma análise também de cunho quantitativo. Acredita-se também que os dados obtidos, poderão servir como base para a reflexão, e para uma possível re-estruturação do Programa de Saúde da Família. Conseqüentemente, espera-se propiciar a melhoria e a efetividade do trabalho coletivo em saúde, vindo a acarretar a otimização no atendimento à população.

³⁷ Já elaborados, diagramados e disponibilizados.

4.2 Metodologia

Entendendo a prática de pesquisa como uma atividade crítica reflexiva em sua dimensão ética, política, epistemológica, acredita-se na *não* produção de um conhecimento puramente neutro e objetivo. O “objeto” a ser pesquisado sofre a influencia do pesquisador mesmo na escolha da estratégia a ser empregada. “*A atividade científica é permeada por decisões, até mesmo quanto ao uso de instrumentos de pesquisa (sejam tecnologias hard, como na Física, ou soft, como na escolha de escalas e questionários na Psicologia).*” (Spink e Menegon, 2000: p.73).

Isto porque cada um dos instrumentos a ser utilizado “*presume uma série de decisões, todas elas pautadas pelas vicissitudes do pesquisador.*” (Spink e Menegon, 2000: p.73). Por isso, Devereux (1980) alerta para a importância de reconhecer o que se é dentro da pesquisa através de uma análise da implicação — transferência / contratransferência do pesquisador — sendo essa, uma etapa, um passo, de grande valia no processo de investigação de um dado fenômeno.

“*É a observação – observadora. Que não é mais participante da ação, mas observa também a si próprio como sujeito que observa o contexto. É a meta-observação.*” (Canevacci, 2004, p:31). Acrescenta: “*Pensar o pensamento... observar os fenômenos, não mais com as tradicionais grades interpretativas, mas “abandonando-se ao objeto da pesquisa e avançando hipóteses cautelosas que orientam a reflexão.*” (Ibidem, p: 38).

Creswell (1997) em relação à escolha do método de pesquisa, se qualitativo ou quantitativo, sugere a existência de razões para tal, como: “*In a qualitative study, the research question often starts with a how or a what so that initial forays into the topic describe what is going on. This in contrast to quantitative questions that ask why and look for a comparison of groups or a relationship of*

variables, with the intent of establishing an association, relationship, or cause and effect.” (p.17).

Richardson (1985) defende a idéia do aspecto quantitativo de uma investigação existir até mesmo nas informações obtidas qualitativamente. Tal modalidade consiste em utilizar como parâmetros o emprego de critérios, categorias, grau de intensidade ou freqüência com que, por exemplo, uma opinião se manifesta. Este posicionamento encontra ressonância em Martins e Bicudo (1989), os quais esclarecem que os dados obtidos qualitativamente, como por exemplo numa entrevista, podem ter seu conteúdo agrupado de acordo com sistema próprio e sujeitos à análise categorial.

Salienta Bardin (1977) que quando se realiza uma análise, busca-se inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou o seu meio — recorrendo-se a indicadores quantitativos ou não — procurando-se estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas e / ou sociológicas.

A análise categorial seria uma dessas possibilidades, caracterizada pela utilização de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens segundo a freqüência de itens de sentido dos elementos constitutivos da mensagem. Explana que dentre as diferentes possibilidades de categorização, a análise temática ou investigação dos temas, é eficaz na condição de se aplicar a discursos. Ou seja:

“a análise temática é transversal, isto é, recorre ao conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos. Não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a freqüência dos temas

extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis.” (Bardin, 1977: p. 175).

De acordo com Günther (1995), ao abordar os métodos de pesquisa em ciências sócias, defende ser bastante profícua a utilização da Triangulação, com a combinação de metodologias de cunho qualitativo e quantitativo no estudo de um mesmo fenômeno. Dessa forma, se chegaria a uma melhor compreensão do objeto em questão. Por sua vez, Martins e Bicudo (1989) sustentam o emprego de entrevistas como complementação dos métodos quantitativos.

Ainda quanto às discussões metodológicas, Spink e Menegon (2000) declaram a existência de dois modelos instituídos para a pesquisa nas ciências humanas: o monismo metodológico e a epistemologia da diferença. E no contexto de afiliação a uma ou a outra é *“que se desenha à infeliz distinção entre métodos quantitativos e qualitativos.”* (p. 69). Infeliz, por ser uma dicotomia ingênua, em que o universo numérico das diferenças existentes entre as diversas escalas é ignorado, e onde há *“a excessiva simplificação da objetividade da pesquisa, numa tentativa igualmente ingênua de controlar a subjetividade do pesquisador”.* (p. 69).

Rosaldo (2002) analisa que aos termos objetividade, neutralidade e imparcialidade eram atribuídas uma grande autoridade, em nome do que se chamava de rigor científico. *“La verità dell’ oggettivismo assoluta, universale e atemporale ha perso lo status di monopolio.”* Pondera que nos estudos sociais, o pesquisador *“deve rendersi conto che i suoi oggetti di analisi sono anche soggetti che analizzano e interrogano criticamente”.* (p: 61)

Bourdieu (1979), já argumentava que o trabalho do cientista social sobre um objeto é indissociável do sujeito que pesquisa (do pesquisador). Depende antes de tudo da capacidade que este tem de dominar, na sua prática, os mecanismos que se esforça em objetivar, e que podem comandar sua aproximação do objeto. (p: 598)

Barus (1986) argumenta estar o pesquisador a procura de si mesmo, e que se ele pretende chegar ao outro, deve primeiro passar por ele próprio. Porém, ressalta que o reconhecimento da posição do pesquisador não é a única prova do rigor científico. Diz ser preciso a instalação de um dispositivo que garanta a admissão do outro, que lhe assinale um lugar, e que, de certa forma, retire o controle narcísico do pesquisador sobre a pesquisa.

Neste sentido, recorre-se à dimensão dialógica entre pesquisador e participantes da pesquisa, visto estes serem sujeitos, e não simplesmente objetos de investigação. Assim, busca-se um processo inclusivo de pesquisa através de uma relação de confiança e interesses em comuns entre pesquisador e pesquisados, transformando-se em parceiros durante todo o processo, no sentido de um esforço na solução de questões que atendam às suas necessidades. *“Não se trata somente de dialogar com o informante, mas sim de estabelecer um profundo relacionamento de intercâmbio mútuo.”* (Canevacci, 2004, p: 44).

Na busca do entendimento das questões pertinentes ao tema, são levadas em consideração as admoestações de Wright Mills (1975): *“mantenhamos nossos olhos abertos para as variedades da individualidade(...) busquemos compreender o homem não como um fragmento isolado, não como um campo ou sistema inteligível em si mesmo. Procuremos compreendê-lo como agente histórico e social, e as formas pelas quais sua variedade é complexamente selecionada e intrincadamente formada pelas variedades de sociedades humanas.”* (p. 242)

Em pesquisa envolvendo seres humanos, ponderações éticas são fundamentais: *“contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito (s) da pesquisa; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; prever procedimentos que assegurem a confiabilidade e a privacidade, a proteção da imagem (...); comunicar às autoridades*

sanitárias os resultados, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade.” (Resolução nº 196/96: p. 32; 33; 34; 35).

Para tanto, inicialmente, foi utilizada a técnica de grupo focal e posteriormente, para atingir os objetivos do estudo, foram traçados os seguintes procedimentos:

A) Levantamento de dados junto a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, em relação aos profissionais médicos do Programa de Saúde da Família nos Municípios da Regional I do Estado, com base no qual, foi formulada a tabela em que se constata o percentual de rotatividade dos médicos do PSF da Regional Metropolitana I – Regional Recife.

B) Elaboração e realização de entrevistas semi-estruturadas para cada uma das categorias participantes do grupo focal a ser investigado: a) para os iniciantes da graduação em Medicina; b) para os formandos em Medicina; c) para residentes passíveis de integrar uma equipe de saúde da família; e d) para os médicos do PSF do Município selecionado.

C) Transcrição das entrevistas, tendo em vista que os dados foram colhidos através de gravação. Algumas das entrevistas foram realizadas em outubro de 2005, e outras em janeiro de 2006, devido à greve nas Universidades Federais, perfazendo um total de vinte.

4.3 População e amostragem

Dada a ampla população composta pelos profissionais de Medicina que atuam no Saúde da Família no Estado de Pernambuco, assim como das Instituições formadoras da classe médica, conforme já mencionado, foi feita a opção por um grupo focal. Assim, o estudo de campo corresponderá a uma parcela do universo da pesquisa. Mas, devido à relevância do tema, desde já, se sugere que se faça posteriormente, a ampliação do mesmo.

O grupo focal investigado é composto por estudantes da UFPE ³⁸: iniciantes (calouros, alunos do 1º período) do curso de Medicina, formandos (integrantes do último período) da referida graduação; dos residentes de uma das especialidades mais passíveis de vir a integrar uma equipe de saúde da família (no Município estudado, a maioria dos médicos eram pediatras); e dos médicos já atuantes no PSF de um dado Município.

O Município selecionado pertence a Regional Metropolitana Recife — Regional I do Estado de Pernambuco — porque além de apresentar um alto grau de rotatividade dos médicos, ao mesmo tempo, possui áreas consideradas urbanas e outras tidas como rurais, inclusive com dificuldades de acesso. Por questões éticas, não será citado o nome do referido Município.

4.4 Apresentação e análise dos resultados

Ao analisar o quadro tabular elaborado a partir das informações obtidas, nota-se que a maior dificuldade de fixação dos médicos ao PSF na Regional Metropolitana Recife, encontra-se nos Municípios com menor número de habitantes. Fernando de Noronha e Araçoiaba apresentaram 100% de rotatividade; porém ambos tiveram o seu número de médicos ampliado. Já o Município do Ipojuca, embora esteja na faixa de médio porte populacional (67.961 habitantes), tem o segundo maior percentual de rotatividade (83,33%), além de ter tido o seu número de médicos reduzido.

O Município no qual se realizou a pesquisa de campo, em relação ao enfrentamento das questões de fixação do profissional médico nas Unidades do Saúde da Família, oferece aos médicos um dia, pré-determinado, durante a semana, de folga. Embora o declarado é que a carga horária é de 40 h semanais. A cidade possui uma área aproximada de 531 quilometro quadrado, incluindo mangues, alagados e matas, com locais de assentamento da reforma agrária, lixão, engenhos, usinas, canaviais, e zonas consideradas urbanas, geralmente os núcleos de Distritos.

A última coluna da tabela a seguir, apesar de o dado ser hipotético, demonstra, claramente, que existem Municípios onde nem toda a população é coberta pelo PSF. Conforme diretriz do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família é a "porta de entrada" do Sistema, e todos têm direito de acesso. Entretanto, existem localidades que não conseguem ter toda a sua população adstrita, mesmo com um único médico do PSF sendo responsável por um nº exorbitante de 4.500 pessoas. O Município, de onde pertencem os médicos do PSF, que fizeram parte do grupo focal estudado, se encontra no caso citado.

³⁸ A Universidade Federal de Pernambuco está localizada na Regional Metropolitana Recife (Regional I).

PSF - REGIONAL I - REGIONAL METROPOLITANA RECIFE

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	% DE ROTATIVI/	MED PSF/ HAB* (Dado Hipotético)
ABREU E LIMA (96.560 habitantes)	1º SEM. 2004	25				16%	1/ 3862,4
	2º SEM. 2004	25	25	0	0		
	1º SEM. 2005	25	21	04	04		
ARAÇOIBABA (17.474 habitantes)	1º SEM. 2004	03				100%	1/ 4368,5
	2º SEM. 2004	03	03	0	0		
	1º SEM. 2005	04	0	03	04		
CABO DE SANTO AGOSTINHO (169.230 habitantes)	1º SEM. 2004	38		04		28,95%	1/ 4977,3
	2º SEM. 2004	34	28	06	06		
	1º SEM. 2005	34	33	01	01		
CAMARAGIBE (147.048 habitantes)	1º SEM. 2004	38				5,26%%	1/ 3770,4
	2º SEM. 2004	38	36	02	02		
	1º SEM. 2005	39	38	0	01		
CHÃ GRANDE (20.226 habitantes)	1º SEM. 2004	06				33,33%	1/ 3371,0
	2º SEM. 2004	06	05	01	01		
	1º SEM. 2005	06	05	01	01		
FERNANDO DE NORONHA (2.277 habitantes)	1º SEM. 2004	01				100%	1/ 1138,5
	2º SEM. 2004	01	01				
	1º SEM. 2005	02	0	01	02		
GOIANA (75.576 habitantes)	1º SEM. 2004	17				41,18%	1/ 4198,6
	2º SEM. 2004						
	1º SEM. 2005	18	11	06	07		
IGUARASSU (90.905 habitantes)	1º SEM. 2004	21				61,91%	1/ 4328,8
	2º SEM. 2004	21	18	03	03		
	1º SEM. 2005	21	11	10	10		

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	% DE ROTATIVI/	MED PSF/ HAB * (Dado Hipotético)
IPOJUCA (67.961 habitantes)	1º SEM. 2004	12				83,33%	1/ 6796,1
	2º SEM. 2004	10	02	10	08		
	1º SEM. 2005	10	10	0	0		
ILHA DE ITAMARACA (18.527 habitantes)	1º SEM. 2004	03				33,33%	1/ 6175,7
	2º SEM. 2004						
	1º SEM. 2005	03	02	01	01		
ITAPISSUMA (22.439 habitantes)	1º SEM. 2004	06				71,43%	1/ 3739,9
	2º SEM. 2004	07	06		01		
	1º SEM. 2005	06	03	04	03		
JABOATÃO DOS GUARARAPES (640.722 habitantes)	1º SEM. 2004	40				22,5%	1/ 14238,7
	2º SEM. 2004						
	1º SEM. 2005	45	31	09	14		
MORENO (55.516 habitantes)	1º SEM. 2004	10				30%	1/ 5551,6
	2º SEM. 2004	10	09	01	01		
	1º SEM. 2005	10	08	02	02		
OLINDA (384.512 habitantes)	1º SEM. 2004	42				45,24%	1/ 9612,8
	2º SEM. 2004						
	1º SEM. 2005	40	23	19	17		
PAULISTA (294.033 habitantes)	1º SEM. 2004	43				30,24%	1/ 9801,1
	2º SEM. 2004	29	27	16	02		
	1º SEM. 2005	30	29	0	01		
POMBOS (24.667 habitantes)	1º SEM. 2004	07				57,15%	1/ 3523,8
	2º SEM. 2004	07	03	04	04		
	1º SEM. 2005	07	07	0	0		

MUNICÍPIOS	SEM / ANO	Nº DE MÉDICOS	PERM.	DESI.	NOVOS	% DE ROTATIVI/	MED PSF/ HAB * (Dado Hipotético)
RECIFE	1º SEM. 2004	217				16,59%	1/ 7216,4
	2º SEM. 2004	202	197	20	05		
	1º SEM. 2005	208	186	16	22		
SÃO LOUREÇO DA MATA	1º SEM. 2004	22				18,18%	1/ 4238,5
	2º SEM. 2004	22	22	0	0		
	1º SEM. 2005	22	18	04	04		
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	1º SEM. 2004	17				23,53%	1/ 6217,4
	2º SEM. 2004	18	15	02	03		
	1º SEM. 2005	20	16	02	04		

De acordo com Bourdieu (1979), na classe médica a acumulação de capital social é decorrente da facilidade de acesso aos meios materiais e culturais, além do uso de práticas socialmente prestigiadas como congressos exclusivos, residências em áreas consideradas nobres, flexibilidade de programar seus próprios horários de trabalho, veículos à disposição etc. Práticas essas que caracterizam uma posição social elevada.

Porém, isso se observa em relação aos Coordenadores de Unidades do PSF, e não em relação aos médicos do PSF. Quanto a estes não há a acumulação de capital social descrita, mas ainda assim estariam em posição de liderança cultural e social em relação às demais profissões integrantes de uma equipe de saúde da família (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

Bourdieu (1989) analisa que o capital cultural pode representar um poder sobre o produto acumulado do trabalho passado. Neste caso, caberia aqui a posição do médico na equipe de saúde da família e a da medicina enquanto profissão. Assim, o volume do capital cultural determina tanto a posição e os poderes, como o acesso aos ganhos que eles proporcionam.

Utilizando o diagrama criado por Bourdieu, com base em sua célebre pesquisa sobre a crítica social do julgamento,³⁹ o quadrante a seguir relaciona o capital cultural e o capital econômico às profissões que integram o Programa de Saúde da Família.

Capital Global (+)
PROFISSÕES LIBERAIS
MÉDICOS AUTÔNOMOS
COORDENADORES DO PSF

<p>PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS MÉDICOS DO FUNCIONALISMO PÚBLICO</p> <p>MÉDICOS DO PSF</p> <p>ENFERMEIRAS</p> <p>Capital Cultural (+)</p>	<p>DONOS DE PLANOS DE SAÚDE DONOS /E OU PATRÕES DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA</p> <p>VOTA NA DIREITA</p> <p>Capital Cultural (-)</p>
<p>Capital Econômico (-)</p> <p>AUXILIARES DE ENFERMAGEM</p> <p>VOTA NA ESQUERDA</p>	<p>Capital Econômico (+)</p> <p>AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</p>

Capital Global (-)

³⁹ Bourdieu, Pierre. *La distinction – critique sociale du jugement*. Paris, Les Editions de Minuit, 1979.

Embora um mesmo agente, ou grupo de agentes, não possa estar situado em duas posições diferentes, quanto aos médicos, haveria situações diversas em que poderiam estar inseridos. Ou estaria ocorrendo, então, uma distinção dentro da própria classe médica, distinguindo, segregando, os médicos do PSF. Observa-se uma segregação entre o trabalhar como médico do PSF e o ser considerado médico: ter uma especialidade (ideário de muitas décadas). Estas distinções podem ser verificadas nas falas:

“Ah, quando a gente trabalha no interior, então, para os nossos colegas a gente é o médico que só sabe tratar de verminose e de diarreia. Mas isso nem me incomoda mais, porque já acostumei...”

(Médica do PSF há 5 anos, sendo os últimos 3 nesta Unidade. Pediatra 25 anos de formada pela UFPE, fazendo especialização em Sanitarista).

*“O desprestígio pelos colegas é assim: nos plantões a gente escuta: ah, os caras lá não fazem nada... Já aconteceu de eu encaminhar para um plantão: encaminho fulano de tal, com isso, aquilo. E quando eu vou saindo daqui de tarde eu, por acaso, encontro o meu paciente de volta vindo na rua. Aí eu pergunto: o que aconteceu? Ah, o doutor disse que lá não dá para internar não. Aí eu fui lá. **Eu sou seu colega**, sou do Saúde da Família mandei meu paciente para cá, e cadê **meu encaminhamento? Estava, literalmente, no lixo.** Aí fui acima, reclamei, e ele foi demitido.”*

(Médico, 20 anos de formado pela UPE. Sanitarista. Ex- secretário de Saúde de outro Município vizinho).

*“Bom eu acho que o **PSF é só pra quem tá começando** mesmo a carreira. Tipo, assim, você ainda não tem uma clientela formada, e aí o **PSF é uma oportunidade...** (Risos sem jeito). **É uma boca, é isso. Só pra quem tá iniciando...**”* (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Masculino. 20 anos de idade).

“Não trabalharia no PSF, só se for no início da carreira, se eu precisar mesmo, porque, pra quem tá iniciando, tudo é válido.”

(1º período de Medicina. UFPE. Sexo Masculino. 21 anos de idade)

“Eu já estou cogitando a hipótese, eu estava pensando a pouco tempo, de acabar minha formação aqui, não fazer residência de cara, ir pra qualquer interior desses do Brasil, ganhar muito dinheiro no PSF, ficar, assim um ano, um ano e meio no máximo, e voltar, entendeu? Porque tá difícil você ganhar dinheiro hoje.” (Formanda em Medicina. UFPE. 25 anos de idade)

“No PSF se trabalha pouco e se ganha muito. Não é?!... Se trabalha de segunda a quinta, não precisa dar plantão... (ah, depende? só no interior?), mesmo assim, pra quem tá começando acho que vale” (Residente em Pediatria. UFPE. Sexo Feminino. 25 anos de idade)

“O volume de trabalho é imenso, o que se ganha, o que te pagam não é proporcional à quantidade de trabalho, põem pessoas não qualificadas para atender a população: ah, tá quando é adulto é só aumentar de 0,25 para 0,5 a dosagem do medicamento, não é assim sabe-se que não é assim. Adulto é adulto e criança é criança, são organismos diferenciados. Além de que o médico fica, sem recursos suficientes atender com qualidade a população. Tá, se dá aquela cesta básica. Tá, mas que não dá nem para 15 dias. Vai ter que comprar remédio e não vai ter dinheiro para isso. Tá têm alguns medicamentos... Acho que ainda tá faltando muito. Tá, sei que é uma proposta nova, mas não trabalho mesmo, nem no interior nem na cidade, nem por pouco tempo.” (Médico Pediatra – 27 anos – Residência recém-concluída - UFPE).

Percebem-se também nestas falas, informações divergentes: entre quem já atua profissionalmente como médico, e os futuros profissionais em Medicina, sejam iniciantes, formandos, ou residentes. Os profissionais relatam receberem pouco por uma dedicação exclusiva; os que ainda não trabalham como médicos acreditam que estes recebem muito pelo pouco trabalho que desempenham. Há um problema comunicacional, que se reflete nas questões de referência e contra-referências.

Você trabalha com atenção básica, então existem pessoas que têm de ser encaminhadas a especialistas, e a dificuldade de encaminhamento é grande por conta da contra-referência. A gente tenta... Marca, mas às vezes o paciente chega lá, passa o dia todo e volta sem ser atendido. E é uma dificuldade de dinheiro de passagem pra capital. E a gente não tem uma contra-referência da gente acompanhar este paciente... Porque eu também trabalho em hospitais de emergência em Recife. E eu já fui médica de interior também. Lá eu tinha consultório e trabalhava em hospital também. Aí quando a gente pedia um exame tal, perguntavam: a sra. é de Recife não é? Eu digo: sou. Ah, porque esse exame a gente não tem aqui. E aí, por conta da gente vir do interior, a gente é forçada a ter uma percepção maior, entendeu? Eu vejo muitas coisas pelo olho, entendeu? (Médica do PSF. 25 anos de formada)

“Quanto à questão do encaminhamento, aqui neste Município existem muitos especialistas: cardiologistas, endócrinos... então, quando a gente precisa desses especialistas, a gente faz um encaminhamento e manda para eles. Pelo menos a referência para os especialistas está acontecendo, o que não está acontecendo é a contra-referência, que é outra coisa que é importante para mim... Deveriam explicar como trabalha o Saúde da Família para sensibilizar eles. Eu tenho um plantão que é no sábado (é porque o dinheiro não dá), e vejo que a gente não tem ainda uma

sensibilização dos profissionais para que a gente possa referenciar. (Médico do PSF. 20 anos de formado).

Tanto Bourdieu (1996), quanto Canevacci (2004), como Bateson (2005), ressaltam a importância da comunicação. Bateson esclarece ser complexo o processo comunicacional, porque implica a comunicação não-verbal e a verbal. É metalingüística e metacomunicacional, envolve, implicitamente, as relações entre interlocutores. Logo, o não retorno dos médicos referenciados aos médicos do PSF, também é resposta.

Bourdieu, explana que as ações humanas estão direcionadas aquém da consciência e do discurso, e que numa relação de uma troca lingüística entre um emissor e um receptor há uma troca econômica, uma relação de força simbólica. Neste sentido, o emissor, o médico do PSF desprovido de força simbólica, não terá o retorno esperado tendo em vista que um enunciado está destinado ao fracasso, se não for emitido por alguém provido de atos de autoridade.

Canevacci (2004) adverte que a comunicação é um terreno de conflitos: *“conflitos de pontos de vista... de ideias”*. (p: 42). A comunicação não é passiva, não é unidirecional, é dialógica. O receptor interage. E no caso estudado, os receptores, os médicos especialistas, interagem. Há um conflito de pontos de vista e de ideário entre estes e as propostas do Saúde da Família. E os representantes do ideário conflitante são seus colegas médicos do PSF.

(...) E que a gente tivesse o apoio dos colegas especialistas, que eles dessem um retorno pra gente, aí ia até diminuir o trabalho deles no futuro. Porque nós não somos especialistas, somos generalistas, atenção básica, realmente básica. Eu acho assim: a filosofia do PSF é muito boa, mas é como a gente sabe: a gente tá caminhando, a gente tá começando. Infelizmente os colegas que prestam este serviço de referência, não mandam pra gente, pra

gente **poder continuar acompanhando** e tal, assim. (Médica do PSF. 25 anos de formada).

“O tradicional não vai em casa, não faz a busca ativa. É procurar hanseníase, procurar diabetes, tuberculose...” (Médico do PSF. 20 anos de formado).

Bateson ao criar o conceito de ecologia de idéias, de ecologia da mente, propõe um sistema onde estão interligados o indivíduo, a cultura e o ecossistema. Logo, a mudança de uma idéia, gera a mudança em todo um sistema. Teoricamente, com o PSF há a mudança na idéia do que venha a ser Saúde: de um modelo curativo para um modelo preventivo, o qual gera uma mudança em todo o Sistema, que a própria população ainda não acompanhou, não entendendo o que é o PSF.

“O Saúde da Família é muito recente, inclusive a própria comunidade ainda não está consciente do que é o Programa de Saúde da Família, que é um programa de prevenir, quando na realidade a gente está fazendo tratamento terapêutico, curativo. A parte preventiva está sendo um pouco ainda desenvolvida por conta da carência, não só aqui, como no Brasil, a gente sabe que a carência está muito grande. A gente tenta conciliar as duas coisas: tanto fazer a parte de prevenção, quanto a parte curativa.” (Médico do PSF. 27 anos de formado).

Esta “não-consciência” da comunidade sobre o que é o PSF, foi detectada por esta pesquisadora enquanto esperava pela médica de uma Unidade, Em torno de umas dez pessoas, comigo inclusa, aguardávamos a chegada da Dra.Y. Senti que me achavam um tanto diferente deles, mas começaram a conversar comigo como se eu estivesse aguardando a médica para ser atendida. (O que, de certa forma, era verdadeiro. Eu a aguardava, mas não para uma “consulta” médica.). As pessoas tinham exames (radiografias) nas mãos, outra com a unha do pé com uns “bichinhos”. Uma delas comentou: “ela (a médica - Dra. Y) está sempre atrasada”,

ainda bem que a Dra. X não vem mais de carro com ela. Então eu perguntei: "ah... aqui têm 2 médicas?" E prontamente a sra. me respondeu: "tem sim. Mas hoje eu estou marcada para a Dra. X." (A Dra. X era a enfermeira que cuidaria de suas feridas. A Dra. Y chegou uma hora atrasada. Desculpou-se, argumentando que a distância era grande).

A medicina curativa, as especializações, e o ser médico, atualmente, estão intimamente relacionados, tanto para a população, quanto para os acadêmicos em Medicina. Tanto nos que estão iniciando a graduação, visto já terem escolhido a especialidade a ser seguida, quanto nos que estão concluindo a faculdade de Medicina.

*"Resolvi fazer Medicina, porque **desde** que eu era, assim, **criança**, sempre me interessei por Medicina. Em saber o que ia tomar...Quando penso em o que é **ser médico**, penso que é ajudar as pessoas **curando doenças** . **Eu quero fazer cardiologia.**" (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Masculino. 20 anos de idade)*

*"Eu sempre quis fazer Medicina. **Desde criança**. Bom eu, por enquanto, quero ser **pediatra**, é você **ver uma criança chegando ensangüentada, e depois que ela está boa**, que você é que fez ela ficar boa... É muito gratificante. Não, não tem nenhum médico na minha família, não tem ninguém. **Ah, o PSF...(risinhos sem graça)** **Ah... É só pra quem está começando mesmo.**" (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Feminino. 20 anos de idade).*

*"**Gostaria de eu estar realmente certa** do que eu escolhi, **da especialização que eu escolhi**, porque eu vou escolher no decorrer do curso, mas eu **tenho em mente: neurologia, cardiologia, talvez. Mas às vezes eu posso fazer ginecologia, não sei, dependendo do que ocorra.**" (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Feminino. 18 anos de idade).*

*“Eu vou ser **anestesista. Vou fazer residência. Eu acho que pelo esforço que a faculdade exige da gente, o que todo mundo quer é reconhecimento profissional, e o retorno financeiro, porque é a faculdade exige muito da gente. São muitos anos de estudos. Então tem que ter um retorno. Eu fiz estágio num CTI durante um ano, e eu adoro CTI, o que eu mais se aproxima de CTI com um retorno financeiro melhor é anestesia, que a teoria é bem parecida. O PSF não funciona como o modelo ideal.**”* (Formanda em Medicina. UFPE. 25 anos de idade).

Mas, o que é um modelo ideal? Conforme mencionado no capítulo III, Bateson (2005) argumenta que a consciência da ciência médica está organizada num sentido teleológico, podendo ser esta finalidade, inclusive, o poder ou o dinheiro.

*“**O ideal seria sair direto da faculdade e fazer residência. No PSF pra ganhar dinheiro sim. Mas eu só me vejo trabalhando no PSF um ano, um ano e meio no máximo, porque eu tenho que fazer minha residência. As opções pra quem está se formando agora, de conseguir um emprego, é quer conseguir entrar no Saúde da Família nos lugares mais afastados. PSF não é o que eu espero pro futuro, por tudo que estou investindo.**”* (Formanda em Medicina. UFPE. 25 anos de idade).

Bourdieu (1979) explana que contra a ideologia carismática que considera os gostos, as preferências como matéria da cultura legítima, como um dom da natureza, a observação científica mostra que as necessidades, os interesses, culturais são produtos da Educação. A formação educacional requer uma reflexão, no sentido de verificar se está agindo de acordo com os interesses implícitos da cultura dominante. Ora formando especialistas, ora formando futuros profissionais para atuarem em outro campo determinado.

“...daqui a 10 anos... como é que eu gostaria de estar... **Quero estar bem no mercado de trabalho, reconhecida, com estabilidade financeira; dentro da carreira de cirurgia plástica. Vou fazer residência em cirurgia plástica. Em relação ao PSF, não é que eu não trabalharia... Todo médico quer fazer um bom trabalho, ser reconhecido: oh! o médico fulano de tal fez uma excelente cirurgia em mim.**” (Formanda em Medicina. UFPE. 26 anos de idade).

“...desde que eu entrei para a faculdade, e a gente passa por diversas cadeiras e eu **sempre me identifiquei pela parte prática. Então cirurgia sempre foi meu ideal, que é basicamente prática. No caso, eu gosto..., assim, no início até me identifiquei um pouco com a clínica, com dinâmica de ambulatório e tal, mas eu achei, eu acho que é desgastante emocionalmente, e não tem um retorno nisso tão positivo financeiramente, além do desgaste emocional.**” (Formanda em Medicina. UFPE. 25 anos de idade).

“Ah, eu resolvi fazer Medicina, porque é uma coisa que me atrai muito, entendeu? Acho muito legal esse negócio de você... essa **possibilidade de você salvar uma pessoa, a vida da pessoa tipo tá na sua mão, entendeu? Você poder ou ajudar aquela pessoa, tipo, ou, então, você jogar aquela pessoa no buraco, porque existem “N” profissionais dentro do hospital.**” (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Feminino. 19 anos de idade).

“Eu sempre quis fazer Medicina. Desde criança já me via como médico. Eu é que quis fazer mesmo. Ah, **meus tios, meus primos, são todos médicos. Ah, mas cada um tem uma especialidade...Uma é ginecologista, outro é otorrino...Eu penso em ser cirurgião cardio-vascular.**” (1º período de Medicina. UFPE. Sexo Masculino. 21 anos de idade)

Com os depoimentos dados, um choque de ideias, de culturas parece inevitável. Ou talvez, esteja-se diante de uma cultura em instabilidade. Conforme, Bateson (2005) trata-se de trazer à luz fatores que intervêm neste desequilíbrio. Estas situações vivenciadas, fazem recorrer a Canevacci (2004) quando se refere à colher fragmentos, procurar uma rede de significados em um fluxo contrastante e desordenado, na busca de reconstruir partes circunscritas de um ordenamento cultural.

Na verdade, um certo desordenamento, já está ocorrendo: i) uma população condicionada ao “doutor” que irá curá-los quando enfermos; ii) futuros profissionais (dos entrevistados) calouros, formandos, e residentes só imaginam a possibilidade de trabalhar no PSF por um curto período de tempo; iii) médicos do PSF (dos entrevistados), estão no final de carreira, prestes a se aposentar, com mais dois ou três empregos para manter uma renda mínima familiar. E, mesmo assim, só um, dentre os médicos entrevistados, não trocou de Unidade do SF; iv) os especialistas, que como foi visto, não dão um retorno aos seus colegas do PSF.

“Eu trabalho no Saúde da Família há 5 anos, mas aqui há 3 anos. Eu troquei de Unidade (de Município) por uma questão de localização, e também pela... como é que eu poderia te explicar... salário também: essa é uma questão muito diversificada no PSF. Cidades no interior, mais distantes, pagam muito mais, embora fique a desejar o trabalho, entendeu... porque a carência é muito grande. Aqui a gente tem uma folga uma vez por semana (fora o sábado e o domingo). A vantagem da gente estar no interior é que aqui tem um dia de folga. Já em Recife, Jaboatão que é mais próximo, não tem. Às vezes, já ouvi dizer que, a sexta de tarde não trabalha... Entendeu?” (Médica do PSF – 25 anos de formada)

“Neste posto nós estamos agora com um ano e meio, mas já trabalhei no Engenho, já trabalhei em Jaboatão também. Eu trabalho com o Saúde da Família tem cinco anos. Antes eu fazia Pediatria,

depois fui ser, assim, generalista, em serviço de urgência... Quando terminei a faculdade nunca me imaginei aqui. Por que eu me especializei em Pediatria... Então, além de trabalhar aqui, eu dou plantão dia de terça-feira em Serambi. O salário também requer que você tenha mais de um emprego, tá me entendendo? Saí de Jabotão porque eu recebi um convite melhor. Tanto do ponto de vista financeiro, como do ponto de vista de condições de trabalho. E também porque eu trabalhava em três municípios diferentes ao mesmo tempo: num município fazendo plantão de urgência, em Jabotão fazendo PSF, e aqui fazendo a evolução dos pacientes hospitalizados. Aí, aqui me conciliou fazer os três trabalhos num lugar só. Então, cedinho, eu desço, passo no Hospital para fazer a evolução dos pacientes hospitalizados, que é uma quantidade interna pequena, e venho pra cá pro PSF."

(Médico do PSF – 36 anos de formado)

Nota-se que o próprio médico se confunde na fala: em vez de Unidade menciona "neste posto", embora ele mesmo, assim como os demais entrevistados, digam ser muito diferente o PSF de um Posto de Saúde. Porém, quando se referem a haver uma "carência muito grande" é justamente porque onde há Unidade de PSF, normalmente, não há Posto de Saúde, e vice-versa. Logo, acabam ter de "atender" muitos "pacientes" (doentes).

*"A diferença em trabalhar num Posto de Saúde e no PSF é muito grande. Em primeiro lugar, quando você está **no tradicional**, você vê a doença, você não se preocupa com a família, com as conseqüências, com o ambiente. Quando você trabalha com o **Saúde da Família**, você não vê a doença. Você vê o indivíduo, a família, o ambiente. Você trabalha com a prevenção. Pra você ver: hoje eu estou com 7 casos diagnosticados de hanseníase. Dificilmente no tradicional, você veria isto. Seria tratado como uma mancha e passaria um creme e acabou, e não seguiria toda*

uma investigação logo no início. Mais importante ainda do que isso, seriam os contatantes dessa pessoa, que é pra você poder quebrar essa cadeia.” (Médico do PSF. 20 anos de formado).

“É muito diferente **trabalhar no Saúde da Família** do que num Posto de Saúde... Com certeza **é muito diferente. A diferença** do Saúde da Família **é que eu acho que a gente tem mais contato com a comunidade**, certo... Você tem uma noção mais precisa da situação real sócio-econômica das famílias...” (Médica do PSF. 25 anos de formada).

Ao se indagar sobre as causas da não fixação, da rotatividade, do profissional médico no PSF, numa grande busca de colher fragmentos, e tentar iluminar a problemática, algumas questões foram levantadas:

“(..) eu acho que **o grande problema do PSF é o número de pessoas**, é a quantidade. Quanto mais PSF tiverem, melhor. Quando eu vim para este Município, já tinha vaga para essa Unidade aqui. **Tem outras Unidades neste mesmo Município que a dificuldade de acesso é maior... Quanto às visitas, a gente tenta, mas nem sempre dá. É uma grande dificuldade atualmente: nós somos pioneiros... Quando eu vim trabalhar com o PSF, eu sentia na minha formação uma carência de tudo.** Sentia uma dificuldade tremenda em tudo, porque você tratar de criança é muito diferente de você tratar de adulto. Existem patologias totalmente diferentes... Para melhorar a qualidade no PSF, **precisa diminuir a quantidade. Menos famílias.** Quanto às capacitações, eu gostaria que houvesse mais... Por exemplo: **essa especialização que eu estou fazendo é por**

conta própria, Se fosse assim promovido... com certeza, seria bem melhor. Em qualquer empresa particular, você investe no funcionário pra ter um retorno, então que isso fosse também assim. Mas nós somos pioneiros em tudo, até nisso. (Médica do PSF. 25 anos de formada).

(...) a gente está com umas 5 mil pessoas. O grande problema do Saúde da Família é o vínculo, porque tem uma rotatividade de profissional muito grande. O que provoca esta rotatividade é a questão do salário. Aqui, por exemplo, a gente tem um contrato. Em outros Municípios, às vezes, você não tem nem contrato. Aí entram as cooperativas, e resultado: você não tem 13º, você não tem a garantia trabalhista, não tem nada disso. Ora, se vai aparecer um outro Município que oferece isso, o profissional vai embora, não é verdade? A carga horária não é proporcional ao salário. Aqui a gente está tirando R\$ 2.700,00 líquidos, que eu acho muito pouco, porque você tem que ter dedicação exclusiva, e modesta à parte da minha qualidade. Você encontrar um profissional que tenha assim o perfil, cheio de especializações, gostar de idoso, gostar da comunidade, gostar da criança. E você ganha R\$ 2.700,00. De repente, você tem um outro Município que oferece mais. Eu já tive, mas não fui, porque eu gosto muito daqui. Aqui, por exemplo, é uma área extremamente pobre, o que ele está precisando mesmo é de um emprego. Ele está incorporando tudo no somático: a angústia, a depressão, a pressão alta, precisando de remédio para dormir. Quer dizer, a gente está tratando a coisa social. Aqui é um dos distritos mais pobres do Município, embora esteja perto da praia, entendeu? Aqui nessa área tem um PSF só. Caberiam uns dois ou três, porque a família hoje não é 3, 4 pessoas. Tem o filho, filha que fica grávida que vão morar junto na mesma casa

dos pais, e assim vai... Médico para o PSF, você querer arranjar com o perfil não é fácil. E o financeiro pega. Se em Recife ele ganha R\$ 3.400,00, ora ele vai querer vir pra cá pra quê, que ainda tem a distância? Então quando arranja, arranja profissionais que não têm perfil. (Médico do PSF. 20 anos de formado).

“O ideal no PSF é que a gente atendesse doze pessoas por dia. Mas, a média aqui é de 850 famílias, com bem mais de 3 a 4 pessoas por família. **A gente atende umas trinta pessoas por dia. Acaba-se fazendo uma medicina curativa. Mesmo assim eu faço visita familiar, além das palestras...** Aqui é uma área canavieira. Tem entre – safras, então, nessas épocas, há uma incidência muito grande de alcoólatras também por conta disso, entendeu? Então, **a quantidade de pessoas para serem atendidas aumenta bastante...** O desgaste é muito. O estresse é muito. A vantagem hoje é da Internet, que nos ajuda muito. **Você chega em casa e vai pesquisar no teu computador.** Por exemplo: eu estou com uma criança que eu estou suspeitando de uma doença que eu não vejo a 20 tantos anos, então eu vou pra Internet. **Trabalho em casa também.** Eu tenho que pesquisar, não posso me acomodar, eu tenho que me atualizar. Células - tronco por exemplo, porque com a própria população eu tenho que ter conhecimento das coisas novas também. **Às vezes você sacrifica um fim de semana, mas vale a pena...** Essa nova geração de profissionais, misericórdia, eles não tão com esse entusiasmo todo não, porque o incentivo é muito pouco. Eu já estou numa fase já me estruturando, então eu tenho condições de fazer isso, eu posso. Já pensou... **e um novinho que está começando agora? Difícil. Ele tem que sobreviver, tá entendendo?”** (Médico do PSF 36 anos de formado. Teve um infarto ano passado, não sendo nem hipertenso, nem diabético, nem tendo nenhum

problema cardio-vascular, e sem quadro hereditário na família. Declarou ser por conta do estresse.)

“Não penso em trabalhar no Programa de Saúde da Família, nem nunca pensei. Acho que o Ministério da Saúde precisa definir melhor a proposta.” (Médico com residência em pediatria recém-concluída. 27 anos).

“Eu trabalharia, mas não seria o meu projeto de vida.” (Médica residente em pediatria. 25 anos).

“Eu trabalharia. Não sei por quanto tempo.” (Médica residente em pediatria. 27 anos).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UM CONTRAPONTO

Chega-se ao término deste estudo, com uma crença bastante diversa da de quando se iniciou. Deixar levar-se pelo objeto da pesquisa sem perder-se, e por vezes perdendo-se, em confins não imagináveis. Aventurar-se junto ao universo pesquisado. Descortinar, revelar, e se revelar. Assim é este contraponto, por vezes doloroso em seu processo, e em suas conclusões, para um ser apaixonado por um mundo mais justo, que sempre se levanta mesmo quando tudo parece estar perdido, quando o caminho some de sua frente. Mas que continua a caminhar.

A aventura começa na busca de tentar entender o que vem a ser a Política Pública da Saúde denominada “PSF”, um programa do governo federal que, devido aos bons resultados, vira uma estratégia nacional. Mas que apresenta um grave problema relacionado à fixação do profissional em Medicina. Ou melhor, a questão é da não fixação, da não permanência do médico, em média por mais de dois anos, no PSF. Dado que chega a ser de apenas seis meses a um ano, numa mesma Unidade, quando optam pela troca por outro Município.

Conforme consta no capítulo anterior, um dos médicos entrevistados com um ano e meio na mesma Unidade, e cinco anos de PSF, ou seja, ultrapassando a média acima, teve um infarto em 2005. Alega ter sido por conta do estresse. Recentemente, em 22 de janeiro de 2006, o ministro da Saúde do Brasil, abre o Seminário Internacional sobre a Saúde dos Trabalhadores da Área Médica⁴⁰. Este

⁴⁰ portal.saude.gov.br (Consulta realizada em 23/01/06).

seminário englobou nove países da América Latina, E.U.A. e Caribe, sendo a iniciativa da OPAS ⁴¹ em parceria com a UFMG/ NESCOM ⁴².

Se esta vem sendo uma preocupação internacional, com certeza, os resultados apresentados nesta pesquisa não são apenas casos isolados. Haja vista que a própria OMS — Organização Mundial de Saúde — lançou a partir deste ano de 2006, a década dos Recursos Humanos em Saúde.

Convém lembrar que ainda hoje, no Brasil, século XXI, os direitos trabalhistas não são para todos. Nem para toda a classe médica, com um capital social, a princípio, elevado. O Programa de Saúde da Família, embora criado e incentivado pelo governo federal, e delegado aos Municípios, permite a contratação de médicos por cooperativas ⁴³, sem direito a férias, décimo-terceiro salário, ou até o direito dos médicos ficarem doentes.

Entende-se, mas não se justifica, tal situação, talvez pelo fato do Programa de Saúde da Família ter sido criado na década de 90, época em que o Brasil entrou nas chamadas políticas de ajustes neoliberais. Proliferaram, inclusive no SUS ⁴⁴, as relações informais, com contratos precários, sem direitos trabalhistas. Os Recursos Humanos do funcionalismo público sofreram um grande descrédito, com o apoio dos meios de comunicação.

O PSF, "teoricamente", é uma forma diversa da abordagem tradicional, com equipes multiprofissionais de saúde, onde há o compartilhamento decisório. Tem com um de seus objetivos promover a Saúde e prevenir doenças, ampliando a atenção primária, básica, em Saúde, desafogando os demais níveis de atenção, permitindo um atendimento de melhor qualidade à população.

⁴¹ Organização Pan Americana de Saúde

⁴² Universidade Federal de Minas Gerais / Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva.

⁴³ A alegação é a Lei de Responsabilidade Fiscal.

⁴⁴ Sistema Único de Saúde.

seus precários rendimentos assalariados na melhoria de condições de trabalho das próprias Unidades do Saúde da Família, como mencionado em uma das entrevistas, após o gravador ter sido desligado:

*O médico gentilmente me acompanhou até a saída da Unidade, passando pela **sala de espera de pacientes**, onde tinha um bonito pôster do Saúde da Família. Então ele me perguntou: **tá vendo ali?** Eu respondi: **é um lindo pôster, e instrutivo. Orgulhosamente ele disse: fomos nós que mandamos fazer. Então, indaguei: nós quem? O senhor? Com o seu dinheiro? E ele me respondeu que sim, inclusive a reforma da Unidade (diferente das demais. Simples, mas parecendo uma Unidade de Saúde).***

É de se esperar, que ser médico do PSF não seja a meta nem dos que estão iniciando a graduação em Medicina, nem dos formandos. Além de haver uma certa hostilidade dos médicos especialistas em relação a seus colegas do PSF. Há a influência de ideações distintas, ocorrendo o contato de culturas diferenciadas, podendo vir a gerar um sincretismo cultural, no sentido de hibridações culturais. O fator comunicacional está presente como uma das grandes dificuldades na contra-referência, que não existe, nos encaminhamentos feitos.

A formação educacional vem sendo repensada e incentivada, também através do PROESF, tanto ao nível da graduação em Medicina, quanto das Especializações e Capacitações do Saúde da Família. O Ministério da Saúde ⁴⁵ ressalta sua responsabilidade em promover e ampliar um debate, sensibilizando outros segmentos e tornando a humanização uma política pública de saúde, através da proposição de um SUS humanizado. Acredita-se que a humanização e as mudanças da formação em Saúde não deva ser apenas no âmbito do SUS, mas um repensar /e uma continuação da reforma sanitária.

⁴⁵ www.saude.gov.br. Consulta realizada em 15/02/2006.

Foucault (1979) já observava que os envolvidos em uma dada situação sabem muito mais clara e perfeitamente sobre a referida problemática que os intelectuais. Pierantoni (2001), já destacava a necessidade, de se re-introduzirem nos centros dos debates os profissionais de Saúde. E, acrescenta-se: os ainda em formação.

Este estudo se constitui em ponto de partida para uma permanente investigação quanto à efetividade pretendida pelo PSF no Estado de Pernambuco, na busca de novos caminhos para o pleno alcance dos objetivos da política de saúde em Pernambuco e no Brasil.

No Anexo, constam três surveys elaborados a partir das entrevistas feitas, caso seja dado prosseguimento a este estudo no Estado de Pernambuco, através de uma pesquisa quantitativa, visando a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, R.B.A. e SILVA, P.L.B. (orgs.) *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. 212 p.

AFONSO, J.R.R. et al. *A tributação brasileira e o novo ambiente econômico: a reforma tributária inevitável e urgente*. Rio de Janeiro, 2000. (mimeo). 33 p.

ALMEIDA, M. ET AL. (orgs.). *A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 1. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: ed. UEL, 1999. 183 p.

_____. *A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. Tomo 2. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: ed. UEL, 1999. 434 p.

ARAÚJO, E. A. e DAIN, S. *Entre o ajuste fiscal, a reforma tributária e a vinculação à saúde: a trajetória das contribuições sociais no Brasil*. Rio de Janeiro, 2001. (mimeo). 31 p.

BAHIA, L. *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. ABRASCO. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.6 nº2, 2001, p. 329- 339.

BARDIN, L. *Análise de conteúdos*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARUS, M. J. *Le chercheur premier objet de la recherche*. In Bulletin de Psychologie, 377, v. XXXIX, 1980.

BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil: vinte anos da reforma sanitária*. Brasília, MS, Consultoria Projeto Nordeste, 1996/1997. 71 p.

_____. Ministério da Fazenda – Secretaria de Política Econômica. *Gasto social do governo central: 2001-2002*. Brasília: MF, novembro de 2003. 47 p.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Preliminar: avaliação da implantação e funcionamento do PSF*. Brasília: Editora MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos em saúde*. Brasília: MS, 2002. 184p.

_____. Ministério da Saúde. *Seminário sobre incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2003. 17p.

_____. Ministério da Saúde. *PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família*. Brasília – DF: Editora MS, junho de 2003. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 5ª ed.*, Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília – DF: Ed. MS, 2003. 47 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família: relatório final*. Brasília: Editora MS, 2002. 80p.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS, 2004, 139 p.

_____. Ministério da Saúde & FIOCRUZ. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família*. 2000.

CAMPOS, A. M. *Pesquisa: relevância social, cooperação e abertura à aprendizagem*. Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro: FGV. Out / Dez, 1984. 141-145 p.

CAMPOS, F. E. et al. *O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Grandes Capitais Brasileiras*. In: *Physis* – vol.12, nº 1. Rio de Janeiro: UERJ /REDESIRIUS/ PROTAT, 2002. p. 47-57.

CAMPOS, F. E. *Resolutividade: uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. (Tese de Doutorado), 1988. 265 p.

CANEVACCI, M. *A cidade polifônica: ensaio sobre a antropologia da comunicação urbana*. 2ª ed. São Paulo: Studio Nobel, 2004, 262 p.

_____. *Sincretism: esplorazioni diasporiche sulle ibidazioni culturali*. Milano: Costa & Nolan ed., 2004, 236 p.

CHERCHEGLIA, M. L. *Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos*. In: LIMA, J.C. & SANTANA, J.P.(orgs.) *Especialização em desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*. Natal: CADRH- OPS/MS, 1999. p.365-397.

CORDEIRO, H. *O desafio das profissões da Saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em Saúde da Família*. *Divulgação em Saúde para Debate*, dez. 2000, nº 210, p.36– 43.

_____. *A escola e o modelo de cuidados da Saúde do SUS: Saúde da Família*. In: kruse, B. *Educação Médica: da Retórica à realidade* (no prelo).

_____. *Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde*. ABRASCO. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.6 nº 2, 2001, p. 319- 339.

COSTA, I. *Poder / Saber e subjetividade na construção do sentido do teletrabalho*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. Tese de Doutorado.

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquire and research design: choosing among five traditions*. U.S.A., California: SAGE Publications, Inc., 1997. 403 p.

DAIN, S. ET AL. *Elaboração da agenda para a reestruturação do modelo assistencial em grandes cidades*. Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2001.

DAIN, S. *A seguridade social brasileira no contexto da política fiscal e social e do federalismo*. Rio de Janeiro, 2002. (mimeo). 45 p.

DAIN, S. & CAETANO, R. *O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios*. In: *Physis* – vol.12, nº1. Rio de Janeiro: UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, 2002. p. 11- 21.

DALLA, M. D. B. *Saúde e educação médica – voltando ao caminho pela medicina da família*. *Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*, abr. 2004, vol.1, nº 1, p. 17 –23.

DEDECCA, C. S. ET AL. *O Trabalho no setor de atenção à Saúde*. In: Negri & Giovanni. *Brasil Radiografia da Saúde*. São Paulo: UNICAMP, 1998, p. 175-215.

DEPRESBITERIS, L. *Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa*. *Formação*, nº 2, mai. 2001. p. 27-38.

DEVEREUX, G. *De l'angoise à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 1980.

DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001. 192 p.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. *Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades / problemas da comunidade*. Rev.Divulgação para Saúde em Debate, nº 22, dez. 2000. p. 36-48.

FEUERWERKER, L. & LIMA V. Os paradigmas da atenção à saúde e da formação dos recursos humanos. Rev.Divulgação para Saúde em Debate, nº 22, dez. 2000. p. 169-178.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Grall, 1979. 277 p.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 150 p.

GACETA SANITÁRIA, mar. 2002, v.16, nº 1, p.82-85.

GUIMARÃES, I. & GUERRERO, E. (Orgs). *Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 308 p.

GÜNTHER, F. S. *Triangulação*. São Paulo: Loyola, 1995.

HARVARD UNIVERSITY. *Human Resources for Health: overcoming the crisis*. Joint Learning Initiative. USA: Harvard College, 2004, 206 p.

HELLER, A. *A Filosofia radical*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

NOGUEIRA, R. P. (coord.) *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. (Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde). 35 p.

NOGUEIRA, R. P. & SANTANA, J. P. *Gestão de Recursos Humanos e reformas do setor público: Tendências e Pressupostos de uma Nova Abordagem*. Workshop on Global Health Workforce Strategy. OMS. França, dez. 2000. (mimeo)

NORONHA, J. C. & SOARES, L. T. *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. ABRASCO. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.6 nº 2, 2001, p. 445 -450.

OPAS. *O financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília – DF: Organização Pan Americana de Saúde, 2002, 107 p.

_____. *O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde*. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília – DF: Organização Pan Americana de Saúde, 2002, 107 p.

PEDROSA, J. I. & TELES, J. B. M. *Consenso e diferença em equipes do Programa de Saúde da Família*. Rev. Saúde Pública, jun. 2001, vol. 35, nº 3, p.303-311. ISSN 0034-8910.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Revista Saúde Pública, fev. 2001, vol. 35, nº 1, p. 103-109. ISSN 0034-8910.

PENNA, A. G. *Cognitivism, consciência e comportamento político*. São Paulo: Ed. Vértice, 1986. 115 p.

ROBINSON, J. P. & SHAVER, P. R. *Measures of social psychological attitudes*. United States: Public Health Service, 1969. 655 p.

ROSALDO, R. *Cultura e verit *. 2^a ed. Roma: Meltemi ed. 2002, 356 p.

SALUM, M. J. L. *A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renova o das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família*. Revista de APS, mai. 2001, ano 3, n  7, p.24 –33, ISSN 1516-7704.

SANT'ANNA, A. M. *A propósito da medicina da família*. Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, abr. 2004, vol.1, n  1, p.24 -28.

SELLTIZ, C. ET AL. *Métodos de pesquisa nas rela es sociais*. São Paulo: EPU, 1974. 223 – 261 p.

SENNA, M. C. M. *Eq idade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família*. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18, p.203-211, ISSN 0102-311X.

SEMIN RIO, F. L. P. *O construtivismo na psicologia e na educa o*. Rio de Janeiro: Imago, Ed., 1999. 124 p.

SILVA, N. ET AL. *Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso nos centros de referência para DST/Aids*. Rev. Saúde Pública, ago. 2002, vol.36, n  4, supl., p.108-116. ISSN 0034-8910.

SOARES, L. T. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2^a ed. São Paulo: Cortez, 2002. 118 p.

_____. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record, 2003. 121 p.

SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. 297 p.

SPINK, M. J. & MENEGON, V. M. *A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos*. In: SPINK, M. J. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. p 63 - 92.

SPRANGER, E. *Formas de vida: psicologia y ética de la personalidad*. Buenos Aires: Revista de Occidente Argentina, 1948. 461 p.

STALLINGS, B. ET AL. *Crescimento, emprego e eqüidade: o impacto*

STEPHAN-SOUZA, A. & MOURÃO, A. M. A. *A construção do trabalho em equipe: um tarefa do coletivo dos profissionais de saúde*. Revista de APS, mai. 2002, ano 4, nº 9, p.33 -38, ISSN 1516-7704.

SUDMAN, S. & BRADBURN, N. *Asking question*. London: Josseu-Bass, 1983.

TAVARES, R. & MONTEIRO, M. F.G. *População e condições de vida*. In: *Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80*. ABRASCO / IMS-UERJ. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994, p.43-72.

VENTURELLI, J. *La evaluación en el proceso de formación de los profesionales médicos. Principios de evaluación formativa*. In: *Educación médica: nuevos enfoques, metas e métodos*. p.155-179.

VIANNA, M. A. F. *A Era da competência*. vol.1: Reestruturação Competitiva. Rio de Janeiro: Mapa Editora, 1991.

VIANA, A.L.; DAL POZ, M. R. *Reforma em Saúde no Brasil: programa de saúde da família; informe final*. Série Estudos em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, n. 166, 1988, ISSN 1413-7909.

WAGNER, H. L. ET AL. *Aplicação do pensamento sistêmico no trabalho em Saúde da Família*. Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, abr. 2004, vol.1, nº 1, p.29 -35.

WRIGHT MILLS, C. *A imaginação sociológica*. 4ª edição. Rio de Janeiro:Zaar Editores, 1975. 245 p.

www.saude.gov.br Consulta realizada em fevereiro de 2003.

www.saude.gov.br/proesf/ Consulta realizada em junho de 2004.

www.saudedafamilia-rj.com.br Consulta realizada em outubro de 2004.

www.opas.org.br Consulta realizada em junho de 2004.

www.datasus.gov.br/siab/ Consulta realizada em junho de 2004.