

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE HUMANIDADE – CAMPUS III  
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA  
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM HISTÓRIA

WIANEY GONÇALVES DE SOUZA LINS

**RESGATE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
GUARABIRA, PB**

**GUARABIRA/PB  
2013**

**WIANEY GONÇALVES DE SOUZA LINS**

**RESGATE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
GUARABIRA, PB**

TCC apresentado ao Curso de Licenciatura Plena em História da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito básico para a conclusão dos créditos do Componente Curricular Metodologia do Trabalho Científico, tendo como orientados o Prof. Dr. João Batista Gonçalves Bueno.

GUARABIRA/PB  
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L735r Lins, Wianey Gonçalves De Souza  
Resgate histórico da estratégia saúde da Família em Guarabira,  
PB [manuscrito] : / Wianey Gonçalves de Souza Lins. - 2013.  
30 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação,  
2013.

"Orientação: João Batista Gonçalves Bueno, Departamento de".

"Colaboração: Mônica de Fátima Guedes de Oliveira"., Naiara  
Ferraz Bandeira Alves

1. Saúde da família. 2. História da saúde. 3. Enfermeiros. I.  
Título.

21. ed. CDD 362.104


WIANEY GONÇALVES DE SOUZA LINS

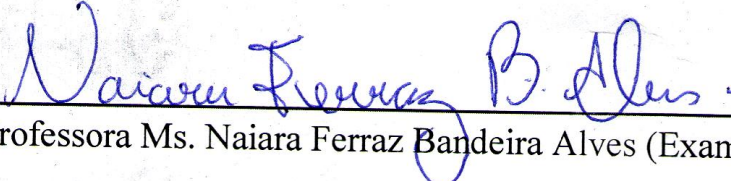
**RESGATE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA SAÚDE NA FAMÍLIA DA CIDADE  
DE GUARABIRA/PB**

GUARABIRA, 11 Dezembro de 2013

BANCA EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Professor. Dr. João Batista Gonçalves Bueno (Orientador)

  
\_\_\_\_\_  
Professora Ms. Mônica de Fátima Guedes de Oliveira (Examinadora)

  
\_\_\_\_\_  
Professora Ms. Naiara Ferraz Bandeira Alves (Examinadora)

Com muito amor ao meu esposo e filho, por terem sido compreensivos e pacientes pelos momentos que precisei me ausentar.

Dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser presença constante em toda a minha trajetória de vida, dando-me amor, força e coragem para alcançar os meus objetivos.

À minha mãe, Maria de Fátima Gonçalves, e meu pai, João Rodrigues de Souza, pelo amor, apoio e dedicação recebidos durante toda a minha vida.

Ao meu amado filho, que apesar da pouca idade, mesmo sentindo minha falta me compreende.

Ao meu esposo, Bartholomeu Lins, por ter me apoiado a alcançar este objetivo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Batista Gonçalves Bueno, por ter acreditado em mim.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## **RESUMO**

O presente estudo tem como tema o resgate histórico da Estratégia Saúde da Família a partir das experiências de alguns enfermeiros do Brejo paraibano especificamente de 22ª Micro Regional, discutindo a atuação dos mesmos na Estratégia Saúde da família, à qual anteriormente PSF (Programa de saúde da Família). O PSF foi criado pelo Ministério da saúde em 1994 e caracteriza-se como uma estratégia, que possibilita a integração interior e proporciona a organização das atividades, promovidas pela atenção básica em um território definido, com o objetivo de detectar e solucionar os problemas identificados neste território. O PSF é composto ou deveria ser composto por uma equipe multidisciplinar, na qual cada membro tem seu papel definido. O presente trabalho trata de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa no qual o investigador parte de uma hipótese e aprofunda o seu estudo que é realizado sob a perspectiva da História da saúde. Os Sujeitos da nossa pesquisa são enfermeiros inseridos nas Equipes de ESF desses municípios, totalizando assim 10 enfermeiros.

**PALAVRAS CHAVE:** Enfermeiros, Saúde, Psf, História.

## **ABSTRACT**

The present study has as its theme the historic rescue of the FHS from the experiences of some nurses Paraíba health specifically 22 th Regional Micro , discussing the role of these in the Family Health Strategy , which previously PSF ( health program family). The PSF was created by the Ministry of Health in 1994 and is characterized as a strategy that allows the inner integration and provides the organization of the activities promoted by primary care in a defined territory , aiming to detect and resolve the problems identified in this territory. The PSF is made or should be composed of a multidisciplinary team in which each member has its defined role . The present work is an exploratory descriptive study with a quantitative approach in which the researcher is part of a hypothesis and deepen your study is conducted from the perspective of the history of health. The subjects of our research nurses are inserted into teams ESF these municipalities , totaling 10 nurses .

**KEYWORDS** : Nurse, Health , Psf, History .



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	09
2.1 A enfermagem.....	12
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

## 1 INTRODUÇÃO

A área da saúde sempre se constituiu em um espaço de importantes disputas políticas, sociais e econômicas, sendo acentuados os embates nas duas últimas décadas, evidenciando o fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os altos índices de desemprego, um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infecto-contagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho geraram uma grande mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário.

Todo esse movimento trouxe propostas de novas concepções do pensar e fazer saúde - mais humana e universal - que só poderia ser alcançada através de uma ampla reforma sanitária. Seu caráter ideológico inicial foi se convertendo em outro mais pragmático, construiu alternativas concretas para reformulação do sistema de saúde e conduzindo as discussões sobre o processo de Reforma Sanitária no país, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o espaço da problematização do conceito de saúde visto como ausência de doenças e questionou o foco nos aspectos biológicos, num esforço de redefinição para uma concepção mais ampliada e dinâmica - a saúde como produto social resultante da ação de diversos determinantes: acesso a lazer, escola, saneamento básico, trabalho, serviços de saúde, entre outros. Em setembro de 1990, foi regulamentada a reforma sanitária com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da homologação da Lei Orgânica da Saúde que vigora no país atualmente.

Em 1991, teve início no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como transição para o PSF. As ações do PSF foram, inicialmente, implantadas em regiões de escassa assistência à população, com os objetivos de atender às minorias sem acesso a serviços de saúde e de responder a uma tendência mundial de redução de custos, de desmedicalização da medicina e humanização dos serviços (VASCONCELLOS, 1998). Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto único do sistema da saúde e responsável pela APS.

Como pode ser percebido, o ESF foi criado como estratégia de estruturar o sistema de saúde vigente de ações voltadas para a atenção básica, visando estruturar o modelo de

atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada, além de contribuir para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, O ESF tem se revelado não-universalizante e residual, focalizando-se para população de “risco social”, destituído de cidadania e que não responde ao objetivo para o qual foi criado, como assistência à saúde de atenção primária dentro de um sistema integral que prevê a continuidade da atenção, ao contrário, tornou-se uma “assistência precária para os pobres”.

Diante desse contexto desvenda-se o tema dessa pesquisa: Resgate histórico da Estratégia Saúde da Família em Guarabira-PB, a partir da perspectiva da História Social da Saúde, tendo como objetivo geral discutir a Estratégia Saúde da Família em Guarabira-PB, a partir da perspectiva da História Social da Saúde. Como objetivos específicos o estudo propõe contextualizar historicamente as políticas públicas direcionadas ao campo da saúde no Brasil; discutir as concepções de exclusão social na sociedade brasileira e apresentar as representações de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Guarabira-PB, sobre seus desafios no campo da Saúde Coletiva.

Justifica-se por entendermos que é de relevância discutirmos as representações dos desafios inerentes à Estratégia Saúde da Família e à saúde coletiva, sob a perspectiva da História Social da Saúde, uma vez que a literatura vem indicando uma profunda transformação no padrão de proteção social do Brasil.

Assim, o presente trabalho pretende contribuir para a reflexão sobre esse contexto e como a História social da saúde pode contribuir nessa área pouco explorada pelos acadêmicos de História. É proposto aqui, uma composição de saberes e fazeres, com a articulação da História com a Saúde coletiva e a ESF. Este estudo visa, ainda, contribuir para a perspectiva da mudança que vem acontecendo na área, na busca de uma assistência menos tecnicista, mais humanizada, e promotora de transformações, produzindo o cuidado necessário para a promoção da saúde pública na perspectiva da História.

## 2 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

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

Nas décadas de 70/80, acontecimentos nos âmbitos: social, político e econômico acarretaram profundas transformações na sociedade brasileira. Um processo crescente de endividamento externo, seguido de um intenso questionamento do regime político autoritário que governava o país, começou a enfraquecer o governo e a incentivar movimentos sociais de diversas ordens que buscavam melhores condições de vida.

Nesse contexto, no final dos anos 70, na área da saúde, a prática médica dominante era essencialmente curativa não sendo capaz de alterar os perfis de morbimortalidade, que agregada aos custos crescentes da assistência inviabilizaram a expansão do modelo. Somado a isso ocorria uma crescente insatisfação dos usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, pela perda de qualidade de serviços prestados pela Previdência Social.

Este quadro refletiu-se na década de 80, “cujo desenvolvimento das políticas de saúde ocorreu em um contexto de profunda crise econômica e frente ao processo de redemocratização do país. (MENDES, 1996, p. 26).

O fracasso do modelo prestador de serviços, a privatização da assistência médica, a crise financeira da previdência social, os altos índices de desemprego, um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, o aumento das doenças infecto-contagiosas e os altos índices de acidentes de trabalho geraram uma grande mobilização social que ficou conhecida como movimento sanitário (DIMENSTEIN, 1998).

Esse movimento trouxe propostas de novas concepções do pensar e fazer saúde - mais humana e universal - que só poderia ser alcançada através de uma ampla reforma sanitária. Seu caráter ideológico inicial foi se convertendo em outro mais pragmático, construiu alternativas concretas para reformulação do sistema de saúde e contribuiu para o processo de democratização do País (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Este importante movimento influenciou os embates políticos da época e conduziu as discussões sobre o processo de Reforma Sanitária no país, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde. A partir das propostas da 8ª Conferência, a saúde foi incluída na Constituição do Brasil de 1988, no capítulo da Seguridade Social, como um direito de todos e dever do Estado, o que representou um avanço em relação à Constituição anterior.

Em setembro de 1990, foi regulamentada a reforma sanitária com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS), através da homologação da Lei Orgânica da Saúde que vigora no país atualmente (CORDEIRO, 1991).

Os princípios do SUS são: universalidade no atendimento; equidade; integralidade nas ações em saúde; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; fortalecimento dos municípios; descentralização da gestão administrativa; resolutividade e participação popular.

Em 1991, teve início no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como transição para o PSF (SOUSA, 2000). As ações do PSF foram, inicialmente, implantadas em regiões de escassa assistência à população, com os objetivos de atender às minorias sem acesso a serviços de saúde e de responder a uma tendência mundial de redução de custos, de desmedicalização da medicina e humanização dos serviços (VASCONCELLOS, 1998).

Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto único do sistema da saúde e responsável pela APS.

Nesse contexto de mudanças oficializou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, na cidade de Camaragibe, no Estado de Pernambuco; na Paraíba, na cidade de Campina Grande e no Brejo Paraibano, na cidade de Alagoinha.

As ações do PSF foram, inicialmente, implantadas em regiões de escassa assistência à população, com os objetivos de atender às minorias sem acesso a serviços de saúde e de responder a uma tendência mundial de redução de custos, de desmedicalização da medicina e humanização dos serviços (VASCONCELLOS, 1998). Por esse programa inicial ser considerado potente para a universalização do atendimento a saúde e para implementar os preceitos da reforma sanitária brasileira, passou-se a haver um esforço e um incentivo para que se transformasse em Estratégia (ESF) de um projeto único do sistema da saúde e responsável pela APS. O PSF é uma estratégia do MS

[...] que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, saios ou doentes, de forma integral ou contínua, cujo objetivo, é a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente em hospitais (BRASIL, 2000, p, 28).

Como pode ser percebido nos parágrafos anteriores e na citação, o ESF foi criado como estratégia de estruturar o sistema de saúde vigente de ações voltadas para a atenção

básica. Compõem-se de uma equipe interdisciplinar formada de um enfermeiro, um médico, agente comunitário de saúde, um odontólogo e um agente consultório odontológico (ACD), a equipe atua numa população descrita que vai de 600 a 1000 famílias, ficando cada ACS responsável por uma média de 100 a 200 famílias podendo variar de acordo com a micro-área cada ACS, como assim é denominada. A atuação da equipe de ESF pode ser tanto em área urbana como em área rural e o município pode ter o número de equipes de acordo com o número de habitantes.

A ESF visa estruturar o modelo de atenção voltado para a integralidade e a qualidade da assistência prestada e contribuir para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (CHAGAS; SECLLEN, 2003). Desta forma, propõe-se uma mudança no paradigma da saúde, não mais centrada na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção à saúde.

O modelo de atenção preconizado pelo Programa Saúde da Família já foi testado em vários países, com contextos culturais e níveis de desenvolvimento socioeconômico diferentes, como por exemplo, Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos casos (BRASIL, 2000, p. 32).

A ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, com as especificidades de um trabalho de APS. Com a proposta de ser a porta de entrada do usuário no sistema, a ESF se localiza num território específico, composto de 600 a 1000 famílias a serem acompanhadas por uma equipe mínima, integrada por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe de saúde bucal foi recentemente integrada à ESF e é composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2002).

A ideia de porta de entrada visa ser não somente o primeiro acesso da população ao serviço, mas também um dispositivo de responsabilização institucional e sanitária no processo do cuidado com a saúde articulado a toda a rede de serviços (BRASIL, 2003). Segundo Ciampone e Peduzzi (2000, p. 143), um dos pontos centrais do trabalho da ESF seria “o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais da saúde e a população”, numa tentativa de romper com a perspectiva tecnicista em saúde e fortalecer o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado.

Os fundamentos da ESF - inserção num território específico, além do espaço geofísico, mas também espaço da cultura, das relações, trabalho local com a população, com

estabelecimento de vínculos, produção de acolhimento e responsabilização - aproximam o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micro-política dos processos de trabalho, nos seus fazeres cotidianos, nas suas relações, seja com outros profissionais seja com a comunidade. Portanto, trabalhar em consonância com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado - menos técnico e mais relacional - tanto entre equipe-usuário como entre equipe-equipe (CAMARGO-BORGES, 2002).

De um enfoque biomédico e disciplinar tradicional, a mudança na saúde trouxe alguns ruídos sobre outras formas de atuação no sistema, principalmente na ESF, que tem seu objeto de trabalho diferenciado pela atuação direta com a comunidade, em seu cotidiano. A conduta profissional, nessa forma de trabalho, passa a ser mais coletiva. Enfoca a família e suas relações e não mais somente o indivíduo com seus problemas e resgata as múltiplas dimensões da saúde, o que exige o reformular da postura de intervenção do profissional, assim como a incorporação de outros saberes para compor a produção do cuidado com a saúde.

Em vista do contexto apresentado e ao habitar esse espaço do cuidar, do trabalho em equipe, temos vivenciado ao longo dos anos, a realidade em que estamos inseridos, caracterizado também por diversos conflitos e desconfortos, seja pela dificuldade de mudança do enfoque do cuidado, que a nosso ver, deveria apresentar melhor eficiência, seja pelo processo de trabalho caracterizado pela hegemonia médica em relação aos outros profissionais, pela dificuldade do trabalho em equipe ou pela própria prática do profissional enfermeiro, caracterizada de forma assistemática e emergencial.

## **2.1 A enfermagem**

A história da saúde e da sociedade no Brasil reflete-se na constituição da enfermagem brasileira, como relatou Germano (1983, p. 21), “a enfermagem no Brasil vem percorrendo, ao longo dos anos, uma trajetória pontilhada de dificuldades, refletindo, em cada momento, o contexto específico da sociedade brasileira”.

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

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

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

Ao considerar a enfermagem enquanto trabalho se está caracterizando-a como uma prática social que se relaciona com outros trabalhos na saúde, completando-os, em resposta às demandas sociais, em um contexto histórico e social. Este recorte da enfermagem como trabalho iniciou-se nos anos 80 e tem uma produção científica significativa com algumas referências clássicas como Germano (1983), Pires (1989), entre outros.

No trabalho em equipe proposto pelo PSF, tanto a enfermagem como outros trabalhos têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da totalidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo. Segundo Pires (1998, p. 52), “o trabalho na saúde é coletivo pela assistência prestada ser parcelada em diversas atividades e exercida por vários profissionais da saúde”.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

A presente pesquisa trata de um estudo de caso, de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa, por se considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados (MINAYO, 2000, p. 22). Neste estudo tentar-se compreender a ESF na perspectiva dos trabalhadores de saúde, considerando o contexto sócio-histórico em que estão envolvidos.

A natureza do estudo é descritiva, por se pretender descrever os fatos a determinada realidade (LEOPARDI, 2001). Descrever a ESF em Guarabira através do discurso de profissionais atuantes, entendendo seus determinantes e as relações sociais construídas



historicamente e em construção, possibilita a investigadora a interação entre o pensamento e a linguagem, permitindo observar e representar o objeto estudado. De acordo com Servalho (1993), no âmbito da história nova, essa perspectiva situa-se como uma história das mentalidades, dominante na fase mais recente dos *Annales*, caracterizando-se por uma consciência de uma determinada visão de mundo.

Realizou-se entrevistas semi-estruturadas individuais com os sujeitos do estudo, utilizando como recurso um roteiro estabelecido. Para cada entrevistado foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido.

O instrumento utilizado para a coleta de dados será um questionário com perguntas abertas com questões de ordem diversas, as quais: Quanto tempo você tem de formado? Quanto tempo atua na ESF? Gosta de atuar na ESF? Independente da resposta, justificar; Perfil para trabalhar no ESF?; Quais as facilidades encontradas na ESF? Dentre outras.

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

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de dados é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerou-se importante caracterizar os sujeitos do estudo para a compreensão de quem são esses trabalhadores de saúde. A população constituiu-se por nove mulheres e um homem, todos enfermeiros.

Quanto ao tempo de formados (Tabela 01), a distribuição foi da seguinte forma: entre 01 e 05 anos (03 entrevistados), 06 a 10 anos (04 entrevistados) e mais de 10 anos (04 entrevistados). Segundo Machado et al. (1997), a faixa de 05 a 14 anos é o momento de afirmação profissional. Machado (2000) encontrou esse dado no perfil de médicos do PSF, enquanto das enfermeiras, a maioria tinha até quatro anos de formadas.

**Tabela 01 – Entrevistados segundo o tempo de formados – Guarabira/2013.**

TEMPO DE FORMAÇÃO	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
01 e 05 anos	03
06 a 10 anos	04
mais de 10 anos	04

<b>TOTAL</b>	<b>11</b>
--------------	-----------

Quanto ao curso de especialização, 03 entrevistados alegaram não ter curso de especialização. Dos 08 entrevistados que responderam ter formação continuada, três responderam já ter especialização em Programa de Saúde da Família e cinco possuem especialização em outras áreas da saúde.

**Tabela 02 – Entrevistados segundo a formação continuada - especialização – Guarabira/2013.**

CURSO DE FORMAÇÃO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Sim	03
Não	08
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

Em relação ao tempo que atuam no PSF (Tabela 03), 06 (54,5% ) entrevistados em de 01 a 05 anos de experiência, enquanto 05 (45,4%) afirmaram ter entre 06 a 10 anos de experiência. Podemos notar que o tempo de atuação desses trabalhadores no PSF condiz com a história de implantação do programa no brejo paraibano, no ano de 2003.

**Tabela 03 – Entrevistados segundo o tempo de atuação no PSF – Guarabira/2013.**

ANOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
01 a 05 anos	06
06 a 10 anos	05
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>

Questionados se gostavam ou não de atuar no PSF, 100% dos entrevistados responderam afirmativamente ao questionamento, dizendo que se identificavam com o Programa, realizando-se como profissional no tratamento preventivo junto à população. Segundo os entrevistados, o trabalho dá condições do enfermeiro acompanhar os resultados do início ao fim do tratamento, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade da população atendida. Embora coloquem o trabalho como prazeroso e proveitoso, apontam algumas dificuldades na sua realização, destacando as questões políticas e o atraso salarial.

Sobre o perfil do enfermeiro para atuar no PSF, os entrevistados apontaram a empatia, o carisma, o amor pelo semelhante, a humildade, a interatividade e sensibilidade para saber ouvir, orientar e ajudar a comunidade. Ainda afirmaram que o profissional do PSF deve conhecer a comunidade, atendendo-a sem discriminação, procurando ajudar de qualquer forma e gostando do que faz.

Questionados sobre as facilidades e dificuldades no PSF, constatou-se que o entrosamento entre os profissionais de PSF representa um dos elementos facilitadores do

trabalho na equipe. Também a receptividade da comunidade foi apontada como elemento gerador de um trabalho mais prazeroso e positivo. Segundo Peduzzi (2001), a equipe de saúde muitas vezes se organiza sem um agir comunicativo, que marca as relações hierárquicas de subordinação estabelecidas, valor comum atribuído ao modelo biomédico tradicional de saúde.

A equipe multidisciplinar que tem como proposta constituir-se como um espaço para a dialogia e para a troca de saberes, muitas vezes tem sido utilizada para o estabelecimento de divisão de trabalho, de papéis, fortalecendo a individualização dos profissionais em detrimento de relações mais horizontais e coletivas. Desse modo, as respostas obtidas junto aos profissionais em enfermagem mostram a importância de um trabalho integrado, intersetorial, voltado para a coletividade, muitas vezes difícil operacionalizar, mas prevalecendo a dicotomia entre a competência técnica e a sensibilidade social como elementos facilitadores do trabalho.

A forma como a ESF está organizada, localizada num território, trabalhando em equipe, focalizando o sistema familiar, a cultura local e lidando diretamente com o cotidiano das pessoas, a faz deparar com questões que demandam acolhimento, vínculo, interação e são da ordem da imprevisibilidade, pois, a cada encontro, a cada situação, gera-se uma forma diferente de intervenção. Segundo Sousa (2003, p. 34) o território na ESF é caracterizado como “sinônimo de lugar, espaço de interação, solidariedade”.

Assim, a ESF privilegia o processo de produção de conhecimento e a construção das intervenções a partir das práticas sociais, dos processos interativos e da cultura. A proposta, portanto, é a de que qualquer entendimento do processo saúde-doença-cuidado possa ser analisado e referido a partir da compreensão de uma pessoa, pertencente a determinada família, inserida numa comunidade específica, e assim por diante.

**Tabela 04 – Entrevistados segundo a facilidades e dificuldades encontradas no PSF – Guarabira/2013.**

<b>FACILIDADES</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>	<b>DIFICULDADES</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
• Entrosamento entre os profissionais	05	• Espaço físico	02
• Desenvolvimento dos programas	02	• Burocracia	01
• Receptividade da comunidade	03	• Cobrança	01
• Gostar do que faz	01	• Desobediência ao cronograma	01
		• Falta de interação com a comunidade	01
		• Falta de recursos humanos	02
		• Instabilidade	01
		• Pagamento atrasado	04
		• Ausência de demais profissionais (nutricionista, fisioterapeutas, e outros)	01
		• Locomoção	
		• Falta de material	03
		• Velhas práticas	02
			01
<b>TOTAL</b>			<b>11</b>

Um dos aspectos positivos destacados nas entrevistas diz respeito ao sentimento dos enfermeiros quanto ao trabalho que desempenha no PSF. Um dos pontos a destacar diz respeito ao sentimento do “ser útil”, pontuado pela grande maioria dos entrevistados (08). Outros responderam que se sentem felizes em trabalhar junto a comunidade, destacando o trabalho como gratificante.

Por outro lado, percebe-se que o sentimento de bem estar no trabalho de enfermeiras no PSF deve mais a satisfação pessoal do trabalho em exercício, do “fazer o que gosta” do que em detrimento da política de saúde de cada unidade. Isso pode ser justificado pelos discursos de três enfermeiras que apontam a disparidade entre a teoria e a prática e a falta de oportunidades para um desenvolvimento efetivo da atenção à saúde. Também foi apontado o atraso de pagamento, a desvalorização profissional por parte dos gestores municipais, a falta de estímulo e recursos materiais como motivo de angústia e desapontamento.

A rotatividade, conseqüente da instabilidade desses profissionais também foi apontada como motivo do sentimento de fragilidade e angústia do profissional que percebe, da comunidade, uma certa dose de insegurança e falta de credibilidade.

De todos os entrevistados apenas um deles mostrou-se desapontado e insatisfeito com o trabalho executado, inclusive, alegando estar saindo do Programa devido à falta de apoio e por problemas salariais e intervenções políticas locais.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esforço aqui empreendido se faz no sentido da realização de um estudo de caso, com proposta de metodologia qualitativa. Os estudos de casos são comumente executados para o reconhecimento de situações específicas, que pode levar a conhecimento "generalizável" com o objetivo de contribuir para a compreensão de situações análogas e a consequente aplicação de conduta compatível.

O dilema dessa metodologia foi, portanto, na identificação adequada do que o caso escolhido tem de particular e o que pode constituir instrumental para o reconhecimento das questões enfrentadas na prática, sem cair na tentação da busca de generalizações apressadas ou ilegítimas. Partindo de uma perspectiva qualitativa, a preocupação se dá menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, tentando compreender o PSF na perspectiva dos trabalhadores de saúde, considerando o contexto histórico e social em que estavam envolvidos.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas como forma de garantir a livre expressão de opiniões pelos entrevistados. Embora as informações se limitem à pesquisa no brejo paraibano, representam características que tendem a se fazer presentes nas demais unidades de saúde administradas pelos gestores comunitários, de modo que o conjunto de informações produzido forma uma base empírica que agrega dados para a reflexão sobre as unidades de saúde situadas nas comunidades de baixo poder aquisitivo em geral e poderá fornecer subsídios para o planejamento e a tomada de decisões pelos gestores municipais de saúde.

Os resultados obtidos nos levaram as seguintes conclusões: os entrevistados apresentaram um tempo de serviço compreendido entre 01 a 10 anos de experiência, sendo 03 entrevistados, entre 01 e 05 anos; 04 entrevistados, de 06 a 10 anos e mais 04 entrevistados com mais de 10 anos.

Quanto ao curso de especialização todos deram continuidade à formação inicial; 08 entrevistados alegaram ter curso de especialização, afirmando o propósito de concretizarem um curso de especialização em Programa de Saúde da Família, embora já tenham outros cursos. Conclui-se daí, que ocorre uma intenção implícita de continuar exercendo suas funções no trabalho comunitário dos PSFs.

Em relação ao tempo que atuam no PSF, 06 entrevistados apresentaram de 01 a 05 anos de experiência, enquanto 05 afirmaram ter entre 06 a 10 anos de experiência, coincidentemente, relacionando-se com a história de implantação do programa no brejo paraibano que teve início no ano de 2003.

Questionados se gostavam ou não de atuar no PSF, todos os entrevistados responderam afirmativamente ao questionamento, dizendo que se identificavam com o Programa, realizando-se como profissionais no tratamento preventivo junto à população e tendo a oportunidade de acompanhar os resultados do início ao fim do tratamento, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade da população atendida.

Questionados sobre as facilidades e dificuldades no PSF, constatou-se que os entrevistados apontaram o entrosamento entre os profissionais de PSF como sendo um dos elementos facilitadores do trabalho na equipe. Também a receptividade da comunidade foi apontada como elemento gerador de um trabalho mais prazeroso e positivo. Além disso, afirmaram sentir-se úteis, por ser o trabalho exercido gratificante.

Por outro lado, percebe-se que o sentimento de bem estar no trabalho de enfermeiras no PSF deve mais a satisfação pessoal do trabalho em exercício, do “fazer o que gosta” do que em detrimento da política de saúde de cada unidade que, segundo os enfermeiros e enfermeiras, não dão boas condições de trabalho.

Mediante os resultados obtidos nossas sugestões é que novas pesquisas, com novos enfoques em torno do tema para o avanço de nosso conhecimento sobre um setor pouco explorado até aqui pelos historiadores nacionais

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família (PSF)**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília. 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília. 2002.

CAMARGO-BORGES, C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. 161 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

CHAGAS, Luciana; SECLLEN, Juan. **Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil**. In: Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Projeto de desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde. Brasília, 2003.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. **Trabalho de equipe e trabalho em grupo no Programa Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, 53(especial): 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. (1986). Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COSTA, Ana Rita Firmino. **Orientações Metodologias para produção de Trabalhos Acadêmicos**. Maceió: Edufal, 1997.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde**. (UBS). 223f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

Germano (1983)

LEOPARDI, Maria Tereza et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem, 2001.

MENDES, Eugênio Villaça. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. In: Uma agenda para a saúde. (pp.233-298). São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, MC. Sanches O. **Quantitativo-Qualitativo; Oposição ou complementariedade CAD; Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V. 9, Nº. 3, p. 240, Jul/ Set 2000.

PEDUZZI, M. (2001). **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.35, n.1, 2001.



PIRES, Fernando Alves. **História, saúde e seus trabalhadores**: da agenda internacional às políticas brasileiras. Ciênc. saúde coletiva [online]. 1989, vol.13, n.3, pp. 819-829.

ROUQUAYKOL, M, Z, Almeida Filho, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª Edição. Rio de janeiro: Medsi 1999.

STARFIELD, Bárbara Atenas. **Equilíbrio entre Necessidades de saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: Unesco ministério da Saúde: 2002.

SOUZA, R. A.; Carvalho, A. M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia**. Estudos de psicologia (pp.515-523). Natal, v.8 n.3., 2003.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M.H. **Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações**. In: TEIXEIRA, S.F. (Org). Reforma Sanitária em busca de uma teoria (pp. 193-232). São Paulo: Cortez. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

VASCONCELLOS Maria da Penha. C. **Reflexões sobre a saúde da família**. In: MENDES Eugênio Villaça, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.