

**Título:**

**PSF: CONTRADIÇÕES E NOVOS DESAFIOS.**

**Autores:**

**Túlio Franco\*** - **Psicólogo Sanitarista, Mestrando em Saúde Coletiva.**

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Endereço: Cidade Universitária “Zeferino Vaz”. Bairro Barão Geraldo.

Campinas. (S.P./BR.). Cep 13083-970.

Telefone do trabalho: 019-7888580 ou 7888650

Endereço eletrônico: [tuliofranco@uol.com.br](mailto:tuliofranco@uol.com.br)

\* Contatos para correspondência no seguinte endereço:

R. Gama Cerqueira 10/502 - Nova Suíssa

30 460-360 - Belo Horizonte - MG

**Emerson Merhy** - **Médico sanitaria, Professor Doutor.**

Departamento de Medicina Preventiva e Social

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Endereço: Cidade Universitária “Zeferino Vaz”. Bairro Barão Geraldo.

Campinas. (S.P./BR.). Cep 13083-970.

Telefone do trabalho: 019-7888036 ou 7888042

Endereço eletrônico: [emerhy@head.fcm.unicamp.br](mailto:emerhy@head.fcm.unicamp.br)

Nota: Este trabalho é parte de um texto mais amplo a ser apresentado na defesa de tese para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social / FCM / UNICAMP.

Título da Tese: Os Modelos Tecnoassistenciais e Processos de Trabalho em Saúde.

# PSF: CONTRADIÇÕES E NOVOS DESAFIOS.

## RESUMO

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde.

O atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a “produção do cuidado”, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Resolução e Autonomização.

**Palavras-Chave:** Programa de Saúde da Família, PSF, Modelo Assistencial, Gestão, Planejamento, Processo de Trabalho.

## INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”.<sup>1</sup>

O mesmo documento, elenca os princípios sob os quais a Unidade de Saúde da Família atua, quais sejam:

**“Caráter substitutivo:** substituição as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;

**Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.

**Territorialização e adscrição da clientela:** trabalha com território de abrangência definido.

**Equipe multiprofissional:** A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Este artigo se propõe a uma análise do Programa de Saúde da Família, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, como território dos fazeres e portanto, produtor do cuidado em

---

1 “Programas e Projetos - Saúde da Família”; MS, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).

saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites. Serão descritas a estrutura e organização do Programa, no sentido de desvendar o núcleo epistemológico que alimenta o PSF e seu campo operativo. Pretendendo-se ao final esboçar uma idéia geral sobre o perfil do PSF e sua inserção na arena de disputas de projetos para a implementação do Sistema Único de Saúde, no Brasil. E procurar entender, nesse jogo, qual é a aposta do PSF? O Programa de Saúde da Família tem potência para mudar o modelo tecnoassistencial para a saúde, como ele se propõe?

### **PSF: Territorialização, Adscrição de Clientela. Discutindo seu núcleo estrutural.**

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Isto significa que em grande medida a normatização do programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo “as autonomias nos modos de se andar a vida” (Campos, 1992, e Merhy, 1998). Desta forma o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da “clínica ampliada”, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. E, nada é melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso, pois deixa-se um dos cenários de luta vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica.

Gastão W. S. Campos, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Esta organização justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” (...) “responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos” (Campos; 1992:153).

O Programa de Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. Contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não torna-se ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (Chakkour e all., 1992). Assim, o PSF parece cometer um erro de saída.

## Estrutura e organização do PSF

Dentre os diversos problemas verificados na proposta do PSF, enquanto “estratégia de mudança do modelo assistencial”, pode-se de modo sistemático, apontar o seguinte:

A idéia, que já se descreveu, de que esteja mais voltado para ações de natureza “higienistas”, do que as de cunho “sanitaristas”, não dando valor e importância suficientes a uma **rede básica assistencial**, integrada ao sistema de saúde, ganha um grande destaque por tornar-se uma perspectiva muito polêmica em um país como o Brasil, pois ao se verificar, que de acordo com dados do Ministério da Saúde de 1998, há no país 55.647 Unidades Ambulatoriais, das quais 31.342 constituem-se de Unidades Básicas de Saúde, o que faz com esta ampla e capilar rede de serviços, locais. No Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito melhor do que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes.<sup>2</sup> Esta rede, construída ao longo da história da saúde pública neste país, oferece um equipamento importante para operar a assistência à saúde e deve necessariamente ser considerado para a organização de um novo modelo assistencial.

Sobre **a organização e forma de trabalho da equipe**, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. **As visitas domiciliares**, não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, e já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive mostrando bons resultados. É próprio da missão das Unidades de Saúde e deve ser considerado um expediente rotineiro em serviços assistenciais. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática “procedimento centrada” e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos. Estes são problemas de outras ordens, como está se tentando mostrar neste artigo.

Outra questão central, diz respeito ao fato dos seus mentores considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, elimina a possibilidade de atendimento **a demanda espontânea**, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.

**As visitas domiciliares compulsórias**, indicam dois tipos de problemas muito graves, por sinal: um, diz respeito a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa, principalmente de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que

---

<sup>2</sup> Para mais dados e comentários a respeito ver: Caderno Temático “SUS NACIONAL: O Sistema Único de Saúde, Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados” editado pela CNTSS/CUT sob coordenação de Franco, T.B. & Rezende, C.A.P. ; São Paulo, 1998.

têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Mas, pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visitação de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio.

Um outro aspecto, da **visita domiciliar compulsória**, diz respeito ao fato de que isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente, ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário, o quanto não há um cunho trágico nisso.

Uma questão muito sentida, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos **custos/financiamento do programa**. O PSF trabalha com a idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua “interiorização”. Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. O modo de assistir as pessoas, está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dá entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

O PSF mitifica o **generalista**, como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população. De acordo com dados da pesquisa “Perfil dos Médicos do Brasil”, realizada pela Fiocruz/FCM em 1995, de 183.052 médicos registrados nos Conselhos de Medicina, 2,6% são especializados em Medicina Geral e Comunitária, enquanto em pediatria - 13,4%; gineco-obstetrícia - 11,8% e em medicina interna - 8,0%. Seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial.

De acordo com Campos et al, a especialidade médica se circunscreve ao “*núcleo de competência*, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade”, contudo o médico detém ainda uma certa tecnologia de trabalho, que lhe dá maior amplitude de ação, o qual o autor denomina de “*campo de competência*, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, ... seria um campo de interseção com outras áreas”. (Campos; Chakkour; Carvalho; 1997:143).

Merhy descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém”. (Merhy; 1998:113) Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

No fundamental, esta discussão nos indica que a polêmica entre generalistas X especialistas se torna uma falsa polêmica, ao verificarmos que se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento próprio, ele pode ao longo do tempo se transformar em um “especialista da generalidade” e assim,

derrotar a sua pretensa resolatividade. A verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território pôr onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Isto pode ser real, se pensarmos que “todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, Responsabilizações e vínculos”. (Merhy; 1998:117).

Merhy propõe a elaboração pelas equipes de referência dos usuários, de “projetos terapêuticos” individuais a serem operados pôr um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que então ficaria com a função de “gestor do cuidado”. Este profissional assume as funções de “um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em Saúde, diante do caso concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha de ter poder burocrático-administrativo na organização.” (Merhy; 1998:117).

Quanto à **gestão do PSF**, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas, deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Agindo assim, o Ministério da Saúde não só aborta a construção de modelos alternativas, mesmo que similares a proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato.

Em relação a escolha da **família**, como espaço estratégico de atuação, também é necessário alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto nem sempre, este núcleo está presente. Nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

### **O PSF, o processo de trabalho em saúde e o mito da Esfinge “decifra-me ou te devoro”.**

Se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais.

Aqui, entende-se que ocorre com o PSF algo parecido como o enigma da Esfinge. Conta a

mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge fixou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual é o animal que anda com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem, que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta. No PSF acontece o mesmo, ou seja, o programa enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não decifra-o e como no caso da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saber - inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Por quê isso, se todo esforço e discurso é feito para mudar esta lógica de produção? Interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para decifrar seus enigmas e impedir a ação destruidora da “esfinge”, que diz respeito à dinâmica do capital posta no caso da saúde. Para ferir de morte esta dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde.

Estes novos fazeres, práticas, se materializam em “tecnologias de trabalho”<sup>3</sup>, usadas para produzir saúde. Tecnologias, aqui, entendida como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leveduras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é essencialmente um trabalho interseção (Merhy, 1997). Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por “tecnologias leves”, território onde se inscreve o “trabalho vivo em ato”. Buscar na arena da produção de serviços de saúde, os lugares onde se matriciam o conhecimento<sup>4</sup> e a forma de potencializá-los para a assistência à saúde é fundamental. Isto só será possível, se for permitido, por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo da sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários. O “trabalho vivo em ato” é aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no imediato fazer a produção do serviço.

As tecnologias de trabalho, têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo. Nessa questão, é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado, é ao mesmo tempo determinado pelo uso de tecnologias duras, o que o torna não apenas custoso, mas pouco resolutivo, na medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. Resolver problemas de saúde resumiu-se em realizá-los, como um fim em si mesmo.

Portanto, importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando porque é necessário alterar muito mais do que estruturas, deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados,

---

3 Ver Merhy “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte; Xamã Ed.; Belo Horizonte, 1998.

4 Sobre teorias do conhecimento, ver Lévy, P.; Tecnologias da Inteligência; Ed. 34; S. Paulo; 1994 e Árvores de Conhecimentos.

estruturados.

## CONCLUSÃO

Há um caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa. São definidas *a priori* os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde.

Diante disso, na vida real dos serviços que aderem ao PSF, cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições, e manter a lógica atual (as diversas planilhas podem ser preenchidas de forma "criativa"); aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Esta possibilidade é mais remota, porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF), pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias. Reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas, não é tarefa simples. Um processo de trabalho, prescritivo a nível central, não contribui para este movimento dentro da equipe. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um 'luto' da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e some-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe. O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência.

Aqui entra uma questão central, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um "campo de produção do cuidado" que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu "núcleo específico" de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o "campo de competência" ou "campo do cuidado", além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.<sup>5</sup>

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF's médico centrados assim como outros usuário centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o

---

<sup>5</sup> Sobre estas questões, ver: Merhy, E.E. "A perda da dimensão cuidadora..." (obra citada) E Campos; G.W.S.; Carvalho e Chakkour; "Notas sobre residência e especialidades médicas"; Cadernos de Saúde Pública, ENSP; São Paulo, 1997.



cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários.

A adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família, deve considerar que da forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança, como é o objetivo do PSF, de acordo com o MS. Toda a discussão realizada aqui, indica que o Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora ou melhor, assumindo uma configuração diferente.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. “Programas e Projetos - Saúde da Família”; Ministério da Saúde, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).
2. “Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde”; Ministério da Saúde, mimeo, Brasília; março de 1996; pág. 2.
3. Campos, G.W.; Chakour, M.; Santos, R.C. “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) in Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.
4. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
5. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
6. Cecílio, L.C.O (org) et all; “Inventando a Mudança na Saúde”; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
7. Chakkour e all. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia, mimeo, 1992.
8. Dominguez, B.N.R., “Programa de Saúde da Família - como fazer”, Ed. Parma Ltda, S. Paulo, 1998. Silva Jr., A.G., Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva, Ed. Hucitec, 1998.
9. Fleury, S.; “A Questão Democrática na Saúde” in Saúde e Democracia - a luta do CEBES; Lemos, São Paulo, 1997.
10. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); São Paulo, 1998. (aprovado para publicação no Cadernos de Saúde Pública da ENSP).
11. Mandel E.; O Capitalismo Tardio; Nova Cultural, São Paulo, 1985.
12. Mendes, E.V. (org.) et all “Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde”, Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.
13. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.
14. Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.
15. Programa de Saúde da Família - PSF; Ministério da Saúde - 1998;

Campinas, março de 1999.