

## A INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO ENTRE AS AÇÕES DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

*THE INTEGRATION ARTICULATION BETWEEN THE EDUCATION AND HEALTH ACTIONS IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM – PSF*

*LA INTEGRACIÓN E ARTICULACIÓN ENTRE LA EDUCACIÓN Y LAS ACCIONES EN EL PROGRAMA DE LA SALUD DE LA FAMILIA – PSF*

**Cesar Cavalcanti da Silva<sup>1</sup>, Ana Tereza M. C. da Silva<sup>2</sup>, Agnes Lonsing<sup>3</sup>**

**RESUMO:** O artigo discute as ações práticas de uma equipe do Programa de Saúde da Família - PSF em uma cidade do interior nordestino e, revela a falta de integração/articulação dessas ações com a dimensão educativa. A desarticulação dos conhecimentos dos membros da equipe de saúde sobre os princípios teóricos, metodológicos e filosóficos do PSF é apontada como um dos determinantes do pouco envolvimento do trabalho da equipe com a área educativa. A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica da análise crítica dos discursos que conduziu à categoria empírica: contradição teórica x prática nas ações das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Programa de Saúde da Família, Enfermagem de Saúde Pública.

**ABSTRACT:** The article discusses the practical actions of a team of the Family Health Program-PSF in a city of the Northeastern Brazilian region and, it reveals the lack of integration/articulation of those actions with the educational dimension. The disarticulation of the team members' knowledge of health on the theoretical, methodological and philosophical principles of PSF is pointed as one of the determinant of the little involvement of the team work with the educational area. the analysis of the collected data was accomplished through the technique of the critical Analysis of the speeches that led to the empiric category: contradiction theoretical x practice in the actions of the health teams of the Family Health Program.

**KEY WORDS:** Health Education, Family Health Program; Public Health Nursing.

**RESUMÉN:** El artículo discute las acciones prácticas de un equipo del Programa-PSF de la salud de la familia en una ciudad del interior del noreste brasileño y, revela la carencia de la integración/de la articulación de esas acciones con la dimensión educativa. El desarticulación conocimiento de los miembros del equipo' de la salud en los principios teóricos, metodológicos y filosóficos de PSF se señala como uno del determinante de la pequeña implicación del trabajo del equipo con el área educativa. el análisis de los datos recogidos fue logrado con la técnica del análisis crítico de los

discursos que ése condujo a la categoría empírica: práctica teórica de la contradicción x en las acciones de los equipos de la salud del programa de la salud de la familia.

**PALABRAS-CLAVE:** Educación en la salud; Programa de la salud de la familia; Enfermería de Salud Pública.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem de Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – DEMCA/CCS/UFPB. Av. Umbuzeiro 209 – Manaíra – João Pessoa/PB. CEP 58038-180 [profccs@yahoo.com.br](mailto:profccs@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – DESPP/CCS/UFPB. [Anatmc8@yahoo.com.br](mailto:Anatmc8@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem do CCS/UFPB. [lonsing@uol.com.br](mailto:lonsing@uol.com.br)

## INTRODUÇÃO

O resgate da dívida social do governo para com as camadas excluídas da população brasileira nos setores da saúde e da educação pressupõe a realização de reflexões sobre as políticas sociais implementadas em face do resgate dessa dívida.

Esses processos reflexivos se revestem de grande importância nesse momento histórico, principalmente nos municípios do interior nordestino, em razão das necessidades decorrentes da implementação do Sistema Único de Saúde – SUS e de suas necessidades em termos de perfis profissionais para atender seus princípios norteadores, tanto doutrinários quanto organizativos.

Universalidade, Equidade e Integralidade constituem os princípios doutrinários do SUS. O primeiro, garante a atenção de saúde a todo e qualquer cidadão brasileiro, enquanto o segundo e o terceiro, asseguram a igualdade de todos perante o sistema de saúde, reconhecendo o homem como ser integral e prevendo seu atendimento como ser bio-psico-social.

No aspecto organizacional, o SUS encontra-se amparado pelos princípios da Regionalização e Hierarquização; Resolubilidade; Descentralização, Participação dos Cidadãos e Complementaridade do setor privado, esses princípios asseguram que os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos numa área geográfica delimitada. Os princípios organizacionais asseguram ainda, que os serviços devem resolver os problemas até o nível de sua competência e que haja inclusão da população na formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução, através dos Conselhos de Saúde, além da contratação de serviços privados mediante insuficiência do setor público, desde que respeitadas as normas do Direito Público (BRASIL, 1990).

A estratégia definida para a efetivação do SUS, enquanto política social de saúde, materializada no Programa de Saúde da Família – PSF requer o trabalho engajado de todos os seus colaboradores e, sobretudo, a compreensão de seu alcance e necessidades nos planos da saúde e da educação.

No âmbito da formação de força de trabalho com perfis que atendam aos requerimentos do SUS/PSF, essa compreensão e engajamento constituem elemento fundamental para o sucesso da Política e Estratégia, pois, um de seus principais objetivos é ampliar as condições de saúde e vida da população usuária dos serviços públicos, acarretando mudança da lógica e da prática do sistema.

O PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Essa estratégia assume o compromisso de prestar assistências universais, integrais, equânimes,

contínuas e resolutivas à população, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

Fazer avançar esse processo de inclusão social é o que se reclama no presente e o grande desafio que se coloca é a ampliação desse compromisso de intervenção a partir das necessidades da população, bem como, o fomento dos processos de articulação com os demais setores da sociedade, particularmente, o da educação.

Não há fórmulas específicas para o estabelecimento de articulações entre o PSF e as instituições de qualquer setor, entretanto, vale ressaltar a importância da parceria entre esse Programa e os estabelecimentos educacionais das comunidades onde atuam, a partir de algumas ações a serem desenvolvidas, tais como: Visita dos profissionais às escolas para a realização de palestras sobre aspectos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças; Realização de reuniões periódicas com pais e mestras sobre assuntos de relevância para a comunidade e Planejamento de ações conjuntas com o objetivo de ampliar os resultados das atividades educativas, principalmente junto aos jovens e adolescentes com ênfase na necessidade da participação social (MAIA et al, 2003).

Nesse sentido, o Programa de Saúde da Família, objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene. Foge da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, por não se tratar de intervenção pontual no tempo e no espaço e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde (MAIA et al, 2003).

Considerando que as escolas podem assumir um papel fundamental na disseminação de informações de saúde no meio familiar e comunitário no sentido de produzir uma nova cultura em relação ao processo saúde-doença, justifica-se a investigação do tema proposto para a promoção desse processo de integração/articulação, de forma ordenada e criteriosa.

Dada a importância do compartilhamento das informações de saúde visando à tomada de decisões sobre ações no âmbito individual e coletivo em uma comunidade, questionamos: As equipes do Programa de Saúde da Família atuam de modo integrado e articulado junto às escolas da comunidade?

## OBJETIVOS

- Compreender a atuação das equipes de saúde do PSF no âmbito da integração/articulação entre as ações de saúde e de educação.
- Verificar a integração/articulação entre as equipes de saúde da família e as escolas da comunidade onde atuam.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa sobre a atuação de uma equipe de saúde do PSF, tendo em vista a necessidade de atuação de forma integrada e articulada nos setores da saúde e da educação.

Partimos do pressuposto de que a integração/articulação entre as atividades do PSF (âmbito da saúde), junto às escolas da comunidade (âmbito da educação), constitui-se fator significativo para a ampliação do alcance de suas ações na comunidade.

O estudo foi realizado no município de Coité do Nóia, localizado a vinte e dois quilômetros de Arapiraca/PB, local de trabalho de um dos pesquisadores. No âmbito da educação, esse município possui três escolas, sendo duas na área urbana e uma em área rural. A maior escola do município atende ao ensino fundamental e médio, contando atualmente com quinhentos alunos matriculado nos três turnos. O setor saúde dispõe de uma Unidade Básica de Saúde, na qual atuam quatro equipes do PSF. Uma equipe responsabiliza-se pela área urbana do município e fornece suporte às três restantes, cuja atuação restringe-se a área rural.

A pesquisa pautou-se pela Resolução 196/96 e teve início após sua liberação pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Para proceder a coleta de dados utilizou-se a técnica da Entrevista Semi-Estruturada que parte de certos questionamentos básicos, estimulando o informante a seguir seu pensamento dentro do foco principal colocado pelo investigador. Foram entrevistados três auxiliares de enfermagem e um médico.

A sistemática adotada pelo pesquisador para a realização das entrevistas foi: agendar o encontro, explicar os objetivos e propósitos da entrevista, solicitar a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar permissão para gravação dos depoimentos e, finalmente, proceder à entrevista.

A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica da Análise de Discurso, que é indicada nas pesquisas qualitativas pelas possibilidades de relacionamento dos materiais que envolvem juízos e valores, como argumentos ou meios, conduzindo a um fazer crer relacionado à totalidade do contexto sócio-histórico (FIORIN, 1990)

A pertinência da análise de discurso neste estudo decorreu da possibilidade dessa técnica revelar as características da atuação dos membros de uma equipe de saúde da família e conseqüentemente, confirmar ou negar um trabalho de articulação/integração entre as atividades de saúde, via ações do PSF e de educação, por meio das atividades de responsabilidade das escolas locais.

Após a transcrição dos depoimentos, os textos foram impressos e catalogados por ordem de coleta. Na seqüência, procedeu-se a várias leituras dos textos, identificando-se e separando-se os trechos discursivos que versavam sobre a atuação prática da equipe. A recorrência de alguns posicionamentos permitiu a identificação de cinco sub-temas, a saber: distorção na filosofia de trabalho do PSF; não aplicação dos princípios teóricos do PSF; afinidade com o trabalho do PSF; interferências externas no trabalho do PSF; falta de recursos materiais dificultando o trabalho do PSF.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

O refinamento dos principais sub-temas visando a compreensão dos depoimentos mais relevantes relacionados ao objeto do estudo evidenciou uma contradição interna no fenômeno estudado, qual seja, a ausência de qualquer referência à realização de atividades educativas pelos membros da equipe de saúde do PSF, durante sua atuação prática, precisamente em um programa cuja principal função é trabalhar na prevenção primária de saúde, por meio de atividades educativas, tendo em vista as necessidades do SUS nessa área.

A exclusividade do desenvolvimento de ações pontuais no âmbito da atenção secundária de saúde em programa concebido como estratégia de reforço ao SUS, aponta para uma contradição interna entre teoria e prática no processo de trabalho das equipes do PSF da realidade investigada.

Vale salientar que na experiência vivida foi possível identificar a interferência da dimensão político-partidária no processo de trabalho das equipes do PSF e seu papel determinante, nas ações e reações dos profissionais e ocupacionais locais. Vale salientar que a verificação desse fenômeno se constituirá objeto de estudo de futuras investigações.

### **Contradição Teoria x Prática nas ações das equipes de saúde do Programa de Saúde da Família**

Segundo a Conferência de Alma-Ata a saúde quando tratada no nível primário de atenção vincula-se aos cuidados essenciais, baseados em metodologias e tecnologias práticas, cientificamente válidas e socialmente aceitas, devendo ser acessíveis

a todas as famílias e membros de uma dada comunidade, com custos compatíveis com os recursos econômicos que a sociedade disponha (OMS, 1978)

Também deriva dessa Conferência, o entendimento de que as ações desenvolvidas no nível primário de atenção à saúde devem assegurar práticas educativas nesse âmbito, incluindo o repasse de conhecimentos essenciais para prevenir ou reduzir riscos, presentes ou encontráveis, nas distintas áreas de atuação. A assistência no nível primário de atenção à saúde deve estar, portanto, calcada nas atividades preventivas e de vigilância à saúde, realizada principalmente através da orientação/educação dirigidas à população.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família – PSF, criado em 1994, é o veículo por meio do qual o Ministério da Saúde – MS vem tentando fortalecer o nível primário de atenção a saúde (atenção básica) como estratégia de apoio para a efetivação do Sistema Único de Saúde na perspectiva da Reforma Sanitária. Dentre as principais ações do PSF no âmbito de atuação local, está a reorganização das unidades básicas de saúde com o objetivo de torná-las resolutivas, por meio da criação de vínculos de compromisso e responsabilidade entre profissionais, serviços de saúde e população em uma prática profissional participativa e integral (SOUZA, 2000).

Dessa forma, o PSF tem seu trabalho voltado para a assistência ao nível primário realizado com base na aproximação dos profissionais de saúde com as famílias e as comunidades, sendo essa, sua principal característica e diferencial em relação aos programas tradicionais do Ministério da Saúde.

A implantação do PSF significou a reorganização do Sistema de Saúde em alguns municípios, substituindo antigas práticas, tanto técnicas quanto administrativas e implementando novos princípios, com foco na promoção da saúde e incentivo à participação da comunidade nas ações de saúde (SOUZA, 2000).

A implementação de uma Política de Saúde da Família como estratégia de apoio ao SUS em resposta às demandas do movimento pela Reforma Sanitária propiciou o repensar das práticas profissionais no âmbito da saúde e uma profunda reflexão sobre os valores e conhecimentos de todos os envolvidos no processo de produção social da saúde (MAIA et al, 2003).

Cabe salientar, entretanto, que a inserção das equipes de saúde no processo de trabalho do PSF, nas diferentes regiões brasileiras, apresenta diferenças significativas em relação ao trabalho técnico e sua prática cotidiana, além de seus posicionamentos políticos em relação ao processo de produção social da saúde, configurando o surgimento de inúmeras contradições no âmbito da teoria e da prática.

No cenário investigado, uma das primeiras contradições identificadas diz respeito às atividades meio do processo de trabalho, desenvolvida pela equipe, em franco descompasso com os objetivos da estratégia, conforme pode ser observado nos discursos a seguir:

*“Durante todo dia eu passo aqui a realizar punções, curativos em cortes, aplicação de injetáveis prescritos pelo médico” (A.2; L.05/06)*  
*“Procuro não me afastar de fazer o lado técnico quando estou no PSF. Não adianta você exercer sua profissão fazendo só o social, esquecendo o lado técnico”. (M.1; L.14/21)*

Nesses depoimentos foi possível verificar que alguns componentes da equipe não fazem qualquer diferença entre as atividades relacionadas aos níveis primário e secundário de atenção à saúde. A equipe pesquisada encara as atividades preventivas, da mesma forma e no mesmo patamar de importância, que o faz em relação ao agravo já instalado, não considerando o componente social e muito menos a interface educativa desse componente.

No que concerne à preparação dos profissionais para o desempenho técnico da equipe dentro da metodologia de trabalho do PSF, o atual processo de especialização das profissões da área da saúde tem contribuído fortemente para a ocorrência de severas distorções no âmbito da assistência e extensão de cobertura.

Essas distorções têm sido combatidas com a realização de cursos preparatórios (Curso Introdutório) que visam à adaptação dos profissionais às especificidades da metodologia de trabalho do PSF, na perspectiva de superação das formações super especializadas, facilmente encontradas nas universidades brasileiras, especialmente nos cursos da área da saúde. Contudo, apesar dos constantes esforços dos Pólos de Capacitação, essa metodologia ainda não se encontra totalmente disseminada e a contratação de profissionais sem formação na área da saúde coletiva tem gerado inúmeras contradições, conforme se percebe no depoimento a seguir:

*“Minha formação é anestesia e eu faço PSF também, que é medicina comunitária social” (M1-L 011/02)*

A Medicina Comunitária foi um modelo assistencial concebido nos Estados Unidos da América do Norte, na década de 60 do século passado, e que chegou ao Brasil no início da década de 70, no rastro do modelo assistencial da Medicina Integral e Preventiva. Difundido por agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde - OMS e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, esse modelo se implementou como uma

prática complementar de assistência a saúde, oferecida à parcela excluída do acesso à medicina flexneriana, encontrando grande respaldo nas universidades como projetos-piloto (ARANTES, 1999).

A Medicina Comunitária, juntamente com o movimento preventivista, desenvolveu-se nas Universidades por meio das propostas de Integração Docente Assistencial – IDA, como parte de um grande esforço para a reformulação do ensino em saúde, sobretudo da educação médica, vinculando-se a programas de extensão de cobertura e expansão da rede básica de serviços (MARSIGLIA & SPINELLI, 1985)

O grande mérito do modelo assistencial da Medicina Comunitária foi o de possibilitar o início das discussões sobre o verdadeiro alcance dos modelos preventivistas e a inserção das Ciências Sociais nos grandes debates sobre saúde. Esse momento histórico marcou o envolvimento da dimensão social, na compreensão do processo saúde-doença e culminou com o afastamento das concepções teórico-metodológicas de origem funcionalistas, possibilitando o surgimento de concepções histórico-estruturais, e com elas, a abordagem do Materialismo Histórico e Dialético na Saúde Coletiva (MARSIGLIA & SPINELLI, 1985)

Contudo, embora o Programa de Saúde da Família seja respaldado numa concepção que procura atender tanto as necessidades individuais quanto as coletivas, o que se constata na prática é a prioridade da atenção individual sem o mesmo alcance para o componente coletivo e, portanto, social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos depoimentos dos membros de uma equipe de saúde do PSF, em atividade no interior nordestino foi possível depreender que o processo de integração/articulação entre as ações de saúde e de educação no cenário investigado não se efetiva no plano da prática profissional.

A inaplicabilidade dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos do PSF, bem como seu curto alcance em termos de ações para além do setor saúde, interfere frontalmente nos resultados das ações implementadas e dificulta as tentativas de integração/articulação do trabalho do PSF com a dimensão educativa visando a orientação/educação para a população.

Afirma-se com base nos resultados desse estudo, que o entendimento da saúde como produção social e construção coletiva, passa pela participação da dimensão educativa, uma vez que esse espaço possibilita a produção e reprodução do conhecimento

e congrega os principais alvos da política pública atual.

O social como foco de atenção nas ações da equipe de trabalho do PSF ainda pode ser considerado por muitos uma mera utopia, entretanto as bases e os elementos necessários para a implementação de atividades nessa dimensão já estão postos. A busca de parcerias e de ações intersetoriais, em prol da melhoria das condições de saúde da comunidade é uma das atribuições do PSF e está relacionada à promoção da saúde e ao processo de trabalho para efetivá-la.

Reafirmamos que, a integração/articulação PSF x Escola pode resultar em benefícios para ambos os setores, visto que, a grande transformação proposta pelo modelo de atenção do Programa de Saúde da Família está calcada na participação popular e nos diversos setores responsáveis pelo desenvolvimento da comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANTES, C.I.S. *Saúde Coletiva: os (des) caminhos da construção do ensino de enfermagem*. 1999, 202p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e princípios*. Brasília (DF); 1990.
- FIORIN, J.L. *Elementos de Análise do Discurso*. São Paulo: Contexto - Edusp, 1990.
- MAIA, D; DANTAS, M. R; ROCHA. *Saúde na escola e qualidade de vida*. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde (BR). *Os programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e sua Interface com a Escola*. Brasília (DF); 2003. mimeo.
- MARSIGLIA, R.G; SPINELLI, S.P. As ciências sociais em saúde e o ensino. IN: CANESQUI, A.M. (org) *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995. p.123–132.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, Alma Ata, 1978.
- SOUZA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev. Bras. Enferm* v. 53, (nº. esp): p. 25-30, 2000.

*Artigo original recebido em 13/03/2006  
Aprovado para publicação em 30/04/2006*