

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES (CPqAM)  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE  
SAÚDE**

**WALTER JAPEARSON MENDONÇA FILHO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM  
PROGRAMA DE FORMAÇÃO CONTINUADA DAS EQUIPES E  
USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE LAJEDO, PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2011**

WALTER JAPEARSON MENDONÇA FILHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE  
FORMAÇÃO CONTINUADA DAS EQUIPES E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LAJEDO, PERNAMBUCO**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

ORIENTADOR: Professor Flávio Renato Barros da Guarda

**Recife**

**2011**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

M539 Mendonça Filho, Walter Japearson.  
Plano de intervenção para implantação de um programa de formação continuada das equipes e usuários da estratégia de saúde da família do município de Lajedo, Pernambuco/Walter Japearson Mendonça Filho. - Recife: [s.n.], 2011.  
24 p.

Monografia (Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientador: Flávio Renato Barros da Guarda

1. PSF. 2. Pessoal de saúde. 3. Educação continuada 4. Serviços de saúde. II. Título.

WALTER JAPEARSON MENDONÇA FILHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE  
FORMAÇÃO CONTINUADA DAS EQUIPES E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LAJEDO, PERNAMBUCO**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Professor Flávio Renato Barros da Guarda  
Prefeitura Municipal de Igarassu

---

Professora Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dedico àqueles que, de uma maneira ou outra, foram-me importante nesta conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por senti sua presença em tudo que faço, pela iluminação e proteção de todos os dias.

A minha família, Maria do Socorro C. S. Mendonça, esposa, Anna Amélia e Sophia Vitória, filhas, pela compreensão nos momentos de ausência e total apoio.

A meus pais, Walter J. Mendonça e Telma Maria de A. Mendonça, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

A Prefeitura Municipal de Lajedo, pela liberação e apoio.

Ao Sr. Dr. Antônio João Dourado, Prefeito do Município de Lajedo, pelo incentivo e apoio em todos os momentos.

A Secretaria Municipal Saúde de Lajedo, pela liberação e apoio.

A meu orientador, Professor Dr. Flávio da Guarda, pela compreensão, orientação, apoio e encaminhamentos na elaboração deste trabalho.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Professores e ao técnico Semente, que participaram de todo processo.

Um agradecimento especial a todos que aqui não foram relacionados, mas que de alguma forma contribuíram, direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Obrigado.

## EPÍGRAFE

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”. (Albert Einstein)

FILHO, Walter Japearson Mendonça. Plano de Intervenção para Implantação de um Programa de Formação Continuada das Equipes e Usuários da Estratégias de Saúde da Família do Município de Lajedo, Pernambuco. Plano de Intervenção (Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

## RESUMO

O que se verifica no cotidiano das unidades básicas de saúde da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Lajedo e diante da realidade que demonstra existir lacuna significativa entre o que se idealiza e o que se verifica no cotidiano dos postos de saúde da ESF, justifica-se o objetivo do presente Plano de Intervenção para implantação de um Programa de Formação continuada das equipes e usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município de Lajedo, Pernambuco, viabilizando, aos trabalhadores e à população beneficiada, informações acerca da filosofia norteadora da Estratégia de Saúde da Família e, desse modo, otimizar os serviços prestados nas referidas unidades.

Palavras – chave: capacitação. Informações. Serviços



SON, Walter Mendonca Japearson. Intervention Plan for Implementation of a Program of Continuing Education Teams and Members of the Family Health Strategy of the Municipality of Lajedo, Pernambuco. Intervention Plan (Specialist Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011

## ABSTRACT

What occurs in the daily basic health units of the Family Health Strategy Lajedo city and face the reality that demonstrates significant gap exists between what is idealized and what is true in everyday clinics FHS, justified if the purpose of this Plan of Intervention training for professionals and users of basic health units on the Family Health Strategy, the city of Lajedo, Pernambuco, enabling, workers and the population served, information about the guiding philosophy of Family Health Strategy and thereby optimize the services provided in those units.

Key - words: training. Information. services

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CPqAM-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

ESF – Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz-Fundação Oswaldo cruz

MS-Ministério da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3. OBJETIVOS DO PLANO.....	17
3.1. Objetivo Geral.....	17
3.2. Objetivos Específicos.....	17
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
4.1. Tipos de Estudo.....	18
4.2. Caracterização do Município.....	18
4.3. Características da Rede de Saúde do Município.....	19
4.4. População de Referência.....	19
4.5. Local do Plano.....	19
4.6. População e Amostra da Intervenção.....	19
4.7. Seleção das Unidades/Áreas de Estudo.....	19
4.8. Diretrizes.....	19
4.9. Metas.....	20
4.10. Estratégias.....	20
4.11. Resultados Esperados.....	21
4.12. Viabilidade.....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

## 1 INTRODUÇÃO

Antes da década de 80, prevaleceu no Brasil, no referente à saúde, uma lógica perversa, que revelava a constatação de não ser a saúde uma benesse de todos (MALLOY, 1985, p 150). Também se verificava as ênfases dadas pelo serviço de saúde pública às ações curativas e fragmentadas, fato que denunciava não ser a saúde algo a ser usufruído por direito, mas uma espécie de favor prestado pelo Estado brasileiro às massas despossuídas que, no modelo capitalista, perfaz a grande maioria da população.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, buscou-se romper com a lógica citada e deu-se atenção à questão da saúde, mostrando-a como sendo um direito universal, igualitário e equânime, que se fundamenta no princípio da integralidade (Constituição Federal, art. 198). Assim, os serviços de saúde passariam a estar centrados no atendimento integral, priorizando-se as atividades preventivas, não se esquecendo os serviços assistenciais. Também se priorizou as ações coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Constituição Federal, art. 196) (Lei nº 8080, art. 07).

Mediante tal idealização, deu-se início ao processo de redimensionamento dos serviços de saúde pública, quando se criou o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual oferece ações e serviços preventivos e curativos, encimados na universalidade, igualdade e integralidade em todos os níveis de assistência, tendo a comunidade local participação do processo, através de conselhos. A partir de tal idealização, inicialmente implantou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), (BRASIL, 1991) e, em um segundo momento, o Programa de Saúde da Família (PSF), (BRASIL, 1991), os quais incorporaram a família, enquanto unidade de ação da intervenção da saúde, não deixando de considerar a inserção dos usuários em seu contexto social. Buscava-se substituir o modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico, por outro, descentralizado e, também, promotor de atenção primária à saúde (OLIVEIRA et al., (2007).

A nova reorientação impôs uma reorganização das Unidades Básicas de Saúde, uma vez que houve a objetivação do acompanhamento permanente das famílias e indivíduos habitantes de uma espacialidade territorial previamente determinada, sendo que tal agir traria consigo, inevitavelmente, o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais, que

comporiam a unidade de atendimento e a população alvo. (SAMPAIO; LIMA (op. cit, p. 3).

Todavia, ainda que porte consigo filosofia que promove o desafogo hospitalar e, também, permita o término da concepção hospitalocêntrica que povoa o ideário popular, a Estratégia de Saúde da Família não tem sido interpretado corretamente. Assim, muito da população que se encontra sob a tutela de uma unidade básica de saúde componente da ESF acessa-a em busca de ações curativas, quando, na realidade, a proposta da Estratégia da Saúde da Família é preventiva.

Esse fenômeno se verifica na cidade de Lajedo, Pernambuco. Ali, o cotidiano de atendimento nos postos de saúde da ESF demonstra haver um fluxo maior que o necessário de pessoas em busca de atendimento. Essa prática, ao que parece, denuncia não haver, por parte da população atendida, o entendimento que o acesso aos postos somente deve se dar em casos específicos.

Constatado a inexistência de compreensão da filosofia da ESF, por parte das populações que se encontram em sua área de cobertura, cabe perguntar: as equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Lajedo têm desenvolvido um trabalho de informação suficiente para que haja, por parte das comunidades atendidas, conhecimento dos serviços disponíveis nos postos de saúde?

Diante desse questionamento e da realidade que demonstra existir lacuna significativa entre o que se idealiza e o que se verifica no cotidiano das unidades básicas de saúde da Estratégia da Saúde da Família, justifica-se a implantação deste Plano de Intervenção.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A década de 1990 foi o palco de surgimento do Programa de Saúde da Família no Brasil. A idéia não é algo inédito, uma vez que a inspiração para a montagem do Programa decorreu de experiências bem sucedidas, vivenciadas por outros países, como, por exemplo, Cuba, Inglaterra e Canadá. Nesses países, a saúde pública alcançou níveis significativos de qualidade. Antecederam ao PSF, o PAS – Programa Agentes de Saúde, e PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde. Segundo Vieira et al., (2004, p. 120).

Em 1994, foram implantadas as primeiras equipes do PSF, pelo Ministério da Saúde, funcionando, teoricamente, como porta de entrada para o sistema de saúde, visando à reversão do modelo assistencial vigente e reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz que a família passe a ser o objeto principal de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças.

O Programa de Saúde da Família (PSF) possui seu foco na família e, com isso, contraria o modelo anterior de saúde, que priorizava o indivíduo doente. Pode-se afirmar que, o PSF protagoniza ação preventiva e, no referente à atenção que dispensa à família, traz à existência um novo modelo de atenção que, segundo Campos (1997, p. 232), pode ser entendido como segue:

Um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia.

Percebe-se, quando se verifica o dito no excerto acima, que a nova proposta busca enxergar o homem no seu todo, ou seja, coloca-se de lado o paradigma biomédico<sup>1</sup> e lança-se mão do paradigma transcultural, que enxerga o homem na sua complexidade e, no tratar da doença, não o faz isolada do contexto sócio-político-cultural onde está inserido o doente. Desse modo, promovendo um novo tipo

---

<sup>1</sup> Esse paradigma também é conhecido como biológico, biologicista e biologizante, em virtude da centralidade no conhecimento biológico e na figura do profissional médico, com ações dos demais profissionais estruturadas e organizadas em torno do ato médico como fundamental (Nota do autor);

de atendimento, o Programa de Saúde da família tem como princípios a universalidade e equidade da atenção e a integralidade das ações voltadas à permanente defesa da vida do cidadão.

Estrategicamente, o Programa de Saúde da Família prioriza contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, segundo os princípios do SUS, gerando, de acordo com uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, “com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, proporcionando o desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (TRAD; BASTOS, 1998, p. 42).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2003), praticamente em todo Brasil existe, hoje, Programa de Saúde da Família e, dessa forma, mais de 57 milhões de brasileiros são alcançados por ele. A equipe de saúde proposta pelo Programa em discussão é composta, originalmente, de um médico generalista, uma enfermeira e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também fazem parte da equipe um cirurgião dentista, um técnico em higiene dental (THD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD), estes inseridos na equipe, a partir de janeiro de 2001. Sobre as atividades de uma equipe de PSF, pondera, Vieira et al., (op. cit., p. 121):

Cada equipe do PSF é responsável pela família de uma determinada área, no município. As atividades exercidas são territorialização, atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, articulação com os demais setores do município, entre outras.

Verifica-se que a remuneração diferenciada oferecida constitui-se forte atrativo ao Programa de Saúde da Família. Todavia, ainda que significativamente capacitados, os profissionais atrelados ao PSF, nem sempre possam ter a garantia de fixação profissional a ele, uma vez que, existe uma alta rotatividade que, segundo Trad. (2003, p. 28), “explica-se em decorrência das diretrizes/normas das propostas, da insatisfação com as condições de trabalho, deficiências no processo de capacitação, educação descontínua e infraestrutura deficitária”. Essa rotatividade de profissionais é, quando analisada mais detidamente, algo considerado nocivo no que concerne à proposta do Programa, visto que promove impacto no referente aos

necessários vínculos a serem formados com a comunidade atendida, Mendonça et al., (2003).

Referente à sua existência, o Programa de saúde da Família parte de uma proposta de ação que envolve as três esferas de governo, cabendo a cada uma funções ora distintas, ora complementares. Segundo Sampaio; Lima (2004, p. 2), aos três níveis compete “contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no país, visando a organização dos sistemas municipais de saúde; avaliação e acompanhamento de seu desempenho e o envolvimento na capacitação e educação permanente dos recursos humanos”. No referente à instância municipal, segundo Sampaio e Lima (op. cit, p. 3), o implante do Programa de Saúde da Família trouxe consigo uma nova realidade para a prestação de serviços de saúde:

Por diversos motivos, entende-se que o Programa Saúde da Família representa uma transformação do modelo de atenção à saúde do município, senão vejamos: primeiro, por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer; segundo, por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades; terceiro, por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; quarto, por articular-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas.

A operacionalização do Programa de Saúde da Família fica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde que, por sua vez, visando a organização descentralizada do Sistema Único de Saúde, insere-o em sua rede de serviços. Também é de responsabilidade municipal garantir infraestrutura para o funcionamento das Unidades de Saúde da Família, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações preconizadas pelo Programa e selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme a legislação vigente. Pretende-se que tal operacionalização seja pontual, ou seja, “a execução do Programa se adapta à realidade local, desde que observadas e mantidas as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde” (SAMPAIO; LIMA, 2004, p. 4).



Várias são as etapas que compõem a operacionalização do Programa de Saúde da Família. A territorialização primeira delas, não se resume meramente à divisão geográfica das equipes. Ou seja, à definição da área de atuação de uma equipe de PSF, exigem-se a utilização de critérios específicos, pois segundo Sampaio; Lima (op. cit, p. 5):

A escolha das áreas, quase sempre, é orientada prioritariamente à existência de riscos sociais e ambientais e a organização do trabalho leva em conta o perfil de cada localidade, tendo-se em conta as características demográficas como sexo, faixa etária, moradia e distribuição espacial; as principais doenças e agravos diagnosticados e as condições que influenciam esses problemas. Para tanto, é realizado um levantamento de informações a partir do cadastramento de cada família e seus componentes.

De posse desses dados, as equipes de saúde da família conseguem identificar a situação de saúde das comunidades e, diante disso, planejar o trabalho a ser executado, em consultório ou domicílio, objetivando resolver precisa e oportunamente as demandas, bem como um contato mais próximo da população, buscando, com isso, a compreensão das suas reais necessidades de saúde e, também, a busca das alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e promoção de saúde.

### **3 OBJETIVOS DO PLANO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Elaborar um plano de intervenção Plano de Intervenção para Implantação de um Programa de formação continuada das equipes e usuários da estratégia de saúde da família do município de Lajedo, para que exista melhoria na prestação dos serviços e na educação às comunidades atendidas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Oportunizar, aos profissionais que atuam nos postos Estratégia de Saúde da Família, minicursos e oficinas sobre o processo de formação, especificamente na área da saúde;
- Desenvolver trabalho de capacitação e educação continuada, referente à funcionalidade dos postos de saúde da Estratégia de Saúde da família, em Lajedo - PE, às populações que se encontram sob sua responsabilidade;

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Projeto de Plano de Intervenção, que pretende desenvolver uma proposta para aperfeiçoar a prestação dos serviços aos usuários da estratégia de saúde da família do município de Lajedo, através de uma educação continuada, buscando a satisfação das equipes e usuários do sistema.

### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Fotografia 1: Vista aérea da cidade de Lajedo – PE

Fonte: Eraldo Nogueira Fotografias

Desmembrado do município de Canhotinho, o município de Lajedo foi criado a 24 de dezembro de 1948 e instalado a 19 de maio de 1949. Seu nome é derivado de lajeiros (vastos afloramentos de rochas) existentes na região, formando caldeirões, de onde a população tirava água da chuva que ali se acumulava.

Localizada no agreste pernambucano e na microrregião de Garanhuns, Lajedo dista da capital, Recife, 196 quilômetros. Possui, segundo os dados do IBGE (2010), 36.628 habitantes, com uma densidade demográfica de 193,70 hab./km<sup>2</sup>.

### **4.3 CARACTERÍSTICAS DA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO**

A rede própria de serviços de saúde em Lajedo é composta da seguinte forma: 07 (sete) Unidades Básicas de Saúde da Família (PSF); 01 Unidade Mista; 05 clínicas médicas.

### **4.4. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA**

Membros das equipes que compõe as Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família, pertencentes ao município de Lajedo.

### **4.5. LOCAL DO PLANO**

Postos Estratégia de Saúde da Família, em Lajedo, Pernambuco.

### **4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA DA INTERVENÇÃO**

Serão ouvidos componentes das equipes da Estratégia de Saúde da Família e usuários do referido Programa

### **4.7. SELEÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE/ÁREA DE ESTUDO**

Serão inclusas todas as Unidades Básicas de Estratégia Saúde da Família pertencentes ao município de Lajedo.

### **4.8 DIRETRIZES**

- Promover informação, aos componentes da equipe de saúde, acerca da filosofia da Estratégia de Saúde da Família;
- Estimular a interrelação entre equipe das unidades básicas de saúde do Programa de Saúde da Família e a população usuária dos serviços prestados nessas unidades;

- Incentivar a busca pelo aumento de percentual de práticas bem sucedidas prestadas à população que acessa as unidades básicas de saúde do Programa de Saúde da Família

#### **4.9 METAS**

- Buscar atingir 100% de entendimento, por parte das equipes que perfazem as unidades básicas de saúde Estratégia de Saúde da Família, acerca da filosofia de existência deste Programa;
- Atingir 100% das famílias cadastradas, informando-as acerca da filosofia de existência da Estratégia de Saúde da Família.

#### **4.10 ESTRATÉGIAS**

##### **Ação 1**

Atividade: Reunião com as equipes das unidades básicas de saúde da Estratégia de Saúde da Família, tornando-as cientes da necessidade do entendimento da filosofia do PSF;

##### **Ação 2**

Atividade: Estabelecimento de resolução da Secretaria de Saúde Municipal, definindo como condicionante à permanência na equipe de saúde que perfazem a Estratégia de Saúde da Família, o conhecimento da filosofia que norteia o Programa.

##### **Ação 3**

Atividade: Recolher, mediante consulta feita através de entrevistas utilizando questionário semi-aberto, as impressões dos usuários acerca da filosofia de existência da Estratégia de Saúde da Família. Após esse recolhimento, colocar os dados em gráfico e, junto com as equipes que compõem as unidades básicas de saúde do Programa, analisá-los.

#### **4.11 RESULTADOS ESPERADOS**

- Conscientização e engajamento dos membros das equipes que atuam nas unidades básicas de saúde do Programa de Saúde da Família, no que concerne ao conhecimento e à exteriorização da filosofia do Programa de Saúde da família;
- Aumento da quantidade de pessoas, assistidas pelas unidades básicas de saúde do Programa de Saúde da Família, que desfrutem do entendimento da filosofia do PSF.

#### **4.12 VIABILIDADE**

Verifica-se ser viável o implante deste plano de intervenção, uma vez que:

- Politicamente, existe, além do respaldo do Governo Federal (que enxerga no ESF uma maneira pela qual, além de prevenir patologias, promove o desafogo dos hospitais), o pleno apoio do Executivo municipal;
- Financeiramente, inexistente obstáculo, uma vez que se dispõe de liberação de recursos;
- Operacionalmente, a intervenção se constitui viável, porquanto existe, na Secretaria Municipal de Saúde, equipe treinada para ministrar a capacitação aos profissionais componentes das unidades básicas de saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que uma política pública só se constitui efetivamente como tal quando sai do papel, circula e é apropriada pela população a que se destina. A comunicação se torna, então, imprescindível à sua efetivação.

Assim, a capacitação dos profissionais que compõem as unidades básicas de saúde da Estratégia de Saúde da Família, no referente à filosofia norteadora do Programa, poderá refletir positivamente no cotidiano de atendimento às populações beneficiadas. Não se deve esquecer que, ainda que se processe treinamento, isto não se torna sinônimo de sucesso pleno na intencionalidade previamente determinada: educar as pessoas acerca da real filosofia da Estratégia de Saúde da Família.

Todavia, necessário se faz que as equipes componentes da Estratégia de Saúde da Família possuam, além de capacidade técnica e clínica, o conhecimento pleno do serviço a ser prestado às populações que se encontram sob sua responsabilidade de cuidados, bem como a preocupação em saber o grau de conhecimento dessas populações sobre a oferta desses serviços.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In. MERHY, E; ONOKO, R (ORG). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo. Hucitec. 1997, p. 229-266.

MENDONÇA, M; SENNA, M.; GOMES, V; ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L. As Inovações na Gestão de Recursos Humanos no PSF Como Eixo Organizador de Novo Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO 2003.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Ucitec, 2008.

SAMPAIO, L; LIMA, P. História do PSF no País e no Rio Grande do Sul. 2004. Disponível em <[www.saudedafamilia.rs.gov.br](http://www.saudedafamilia.rs.gov.br)>. Acesso em 01/04/2011.

TRAD, L. Programa de Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO 2003.

TRAD, L.; BASTOS, A; O Impacto Sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública, abr/jun 1998, vol. 14, p. 429-435.

VIEIRA, Edmar T; BORGES, Maria de J L; PINHEIRO, Sílvia R M; SOARES, Sharmênia de A; NUTO. O Programa de Saúde da Família Sob o Enfoque dos Profissionais de Saúde. 2004. Disponível em <[www.unifor.br](http://www.unifor.br)>. Acesso em 01/04/2011